

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
- Geschäftsf. Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert -

**Der Krankheitsbegriff bei Christopher Boorse und bei
Bernard Gert / Charles M. Culver / K. Danner Clouser –
ein Vergleich zweier Krankheitstheorien und ihrer
Anwendung auf konkrete Krankheitsbilder**

INAUGURAL – DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Lachenicht, Maike

aus Höxter

2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Peter Hucklenbroich
2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. Stefan Evers

Tag der mündlichen Prüfung: 27.06.2011

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
- Geschäftsf. Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert -

Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Peter Hucklenbroich

Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Stefan Evers

ZUSAMMENFASSUNG

Der Krankheitsbegriff bei Christopher Boorse und bei Bernard Gert/ Charles M. Culver/
K. Danner Clouser – ein Vergleich zweier Krankheitstheorien und ihrer Anwendung
auf konkrete Krankheitsbilder

Lachenicht, Maike

Diese Arbeit befasst sich mit dem Krankheitsbegriff und diskutiert dabei zwei medizintheoretische Ansätze. Der erste Ansatz ist von Christopher Boorse entwickelt worden, der zweite Ansatz stammt von K. Danner Clouser, Charles M. Culver und Bernard Gert. Diese Ansätze wurden bisher nicht bzw. noch nicht eingehend verglichen und deren Anwendbarkeit auf klinische Krankheitsbilder wurde bisher kaum untersucht. Der Inhalt dieser Arbeit umfasst die Analyse dieser beiden Ansätze sowie eine Diskussion über deren Anwendbarkeit auf klinische Krankheitsbilder.

Christopher Boorse ist ein Verfechter des Naturalismus und stellt auf dieser Basis eine möglichst allgemeingültige Definition des Krankheitsbegriffs auf. Hierzu verwendet er den Begriff der „Natürlichkeit“ im Sinne von statistischer Normalität. Boorse geht davon aus, dass eine Krankheit als eine Fehlfunktion im Bereich der Natürlichkeit zu verstehen ist. Gesundheit definiert er als Abwesenheit von Krankheit. Es wird deutlich, dass Boorse die biologische, natürliche Komponente eines Organismus in den Focus seiner Definition der „Biostatistischen Theorie“ rückt. Die Biostatistische Theorie ist ein schlüssiges philosophisches Konstrukt, erfüllt aber nicht die klinisch bedeutsamen Kriterien.

K. Danner Clouser, Charles M. Culver und Bernard Gert definieren ebenfalls den Krankheitsbegriff. In ihrer Theorie spielt der Begriff des „Übels“, welcher in fünf Grundübel unterteilt wird, eine zentrale Rolle. Clouser, Culver und Gert führen hierzu den Begriff des „Leidens“ ein. Die Leidenstheorie ist in sich schlüssig und klinisch in den meisten Fällen anwendbar.

Tag der mündlichen Prüfung: 27.06.2011

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

Der Krankheitsbegriff bei Christopher Boorse und bei Bernard Gert/ Charles M. Culver und K. Danner Clouser – ein Vergleich zweier Krankheitstheorien und ihrer Anwendung auf konkrete Krankheitsbilder

in der/im (Klinik, Institut, Krankenanstalt):

Universitätsklinikum Münster
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

unter Anleitung von:

Prof. Dr. Dr. Peter Hucklenbroich

1. selbstständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeit angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Problemstellung.....	1
2. Biografische Angaben.....	2
2.1. Christopher Boorse.....	2
2.2. K. Danner Clouser/Charles M. Culver/Bernard Gert.....	2
3. Boorses Ansatz.....	4
3.1. Boorses Krankheitstheorie.....	4
3.1.1. Einleitung.....	4
3.1.2. Biostatische Theorie.....	5
3.1.3. Natürlichkeit.....	7
3.1.3.1. Normalität.....	7
3.1.3.2. Normalkurve.....	9
3.1.3.3. Speziesdesign.....	12
3.1.3.4. Funktionen.....	13
3.1.3.5. Ziele.....	20
3.1.4. Krankheit.....	21
3.1.4.1. Theoretische, objektive Krankheit.....	25
3.1.4.2. Praktische, subjektive Krankheit.....	26
3.1.4.3. Boorses Sinneswandel.....	28
3.1.4.4. Abstufungen von Krankheit.....	29
3.1.4.5. Von der BST ausgeschlossene Anomalien.....	31
3.1.4.5.1. Strukturelle Krankheiten.....	31
3.1.4.5.2. Universelle Krankheiten.....	31
3.1.4.6. Krankheits-Plus-Definition.....	32
3.1.5. Mentale Krankheit.....	33
3.1.5.1. Anwendung.....	33
3.1.5.2. Frühe Überlegungen.....	34
3.1.5.3. Änderung des Verständnisses von der Mentalen Krankheit....	37
3.1.5.4. Psychoanalytische Theorie.....	40
3.1.6. Gesundheit.....	40
3.1.6.1. Definition von Gesundheit.....	40
3.1.6.2. Einordnung von Gesundheit in die BST.....	46
3.1.6.3. Weitere Unterteilung von Gesundheit.....	46
3.1.6.3.1. Intrinsische versus Instrumentelle Gesundheit.....	46
3.1.6.3.2. Positive Gesundheit.....	47
3.1.6.3.3. Kontroversen und Beurteilung der Gesundheit.....	49
3.2. Krankheitsbilder – Boorse.....	51
3.2.1. Einleitung.....	51
3.2.2. Körperliche Krankheit.....	51
3.2.2.1. Schwangerschaft.....	51
3.2.2.2. Masturbation.....	53
3.2.2.3. Prämenstruelles Syndrom.....	54
3.2.2.4. Karzinoide.....	60
3.2.2.5. Niereninsuffizienz.....	62
3.2.2.6. Appendizitis.....	63

3.2.2.7. Sichelzellanämie.....	65
3.2.2.8. Haarausfall.....	67
3.2.2.9. Lokale Beschwerden.....	69
3.2.2.10. Aneuzephalie.....	70
3.2.3. Mentale Krankheiten.....	71
3.2.3.1. Homosexualität.....	71
3.2.3.2. Neurosen und Psychosen.....	73
4. Clusers, Culvers und Gerts Ansatz.....	76
4.1. Clusers, Culvers und Gerts Leidenstheorie.....	76
4.1.1. Einleitung.....	76
4.1.2. Geschichte der Krankheit.....	78
4.1.3. Krankheit.....	84
4.1.3.1. Praktische, subjektive Krankheit.....	84
4.1.3.2. Theoretische, objektive Krankheit.....	85
4.1.3.3. Verknüpfung von praktischer, subjektiver Krankheit und theoretischer, objektiver Krankheit.....	86
4.1.3.4. Verletzung.....	86
4.1.3.5. Unabhängige Krankheitsbilder.....	87
4.1.4. Variablen der Leidenstheorie.....	87
4.1.4.1. Übel.....	87
4.1.4.2. Erhöhtes Risiko.....	90
4.1.4.3. Separater, aufrechterhaltender Grund.....	92
4.1.4.4. Überzeugungen/Wünsche.....	95
4.1.5. Leiden.....	96
4.1.5.1. Physisches Leiden.....	96
4.1.5.1.1. Abnormität.....	99
4.1.5.1.2. Intrinsischer versus Instrumenteller Zustand.....	100
4.1.5.1.3. Irrationalität.....	100
4.1.5.1.4. Einteilung von physischem Leiden.....	102
4.1.5.2. Genetisches Leiden.....	102
4.1.5.3. Mentales Leiden.....	105
4.1.5.3.1. Willkürliche Fähigkeiten.....	107
4.1.5.3.2. Handlungen.....	108
4.1.5.4. Leidenskonzept.....	110
4.1.5.5. Behinderung.....	112
4.2. Krankheitsbilder – Clouser/Culver/Gert.....	116
4.2.1. Einleitung.....	116
4.2.2. Körperliches Leiden.....	116
4.2.2.1. Schwangerschaft.....	116
4.2.2.2. Menopause.....	119
4.2.2.3. Menstruation und Prämenstruelles Syndrom.....	120
4.2.2.4. Homosexualität.....	122
4.2.2.5. Kleinwuchs.....	124
4.2.2.6. Körperliche Entstellung.....	126
4.2.2.7. Transplantation.....	127
4.2.2.8. Hypothyreoidismus.....	128
4.2.2.9. Allergien.....	129
4.2.2.10. Alkoholismus.....	131

4.2.2.11. Alter.....	133
4.2.2.12. Trigeminusneuralgie.....	134
4.2.2.13. Wunden und Verbrennungen.....	135
4.2.3. Mentales Leiden.....	136
4.2.3.1. Intelligenz.....	136
4.2.3.2. Schizophrenie.....	139
4.2.3.3. Bipolare Störungen und depressive Episoden.....	140
4.2.3.4. Bipolare Störungen und Zwänge.....	142
4.2.3.5. Trauer.....	143
4.2.4. Sexuelle Leiden.....	145
4.2.4.1. Paraphilien.....	146
4.2.4.2. Transvestitischer Fetischismus.....	147
5. Zusammenfassende Bewertung.....	149
6. Literaturverzeichnis.....	152
7. Lebenslauf.....	159
8. Danksagung.....	160

1. Einleitung und Problemstellung

In dieser Arbeit werden zwei verschiedene Krankheitstheorien wiedergegeben, miteinander verglichen, analysiert und ihre Anwendung auf verschiedene Krankheitsbilder dargestellt.

Die erste Krankheitstheorie ist die „Biostatistische Theorie (BST)“, entwickelt von Christopher Boorse seit dem Jahr 1975. Er versucht eine wertfreie Theorie in Bezug auf Krankheit aufzustellen. Hierzu definiert er eine Form der Natürlichkeit, welche ein Organismus aufweisen sollte. Weist er diese Natürlichkeit nicht auf, so ist der Organismus krank. Liegt aber keine Krankheit vor, so ist der Organismus als gesund zu bewerten. In dieser Arbeit soll untersucht werden, ob die BST tatsächlich einen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit besitzt oder ob sie eventuell insgesamt oder in Details angreifbar ist. Weiterhin soll die Frage untersucht werden, ob die BST wirklich auch auf praktische Krankheitsbilder anwendbar ist.

Die zweite in dieser Arbeit diskutierte Krankheitstheorie wurde von K. Danner Clouser, Charles M. Culver und Bernard Gert seit dem Jahr 1981 aufgestellt. Sie beinhaltet den Begriff des Leidens, welcher durch verschiedene Übel wie Tod, Schmerz, Behinderung, Verlust von Freiheit und Chancen und Verlust von Vergnügen oder ein erhöhtes Risiko für diese Übel in Abwesenheit eines separaten, aufrechterhaltenden Grundes gekennzeichnet ist. Auch hier ist es Bestandteil dieser Arbeit, die Leidenstheorie daraufhin zu überprüfen, ob sie allgemeine Gültigkeit aufweist, ob Unklarheiten oder Widersprüche enthalten sind und ob diese Theorie auf praktische Krankheitsbilder anwendbar ist.

Besonderes Augenmerk wird in dieser Arbeit auf die klinische Anwendbarkeit beider Theorien gelegt.

2. Biografische Angaben

2.1 Christopher Boorse

Christopher Boorse wurde am 2.März 1946 in Hazleton/Pennsylvania geboren. 1967 begann Boorse am Oberlin College in Ohio Philosophie zu unterrichten. Im Jahr 1972 erwarb er seinen Dokortitel an der Princeton University. Von 1971-1976 war er in verschiedenen Positionen an der University of Delaware beschäftigt, bis er 1977 als Lehrbeauftragter an das Swarthmore College in Pennsylvania wechselte. ¹

2.2 K. Danner Clouser

K. Danner Clouser wurde im Jahr 1930 geboren. Ab 1961 arbeitete er an der Harvard Universität und wechselte 1968 als Professor für „Humanities“ (Philosophie) an das Penn State University College of Medicine in Pennsylvania. Er verstarb am 14.August 2000 in Lebanon/New Hampshire an einem Krebsleiden. ²

Charles M. Culver

Charles M. Culver ist geboren und aufgewachsen in Akron/Ohio. Im Jahr 1956 erlangte er den Bachelor of Arts (B.A.) in Psychologie am Columbia College in New York. 1960 wechselte er an die Duke University in North Carolina, um Klinische Psychologie zu unterrichten. Zudem ist er Professor für Psychiatrie und ehrenamtlich Professor der

¹ Diese Informationen beruhen auf einer persönlichen Mitteilung von Christopher Boorse.

² links.jstor.org/sici?sici=0093...0.CO%3B2-L

http://www.psu.edu/ur/archives/intercom_2000/Oct12/obits.html

<http://www.highbeam.com/doc/1G1-66407711.html>

Philosophie an der Dartmouth medical school in New Hampshire. Von 1992-1994 war Culver als Psychologieprofessor am Lincoln University College in Buenos Aires/Argentinien tätig. 1994 wechselte er an die University of Miami School of Medicine. Seit 1997 hat er zusätzlich den Posten des Direktors des Physician Assistant Programs an der Barry Universität in Florida inne.³

Bernard Gert

Bernard Gert wurde am 16. Oktober 1934 in Cincinnati/Ohio geboren. Gert studierte von 1952-1956 Philosophie an der Cincinnati Universität. 1958/1959 erhielt er das Susan Linn Sage Stipendium in Philosophie an der Cornell Universität in New York, wo er 1962 seine Promotion abschloss. Von 1959-1966 unterrichtete er Philosophie am Dartmouth College in New Hampshire und wurde dort 1966 außerordentlicher Professor. 1969/1970 erhielt Gert das „National Endowment for the Humanities Stipendium (ACLS). 1980-1984 bekam er den „National Endowment for the Humanities – National Science Foundation Sustained Development-Preis“ und 1985 erhielt er den Fulbright-Preis für Israel, welchen er im Jahr 1995 nochmals für Argentinien bekam. Von 1990-1993 hatte er den Titel „Principal Investigator, Grant from National Institute of Health“ inne. 2001 erhielt Gert ein „National Humanities Center“-Stipendium. Seit 2007 arbeitet er als Professor der Intellektuell- und Moralphilosophie am Dartmouth College in New Hampshire.⁴

³ Diese Informationen stammen aus einer persönlichen Übermittlung von Charles M. Culver.

⁴ <http://www.dartmouth.edu/~gert/>

3. Boorses Ansatz

3.1. Boorses Krankheitstheorie

3.1.1. Einleitung

Christopher Boorse ist auf der Suche nach einer universal gültigen Definition von Krankheit wie auch von Gesundheit. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei in der Aufstellung einer allgemein gültigen Definition der Krankheit, die ohne Probleme auf die menschliche und auch auf andere Spezies anwendbar ist. Um jedoch eine Definition von Krankheit aufstellen zu können muss nach den naturalistischen Grundlagen, welche die Basis von Boorses Theorie bilden, zuerst eine gültige Definition von der Natürlichkeit eines Organismus gegeben sein. Erst wenn der Begriff der Natürlichkeit feststeht und seine Variablen bestimmt sind, ist eine Definition von Krankheit möglich. Aus einer dann bestehenden Definition der Krankheit kann im nächsten Schritt der Begriff der Gesundheit abgeleitet werden. Diese Arbeit versucht herauszustellen, inwieweit sich Boorse tatsächlich dem Naturalismus verschreibt und inwieweit er die naturalistischen Grundlagen berücksichtigt. Boorse versucht zudem zu widerlegen, dass eine wertfreie Wissenschaft bezüglich Gesundheit und Krankheit unmöglich sei (*Normativismus*). Er ist also, wie bereits erwähnt, ein Verfechter des Naturalismus, der die biologische, natürliche Komponente eines Organismus in den Vordergrund der Definition von Gesundheit und Krankheit stellt und die wertende Komponente in seiner Theorie ausschließt. Eine normative Sichtweise bezüglich Krankheit und Gesundheit basiert, laut Boorse, auf einem Missverständnis zwischen der theoretischen und der praktischen Komponente von Krankheit und auch von Gesundheit. (ODT, 78) ⁵ Diese Überzeugung zeigt sich schon im ersten Artikel von Boorse zu diesem Thema im Jahr 1975 und wird in den folgenden Artikeln bestätigt, gedanklich ausgebaut und auch teilweise wieder umstrukturiert ⁶. Er entwickelt seine Krankheitstheorie im Kontext

⁵ Im Text wird die Primärliteratur mithilfe von Siglen zitiert. Eine Erklärung der Siglen befindet sich unter Punkt 6 im Literaturverzeichnis.

⁶ ODT

einer Diskussion, die in den 1970er Jahren innerhalb der Psychiatrie und der Medizinphilosophie geführt wurde, ausgehend von der Frage, ob es überhaupt „psychische Krankheiten“ gebe. Szasz stellte 1961 die Theorie auf, dass Konzepte wie psychische Normalität und Verrücktheit willkürliche Definitionen sind. Anders als für Krankheiten, die auf biologischen Ursachen basieren, ließen sich für die meisten psychischen Erkrankungen keine eindeutigen Ursachen finden. Die Diagnose einer psychischen Störung erfolge aufgrund subjektiver Bewertungen anstatt objektiver, empirisch überprüfbarer Kriterien.⁷ Boorse versucht dies in seiner Theorie zu widerlegen.

Boorse sieht „Krankheit“ als einen wertfreien, rein beschreibenden Begriff (*Deskriptivismus*) an, der demzufolge nicht in einer Relation zu einer Gesellschaft steht und nicht durch verschiedene Sichtweisen unterschiedlich interpretiert werden kann. Zudem lasse sich dieser Krankheitsbegriff auch auf psychische Sachverhalte kompromisslos anwenden. Christopher Boorse entwickelt seine eigene Theorie in Bezug auf die Definition der Krankheit, die im Folgenden erläutert wird.

3.1.2 Biostatistische Theorie

Boorse stellt den Begriff der **Biostatistischen Theorie**, kurz BST, auf. Dieser Begriff ist abgeleitet von der Biostatistik, auch als Biometrie bekannt, die als Entwicklung und Anwendung statistischer Methoden im Rahmen empirischer Untersuchungen an Lebewesen dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, der Entscheidungsfindung und der wirtschaftlichen Optimierung von Produkten dient.⁸

In dem Wort Biostatistik sind die beiden Begriffe „Bio“ und „Statistik“ zusammengefasst, welche die Pfeiler seiner Theorie bilden. Der Begriff „Bio“ zielt hierbei auf die funktionelle Vorstellung des Organismus ab, welche, nach Boorse, als

⁷ http://de.wikipedia.org/wiki/Thomas_Szasz

⁸ <http://de.wikipedia.org/wiki/Biometrie>

rein natürlich gegeben zu verstehen ist. Ein Organismus sei nur aus seinen biologisch vorgegebenen Attributen aufgebaut und könne auch nur so verstanden und für Studien untersucht werden. Hier wird deutlich, dass Boorses Theorie auf dem Naturalismus basiert, da dieser eben von der natürlichen Organisation eines Organismus ausgeht. Auf die Thematik der biologischen Funktionalität geht Boorse ein, indem er den Begriff des Speziesdesigns einführt und erläutert. Auf diese Begrifflichkeit wird später im Text eingegangen. Die zweite Komponente der Biostatistik ist der Bereich der Statistik. Organismen können statistisch klassifiziert werden, z.B. nach Messbarkeit (gut definierte Messgröße), Universalität (das Charakteristikum kommt bei möglichst vielen Personen vor), Einmaligkeit (der Messwert des Charakteristikums ist für möglichst alle Personen unterschiedlich) und Konstanz (der Messwert hängt nicht vom Alter der Person oder dem Messzeitpunkt ab).⁹ In Boorses Theorie wird sich diese Komponente in Form einer Normalkurve wiederfinden, die Boorse aufstellt, um die Normalität in Bezug auf bestimmte Funktionen von Individuen zu klassifizieren und normale Funktionen von unter- oder überdurchschnittlichen Funktionen zu unterscheiden. Auch auf diese Komponente der BST werde ich noch detailliert eingehen.

Dass die BST auf den Vorstellungen des Naturalismus fußt, ist schon erwähnt worden. Es ist jedoch fraglich, inwieweit Boorse sich tatsächlich dem Naturalismus verschreibt und inwieweit er diesen umgeht, ausblendet oder sogar beispielsweise durch den Normativismus ersetzt. Auf diese Problematik soll im Folgenden eingegangen werden. Naturalisten betrachten den Menschen als biologischen Organismus, der evolutionären Mechanismen unterworfen ist; bestimmte Funktionen des Organismus haben sich herausgebildet, sodass der Mensch erfolgreich mit der Umwelt interagieren kann.¹⁰ Boorse schließt sich in seinen Ausführungen dieser Meinung an. Zwar sagt er nie explizit, dass er sich dem Naturalismus verschreibt, doch wird dies aus seinen Ausführungen deutlich. Boorse definiert auf der Grundlage der Natürlichkeit die Begriffe Krankheit und Gesundheit.

⁹ <http://de.wikipedia.org/wiki/Biometrie>

¹⁰ www.paulus-akademie.ch/ressourcen/download/20090108165851.pdf

3.1.3 Natürlichkeit

Christopher Boorses Biostatistische Theorie zeigt einen biologischen Ansatz. Das Ziel von Boorse ist es eine biologische Begründung für die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ zu finden. Als Ausgangspunkt seiner Theorie kristallisiert sich spätestens in seinem Artikel aus dem Jahr 1987¹¹ deutlich heraus, dass Boorse einem Organismus eine definierte Form der Natürlichkeit zuordnet. Um einen Organismus als natürlich zu charakterisieren benutzt Boorse fünf Variable, mit welchen er diesen derartig definiert und festlegt, dass diese in einer bestimmten Weise als nötige Voraussetzung für die Definitionen der Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ gegeben sein müssen. Dies sind Normalität, eine Normalkurve, das Speziesdesign, Ziele und Funktionen. Auf diese Begriffe werde ich im Folgenden eingehen.

3.1.3.1 Normalität

Wie bereits erwähnt, sieht Boorse den Begriff der Normalität als wichtige Komponente seiner Ausführungen zur Natürlichkeit an. Gemeinhin wird Gesundheit als Normalität betrachtet. Diese Begriffe werden in der Literatur oftmals synonym verwendet, was jedoch laut Boorse nicht der Fall sein darf, denn Boorse leitet den Begriff der Gesundheit aus einem bestehenden Begriff der Krankheit ab. Gesundheit gehe jedoch mit einer normalen Funktionalität einher. Dies bedeute, dass eine Bereitschaft für die normale Funktion bei bestimmten Begebenheiten mit normaler Effizienz existiert. Die Funktion stelle, wie oben bereits erwähnt, einen Beitrag zu einem bestimmten Ziel dar, das es für den Organismus zu erreichen gilt. Hierzu werden Funktionen derartig verändert, dass das angestrebte Ziel erreicht werden könne. Hier sieht Boorse drei Variable, die für seine Theorie wichtig sind: die Referenzklasse, statistische Normalität und biologische Funktionen¹². (ROH, 8-10) Auf diese Begriffe werde ich später zurückkommen. Boorse sieht das Normale als das Natürliche und somit als das

¹¹ COH

¹² Auf den Begriff der Funktionen geht Boorse speziell im Artikel „Wright on Functions“ ein. (WOF)

naturalistisch Determinierte an. Jedoch existiert keine biologische Theorie, die besagt, dass das Natürliche stets das Wünschenswerte ist. (ODT, 81-82)

30 Jahre vor Boorses erstem Artikel beschrieb C. Daly King Normalität folgendermaßen:

„Das Normale ... ist objektiv und zutreffend zu definieren als das, was in Übereinstimmung mit seinem vorgegebenen Bauplan funktioniert.“¹³ (ODT, 81)

Die Wurzel dieser Idee besteht darin, dass das Normale stets das Natürliche ist. Ein Organismus sei dann gesund, wenn er frei von Krankheit ist und wenn der Organismus in der Lage ist nach seinem natürlichen Speziesdesign zu arbeiten. (ODT, 81-82)

Als Normalität definiert Boorse:

„Normalität ist die Bereitschaft jedes körpereigenen Teils normal zu funktionieren und zwar mit mindestens typischer Effizienz.“¹⁴ (ROF, 90)

Hier wird deutlich, dass die Begriffe Normalität, Effizienz und auch Referenzklasse in einem definierten Zusammenhang stehen und sich teilweise gegenseitig bedingen.

Boorse definiert Normalität an anderer Stelle so:

„Normalität ist die Bereitschaft jedes Körperteils, bei jeder Gelegenheit alles im speziestypischen Rahmen für die Ziele Überleben und Reproduktion zu tun.“ (ROF, 93)

¹³ Im Weiteren sagt Boorse, dass viele Autoren hier zumeist eine wertende Komponente in ihre Ausführungen von natürlichen Vorgängen und der dazugehörigen Ethik einfließen lassen.

¹⁴ Siehe auch HTC, 555

Zudem stellt Boorse klar, dass der Begriff der Normalität weit gefächert sei. Es existieren individuelle Unterschiede, die jedoch alle als normal angesehen werden. Außerdem gebe es unterschiedliche Arten von intrinsischer, also körpereigener, Gesundheit, die auch alle als normal betrachtet werden. Normalität ist somit kein feststehender Begriff für bestimmte Funktionen, die ausgeübt werden, sondern gibt eher einen Bereich an, in dem Funktionen als normal gelten. (HTC, 563). Ein Organismus sei normal, wenn er nach dem natürlichen Design der Spezies zu arbeiten imstande ist. Es existierten jedoch auch verschiedene Varianten der Normalität, die nicht krankhaft sind. Es sei häufig schwer, zwischen einer Normvariante und einer Krankheit zu unterscheiden, besonders im praktischen Alltag des Arztes. Zwar seien die Grenzen nach Boorse definiert, jedoch ist es in Einzelfällen schwer eine genaue Festlegung zu treffen. (HTC, 565)

Hier wird deutlich, dass es verschiedene Grade von Normalität geben müsste, auf die Boorse jedoch nicht weiter eingeht. Die daraus resultierende Frage ist, wie man diese Grade von Normalität bestimmen und unterscheiden kann.

3.1.3.2. Normalkurve

Der Wortteil „Statistik“ des Begriffes Biostatistik zielt auf die statistische Normalität ab, die einen Organismus als gesund bzw. krank definiert. Die Normalität, die Boorse als wichtigen definitorischen Unterpunkt von Natürlichkeit sieht, wird statistisch entlang einer Normalkurve aufgestellt.

Ein Ziel könne, so Boorse, von einer Funktion mit unterschiedlicher Effizienz, d.h. unterschiedlich gut, erreicht werden. Die Effizienz sei unter den Individuen derselben Spezies statistisch verteilt. Hierfür benutzt Boorse den Begriff der Normalverteilung bzw. Normalkurve. Liegt der Grad der Effizienz innerhalb eines bestimmten („normalen“) Bereiches, so sei diese Effizienz normal. Liegt er oberhalb/unterhalb dieses Bereiches, so sei diese nicht mehr normal und somit krankhaft. Als Vergleichswert dieser Normalkurve sieht Boorse die Referenzklasse, welche aus

gleichaltrigen, gleichgeschlechtlichen sowie mit gleichem funktionellem Design ausgestatteten Mitgliedern der jeweiligen Spezies besteht, z.B. „männliche Homo sapiens über 75 Jahre“. Das Alter und das Geschlecht spielen hierbei eine wichtige Rolle, da je nach Alter und Geschlecht des Individuums ein unterschiedlicher Erwartungswert für bestimmte Funktionen existiere. Eine normale Funktion sei demzufolge ein statistisch typischer (normaler) Beitrag zum individuellen Überleben und der Reproduktion von Mitgliedern der Referenzklasse. (COH, 370)

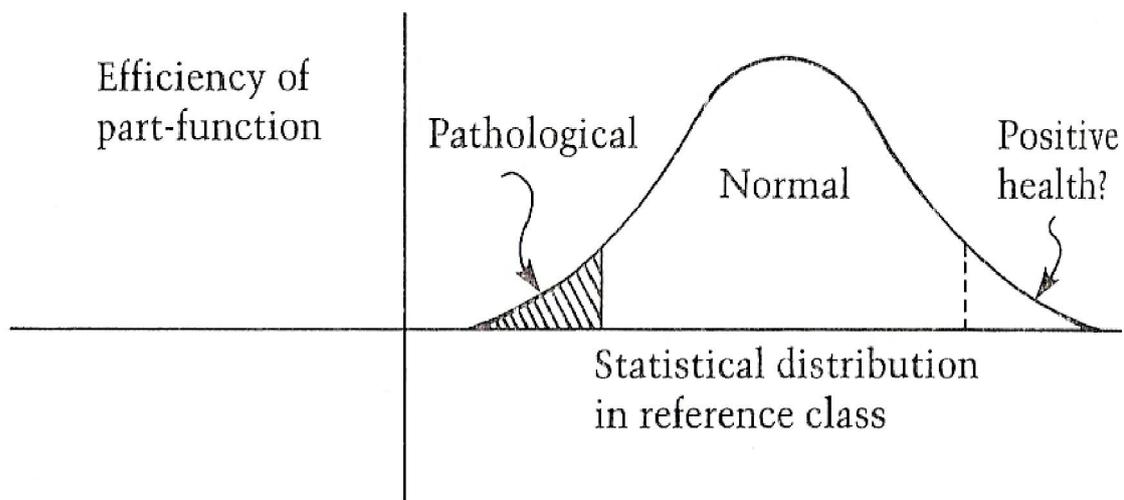


Abb. 1: *Pathological Condition*¹⁵

Zwar legt Boorse mit Hilfe der Normalkurve bestimmte Grenzen insbesondere für statistisch unterdurchschnittliche Funktionen fest, dennoch ist die praktische Unterscheidung zwischen einer lediglich schlechten Funktion, die sich aber noch im normalen Rahmen bewegt, und einer unterdurchschnittlichen Funktion oftmals schwer. Als Beispiel für die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen verschiedenen Spezies und die unterschiedlichen Altersgruppen nennt Boorse einen Vergleich zwischen Menschen und Pinguinen. Ein drei Monate altes Kind sei noch nicht in der Lage zu

¹⁵ Abb. 1: COH, 370

laufen, wohingegen ein drei Monate alter Pinguin schon laufen könne. Hier ist eine Unterscheidung in der Spezies, nicht jedoch im Alter gemacht worden. Ein fünf Jahre altes Kind könne im Normalfall auch schon sprechen, ein fünf Jahre alter Pinguin könne dies jedoch nicht, da das Sprechen in seiner Spezies nicht vorgesehen ist und er niemals sprechen wird. Hier findet man eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Spezies. (ROF, 102)

Werden nun z.B. Beurteilungen über Abweichungen von der gesellschaftlichen Norm vorgenommen, wie z.B. über Homosexualität oder Drogensucht, so dient die Gesellschaft als Ganzes als Referenzklasse. (TMH, 73) Dies ist jedoch eher die Ausnahme, denn tatsächlich wird zumeist eine Zusammenstellung der Referenzklasse aufgrund des Alters, des Geschlechts und des Speziesdesigns bevorzugt. Boorse definiert in seinem Artikel „Health as a Theoretical Concept“¹⁶ zum ersten Mal die folgenden Begriffe:

- 1) Die *Referenzklasse* besteht aus gleichaltrigen, gleichgeschlechtlichen sowie mit gleichem funktionellem Speziesdesign ausgestatteten Mitgliedern.
- 2) Die *normale Funktion* ist ein statistisch typischer Beitrag zum individuellen Überleben und der Reproduktion von Mitgliedern der Spezies. (COH, 555)

In diesen Punkten macht Boorse deutlich, dass seine Theorie zum einen aus der statistischen Komponente besteht, zum anderen aus der biologischen Komponente, die verdeutlicht, wie ein Organismus beschaffen sein muss. Diese Komponenten wurden bereits oben diskutiert. Mithilfe dieser beiden Punkte stellt Boorse eine Definition von Krankheit sowie auch von Gesundheit auf. Darauf werde ich in den entsprechenden Kapiteln eingehen.

¹⁶ HTC, 554-558

3.1.3.3 Speziesdesign

Boorses Ansatz basiert auf der grundlegenden These, dass Organismen ein natürliches Design aufweisen. Dies bedeutet, dass Organismen einen natürlich vorgegebenen Bauplan haben, nach welchem sie „konstruiert“ sind. Krankheit wird als eine Abweichung von diesem Bauplan gedeutet. Das Design der Spezies sei als eine statistische Abstraktion zu verstehen, welche auf empirischen Erhebungen in der Bevölkerung basiere. Erlaubte Formen des Designs der Spezies seien laut Boorse statistisch unterdurchschnittliche Funktionen sowie polymorphe Formen, z.B. Blutgruppenunterschiede oder unterschiedliche Augenfarben. Insbesondere auf die statistisch unterdurchschnittlichen Formen werde ich im Weiteren zurückkommen. Jede andere Abweichung vom natürlichen Design sei als eine Krankheit des betroffenen Organismus zu werten.¹⁷ (ROH, 32)

Es gebe darüber hinaus massive Überschneidungen der Strukturen verschiedener Spezies. Als Beispiel nennt Boorse die strukturellen Ähnlichkeiten zwischen Menschen und Primaten, die sich in gleichen bzw. ähnlichen Funktionen zeigen. Dies nennt Boorse das Design der Spezies, welches teilweise ähnlich oder gleich und teilweise verschieden sein kann. (ROH, 37)

Boorse sieht das Design der Spezies als ein empirisches Ideal an. Das Design verkörpere einen perfekten Organismus, der keinerlei Krankheit unterworfen ist. Der Organismus sei vollständig gesund und funktioniere einwandfrei. Das Design der Spezies diene somit als Basis für die Beurteilung der Natürlichkeit bzw. für die Beurteilung, welcher Organismus krankhaft ist und welcher nicht. Die menschliche Spezies ist, wie andere Spezies auch, nach der Meinung von Boorse einzigartig in ihrem Design. Dies werde auch dadurch klar, dass die Lehrbücher der menschlichen Medizin grundlegend von den Lehrbüchern der Tiermedizin abweichen. Alle Individuen, die sich in einer Spezies zusammenfassen lassen, seien somit gleich gebaut. Und genau das ist auch die Definition des Designs der Spezies, die Boorse gibt: die Gleichheit der funktionellen Organisation einer Spezies. Es existierten jedoch auch intraspezifische

¹⁷ siehe auch HTC, 554-558

Unterschiede. In der menschlichen Spezies nennt Boorse u.a. die Haarfarbe, die Augenfarbe, das Geschlecht und das Alter. Das Alter des Individuums sei ein wichtiger Faktor. Das funktionelle Design des Individuums variere mit dem Alter des jeweiligen Individuums. In anderen Spezies werde dies deutlicher, z.B. bei den Schmetterlingen. Diese seien zuerst eine Raupe, dann eine Puppe und werden erst dann zum Schmetterling. Auch bei Menschen gebe es verschiedene Entwicklungsstufen, in denen der Mensch über verschiedene Funktionen verfügt bzw. nicht verfügt. (HTC, 557-558)

Wenn nun ein Organismus im normalen Rahmen funktioniert und somit keine Abweichung der normalen biologischen Funktion aufweist und zugleich gemäß dem Speziesdesign konzipiert ist, so gilt dieser Organismus nach Boorse als natürlich. Nun gilt es, eine Definition des Begriffs der Funktion aufzustellen, um die gedankliche Struktur von Boorses Gesundheitsbegriff weiter auszubauen.

3.1.34 Funktionen

Natürlich nennt Boorse das, was entsprechend dem natürlichen Speziesdesign funktioniert. Ein natürliches Speziesdesign übe im Umkehrschluss natürliche Funktionen aus. Als Funktion definiert Boorse einen im biologischen Sinne standardmäßigen, kausalen Beitrag zu einem der Ziele, welche der Organismus verfolge. Es sei Aufgabe und Inhalt der Physiologie (und der Psychologie) die gesamte Hierarchie der Ziele darzustellen. Das entscheidende Kriterium sei hier die Zielgerichtetheit der Funktionen des Individuums. Natürlichkeit gehe mit einer normalen Funktionalität einher. Dies bedeutet, dass eine Bereitschaft für die normale Funktion bei bestimmten Begebenheiten mit normaler Effizienz existiert. Die Funktion sei ein Beitrag zu einem bestimmten Ziel, welches der Organismus zu erreichen versucht. Hierzu würden Funktionen derartig verändert, dass das angestrebte Ziel erreicht werden könne. Funktionen seien zudem nach Boorse Effekte, die sich durch die Evolution in der Bevölkerung verankert haben. Also könne eine Funktion bei den Steinzeitmenschen anders gewesen sein und sich im Laufe der Jahrhunderte zu einer

modifizierten Funktion entwickelt haben, die der jeweiligen Umwelt besser angepasst ist.¹⁸ (ROH, 8-10)

Die Funktionen im menschlichen Organismus seien objektive, nicht mentale Besitztümer des jeweiligen Organismus. Diese Funktionen bezeichnet Boorse als „GGC“ (general goal-contribution= „Generelle Zielgerichtetheit“). GGC bedeute, dass jede Funktion in einem Organismus ein bestimmtes Ziel verfolgt. Die hierbei angestrebten Ziele werden im nächsten Unterpunkt erwähnt. (ROF, 63-64) Boorse betrachtet den Begriff der Spezies so, dass dieser über Raum und Zeit ausgedehnt verstanden werden muss. Demzufolge seien auch Funktionen zeitlich zu betrachten. Eine Funktion könne somit nicht durch einen kurzfristigen Wechsel der Lebensgewohnheiten verändert oder aufgehoben werden, sondern sei in der Natur der Spezies verwurzelt. Als Beispiel nennt Boorse die Zeit, als die Menschen begannen in Hütten zu leben. Die Funktion der Haut, Vitamin D im Sonnenlicht zu produzieren, wurde durch das Leben in Hütten nicht aufgehoben. (ROH, 66)

Des Weiteren bestätigt Boorse die Aussage, dass Funktionen in einem aus dem Benutzer und dem Werkzeug zusammengesetzten System zielgerichtet sind. Als Beispiel führt Boorse jemanden an, der etwas schreibt. Der Benutzer sei der Mensch, der etwas schreibt und das Werkzeug sei der Stift, mit dem er es schreibt. Im Organismus des Schreibenden spielen sich verschiedenste Funktionen ab, die im Endeffekt dazu führen, dass er zum Schreiben in der Lage ist. Dies sei er jedoch nur, wenn er auch einen Stift benutzen kann. Hier werde deutlich, dass lediglich ein Zusammenspiel von Benutzer und Werkzeug zum erwünschten Ziel führen könne, in diesem Fall zum schriftlichen Ergebnis. Diesen Gedanken greift Boorse einige Seiten später wieder auf, indem er sagt, dass externe, also körperfremde Objekte eine Funktion in Bezug auf die Zielgerichtetheit des Organismus besäßen, wenn sie tatsächlich zum Erreichen des Ziels beitragen. (ROF, 81-82) Im oben genannten Beispiel trägt der Stift offensichtlich zum Erreichen des Zieles bei.

¹⁸ siehe auch WOF, 70-86

Boorse unterscheidet weiter zwischen schwachen und starken Aussagen über Funktionen. Die folgenden Aussagen nehmen in ihrer Stärke ab:

„Die Funktion von X ist Z. Eine Funktion von X ist Z. X hat die Funktion Z.“
(ROF, 71)

Die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Aussagestärken begründet Boorse mit der Häufigkeit und Durchgängigkeit der entsprechenden Funktionsaussagen.¹⁹ (ROF, 71)

Außerdem unterscheidet Boorse vier Aussagen zur genauen Bestimmung einer Funktion:

- 1) die Funktion wurde gestaltet um etwas auszuführen $\hat{=}$ die Funktion wurde benutzt um etwas auszuführen
- 2) eine vergangene Funktion $\hat{=}$ eine jetzige Funktion
- 3) eine vergangene evolutionäre Funktion $\hat{=}$ eine vergangene und jetzige evolutionäre Funktion
- 4) die Funktion $\hat{=}$ eine Funktion

Diese Kriterien können zur Bestimmung einer Funktion benutzt werden. Die Funktion kann somit näher charakterisiert werden. Hierdurch wird auch der Vorgang des Erreichens der Ziele durch die bestehenden Funktionen deutlicher und transparenter.
(ROF, 73)

Ein momentaner, plötzlicher Funktionsverlust sei stets pathologisch. Sollte aber dieser Funktionsverlust bei der Mehrheit der Individuen einer Spezies über einen längeren

¹⁹ siehe auch WOF, 80

Zeitraum bestehen, so werde die Fehlfunktion zur normalen Funktion. Damit umgeht Boorse das Problem der universellen Krankheiten, indem er eine universelle Krankheit ab einem bestimmten Grad der Verbreitung als normal betrachtet. (ROF, 98) Pandemische Veränderungen, die in einer bestimmten Spezies auftreten, werden somit nach einer bestimmten Zeit zu normalen Funktionen. (ROF, 95) Sind Funktionen in einem Organismus verändert, so spricht man davon, dass der Organismus krank bzw. pathologisch sei. Das ist nach Boorse eindeutig definiert. Es könne nun aber dazu kommen, dass bestimmte Funktionen bei der Mehrzahl der Organismen auftauchen, die nicht als normale Funktionen, sondern als abnorme Funktionen einzustufen sind. Da diese abnormen Funktionen jedoch bei der Mehrzahl der Organismen auftreten, werden diese Funktionen nach einer gewissen Zeit der Persistenz zu normalen Funktionen. Dies könne aber nur dann der Fall sein, wenn tatsächlich die Mehrheit der Organismen einer Spezies diese Funktionen aufweise. Diese Argumentation sei völlig logisch, denn eine pandemische, pathologische Funktion könne nicht als krankhaft betrachtet werden, da sonst die Mehrzahl der Organismen krank wäre und Boorses Theorie dies nicht als Möglichkeit vorsieht. (ROF, 88)

Es scheint mir jedoch nicht logisch anzunehmen, dass dies der Fall sein kann. Am Beispiel der Karies sieht man, dass nahezu jeder erwachsene Mensch zumindest einmal schon an Karies gelitten hat oder zurzeit daran leidet. Trotzdem ist Karies eine Krankheit, die nicht dem natürlichen Bauplan der Spezies entspricht. Hier wird auf das Problem der universellen Krankheiten eingegangen, welches auch im Kapitel „Krankheiten“ noch erörtert wird.

Boorse sieht eine gesunde Funktion dann als gegeben an, wenn das angestrebte Ziel tatsächlich erreicht wird. Die Schilddrüse habe nicht die Funktion Hormone freizusetzen, sondern sie habe die Funktion die richtige Menge an Hormonen freizusetzen, um den Körper bestmöglich und effektiv zu versorgen, damit wiederum der Körper bestmöglich arbeiten kann. Allerdings sei eine nicht ganz perfekt ausgeführte Funktion, die zu einem Ziel beiträgt, nicht immer fatal, sie sei jedoch immer als krankhaft anzusehen. (HTC, 559-561) Boorse erweitert diese Argumentation

und trifft in einem seiner späteren Artikel aus dem Jahr 2002 ²⁰ die Aussage, dass die Analyse der jeweiligen Funktion unwichtig sei, solange andere unerwünschte oder nicht gewählte Funktionen für den jeweiligen Fall eine Rolle spielen. Boorse geht, wie bereits oben erwähnt, davon aus, dass die Funktionen bestmöglich zusammenspielen, sodass ein bestimmtes Ziel erreicht wird. In einem gesunden Organismus seien die Funktionen stets korrekt ausgeführt. Sollten die Funktionen jedoch nicht korrekt ausgeführt werden oder sollten zusätzliche Funktionen bestehen, die das Erreichen des Ziels verzögern oder verhindern, so können die eigentlich normal arbeitenden Funktionen auch nicht korrekt beurteilt werden. Die inkorrekte Beurteilung resultiert daraus, dass durch die Anwesenheit der „falschen“ Funktionen die normalen, gesunden Funktionen auch fehlgeleitet sein können. (ROF, 78-79)

Boorse geht in einem anderen Artikel ²¹ ausschließlich auf die Argumentation zu dem Begriff der Funktion ein, der von Larry Wright ²² verfasst wurde. Hier steht nicht der Aspekt der Biostatistischen Theorie im Vordergrund, sondern die Analyse von Wrights Artikel.

Wright beschreibt eine Funktion in der Weise, dass diese stets eine Konsequenz oder ein Ergebnis von einem Körper, einem Körperteil oder Körperbestandteilen sei. Zudem sei der Teil des Körpers existent, um die Funktion auszuüben. Beides bedinge sich somit gegenseitig. Boorse bezweifelt jedoch, dass eine Funktion den Körper bestimmen kann. Er geht davon aus, dass ausschließlich der Körper die Funktion bestimmt und verändert. Zudem sieht Boorse ein Problem in der, wie er sagt, zu allgemein gefassten Aussage, dass ein Körper zwangsläufig auch seine eigenen Funktionen bestimme. Es ist auch möglich, so Boorse, dass ein Körper eine Handlung ausübt, die nicht auf direktem Weg zur Funktion führt. Als Beispiel nennt er einen Hundebesitzer, der das Bellen seines Hundes nicht mehr ertragen kann. Der Besitzer tritt den Hund mit der Absicht, diesem das Bein zu brechen. Der Beinbruch bereitet dem Hund Schmerzen. Diese

²⁰ ROF

²¹ WOF

²² Wright L (1973) Functions. *Philosophical Review* 82/1: 139-168

Schmerzen sind das Resultat, welches der Besitzer von vornherein angestrebt hat. Jedoch ist dieses Resultat nicht auf direktem Weg als Funktion des Trittes entstanden, sondern die Fraktur des Beines ist hier ein Zwischenschritt. Somit sei die These von Wright nicht haltbar, dass der Körper direkt die Funktion bestimmt. (WOF, 72)

Als Verbesserung der oben genannten Thesen von Wright schlägt Boorse vor:

Die „Funktion von X ist Z“ bedeutet, dass:

- 1) X in einem Organismus auftritt und die Präsenz von X derart erklärt werden kann, dass X existent ist um Z zu bedingen
- 2) X in einem Gegenstand auftritt und die Präsenz von X derart erklärt werden kann, dass Z eine Konsequenz von X ist (WOF, 72)

Gegenstände müssten nicht unbedingt eine Funktion haben, auch wenn für sie diese Funktion eigentlich vorgesehen ist. Somit sei die Funktion vorgesehen, werde aber nicht ausgeübt. Dies widerspreche Wrights These, dass die Funktion stets ausgeübt wird und somit eine Konsequenz aus X ist. Gegenstände könnten zudem entweder zielgerichtet oder nicht zielgerichtet sein. Thermostate seien z.B. zielgerichtet, Stühle jedoch nicht. Andererseits werden Stühle von Personen benutzt um ein Ziel zu erreichen. Somit seien sie als Hilfsmittel für das Erreichen eines Ziels bedeutsam. Weiterhin geht Wright davon aus, dass sich Funktionen über lange Zeit dahingehend entwickeln, dass sie dem Körper einen Vorteil oder zumindest eine Verbesserung der derzeitigen Funktion beschere. Funktionen seien somit ständig in einem Prozess der Verbesserung begriffen. Boorse hingegen geht davon aus, dass Funktionen nicht evolutionär erklärbar sind. Zwar betrachtet Boorse die Entstehung und Veränderung von Funktionen als evolutionär, jedoch sagt er, dass Aussagen über Funktionen niemals mit der Evolution begründet werden können. (WOF, 73-80)

Weiterhin stellt Boorse dazu fest: wenn ein Prozess A zugrunde liegt um eine Funktion zu dem Ziel G beizusteuern, dann ist A nötig für G und wird dahingehend modifiziert,

dass G bestmöglich erreicht werden kann. Dies bedeute, dass stets versucht wird, den Prozess so zu verändern, dass das Ziel schnell und effektiv erreicht wird. Als Erweiterung hierzu definiert Boorse:

„Zum Zeitpunkt t sind X, welches die Funktion Z hervorruft, und die Funktion Z von X der Beitrag zu dem Ziel G des zielgerichteten Systems S.“ (WOF, 78)

Dies bedeutet, dass durch einen Vorgang X die Funktion Z auftritt, die wiederum zum Ziel G, in Boorse Fall zu den übergeordneten Zielen Überleben und Reproduktion, führt. Diese Erklärung hat nach Boorse zwei bedeutende Vorteile. Zum einen werden anstatt nur zwei Variablen jetzt fünf Variable, nämlich der Vorgang X, die Funktion Z, der Zeitpunkt t, das Ziel G sowie das zielgerichtete System S zueinander in Beziehung gesetzt. Zum anderen nutzt Boorse in seiner englischen Ausführung die Verlaufsform, sodass klar wird, dass Funktionen nicht zeitlich betrachtet werden, sondern lediglich einmal auftreten, was die These unterstützt, dass Aussagen über Funktionen nicht evolutionär zu verstehen sind. (WOF, 78-80)

Von dem Begriff der Funktion unterscheidet Boorse den Begriff des „Merkmals“. Ein Merkmal sei eine bestimmte Eigenschaft, die Objekte besitzen. In diesem Fall sagt Boorse zwar nicht explizit, dass Organismen auch unter den Begriff der Objekte fallen, in seinen weiteren Ausführungen wird dies jedoch deutlich. Im Weiteren bezieht sich der Begriff der Objekte sogar vorwiegend auf Organismen. Ein Merkmal eines Objektes könne sich weiterentwickeln. Jedoch müsse diese Weiterentwicklung nicht auf Funktionen basieren, sondern könne stattfinden ohne dass überhaupt eine Funktion vorliegt. Ein weiterer Unterschied zwischen Merkmalen und Funktionen sei der, dass Merkmale bestehen können ohne eine Rolle für die Selektion zu spielen. Eigentlich müssten solche Merkmale in einem Organismus durch die natürliche Selektion ausgemustert werden, da sie dem Organismus nicht zu seinen Zielen verhelfen. Jedoch könnten Merkmale diese natürliche Selektion überdauern. Trotzdem seien sie deshalb nicht als biologische Funktionen zu charakterisieren. (ROF, 66)

3.1.35. Ziele

Der natürliche Bauplan eines Organismus sei einer Hierarchie von Zielen unterworfen, die der Organismus anstrebt. Dieser besteht nach Boorse aus einer Ansammlung von Systemen und Subsystemen, die harmonisch zusammenarbeiten und alle auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet sind. Dieses Ziel sei hierarchisch angeordnet, das bedeutet, dass die Subsysteme bestimmte Ziele anstreben, welche die Ziele der übergeordneten Systeme erreichbar werden lassen. Es existieren somit verschiedene Stufen von Zielen, wobei jede Stufe Ziele für die nächste Stufe beinhaltet. Dieses Stufenschema gehe solange weiter, bis die höchsten Ziele erreicht werden. Zellen seien beispielsweise auf Stoffwechsel, Ausscheidung und Zellteilung ausgerichtet. Das Herz sei darauf zielgerichtet, den Organismus mit Blut zu versorgen. Für den einzelnen Organismus gelten die obersten und somit wichtigsten Ziele, nämlich das Überleben und die Fortpflanzung. Alle untergeordneten Ziele seien als Zwischenziele zu diesen höchsten Zielen zu verstehen. (ODT, 82)

Weitere Ziele des Organismus, die Boorse nennt, sind Aktivitäten, an denen man teilnehmen möchte. Dies seien Nahrungsaufnahme und auch Sex. Sie werden durch bestimmte Funktionen im Organismus ausgeübt. Diese Ziele stünden jedoch unterhalb der Ziele des Überlebens und der Reproduktion, seien also quasi untergeordnete Ziele, welche die primären Ziele, gemäß der Hierarchie der Ziele, zu erreichen versuchen. Die Aktivitäten Nahrungsaufnahme und Sex haben jedoch keinerlei wertende Komponente, denn physiologische Funktionen wirken sich beim Ausüben der genannten Aktivitäten stets neutral aus.²³ (ODT, 83) Hier ist mir die Unterscheidung zwischen Sex und Reproduktion seitens Boorse nicht deutlich genug hervorgehoben. Zwar macht Boorse eine Unterscheidung zwischen einerseits den höchsten Zielen Reproduktion und Überleben sowie andererseits Aktivitäten, die das Individuum ausübt, trotzdem gehe ich davon aus, dass ein sexueller Akt stets, wenn auch unterbewusst, der Fortpflanzung dient. Somit wäre dieser Vorgang doch dem höchsten Ziel der Reproduktion zuzuordnen.

²³ Boorse sieht eine Verknüpfung zwischen Menschen, Tieren und Pflanzen hier derartig, dass eine Krankheit bei allen durch eine jeweils gestörte Funktion auftritt.

Boorse sieht das Überleben und die Reproduktion, wie oben erwähnt, als die höchsten Ziele eines Organismus an. Im Krankheitskonzept sollte allerdings die Reproduktion als höheres Ziel als das Überleben angesehen werden. Boorse geht sogar soweit zu sagen, dass der Tod aufgrund einer reproduktiven Funktion keine Krankheit sein könne, da dieser Vorgang in reproduktiver Absicht geschehen sei. Somit seien Komplikationen wie Verletzungen oder der Tod bei der Reproduktion niemals pathologisch. Die Reproduktion sei das höchste angestrebte Ziel eines Organismus. (ROH, 93-94) Ein Beispiel für zielgerichtetes Verhalten sei das zweckmäßige Verhalten des Menschen. Der normale, also gesunde Mensch verhalte sich immer in der Weise, dass er dadurch die Ziele anstreben könne. Es liege in der Natur des Menschen sich an den Zielen zu orientieren. (ROF, 76)

Menschen seien fühlende Organismen, sähen das Erreichen eines gesetzten Zieles als Wohlergehen an und könnten das Erreichen des gesetzten Ziels tatsächlich auch erkennen. Andere Spezies, die keinerlei Gefühle entwickelt haben, könnten zwar auch ihre gesetzten Ziele erreichen, sie fühlten dabei jedoch kein Wohlergehen. (FRA, 23)

Boorse stellt zudem fest, dass ein Organismus in der Lage sei mehrere Ziele gleichzeitig anzustreben. Somit könne man nicht davon ausgehen, dass das angestrebte Ziel stets das ultimative Ziel sein müsse. Werden nun mehrere, gleichbedeutende Ziele zur gleichen Zeit angestrebt, so wäre es nicht möglich eines als das Endziel zu benennen. (WOF, 83)

3.1.4 Krankheit

Da nun die Parameter für einen normalen und somit natürlich funktionierenden Organismus aufgestellt und erklärt wurden, ist es jetzt möglich daraus einen gültigen Krankheitsbegriff abzuleiten, welcher die genannten Parameter berücksichtigt.

Krankheit als genereller Begriff ist laut Boorse ein Oberbegriff für Verletzungen, Vergiftungen, Schäden durch Umwelteinflüsse, Wachstumsstörungen, funktionelle

Behinderungen und alles, was nicht mit dem Zustand der Gesundheit vereinbar ist. Gesundheit wird dementsprechend als die Abwesenheit von Krankheit definiert. (ROH, 6)

Da Krankheit als etwas Unnatürliches, als etwas, das gegen die Vorgaben der Natur auftritt, definiert wird, wird Gesundheit folgerichtig als normal und somit als natürlich gewertet. Auch hier bleibt Boorse seinen naturalistisch verwurzelten Grundgedanken zur BST treu. Eine unnatürliche Funktion entsteht dann, wenn der Organismus atypisch funktioniert oder wenn der Organismus sich aufgrund einer veränderten, dem Organismus feindseligen Umgebung an diese anpasst und dabei die sonst natürlichen Funktionen nicht natürlich ablaufen können. In diesem Fall würde der Organismus eine theoretische, objektive Krankheit erleiden.²⁴ (ODT, 82-83) Auf den Begriff der theoretischen, objektiven Krankheit wird im Weiteren eingegangen.

Eine Krankheit geht also nach Boorse damit einher, dass mindestens eine Funktion des Organismus, die im natürlichen Zustand normal ablaufen sollte, tatsächlich nicht normal effizient abläuft. (HTC, 555)

Boorse versteht eine Krankheit als etwas Pathologisches, als etwas, das nicht dem natürlichen Bauplan entsprechend funktioniert. Allerdings wäre es nicht der Fall, dass alle gleichartigen Krankheiten auch stets das gleiche Merkmal haben müssten. Es existierten neben dem Zustand der Krankheit auch andere negative medizinische Konditionen, die aber keine Krankheiten seien. Die Unterscheidung zwischen diesen Konditionen könne nicht durch bestimmte Merkmale getroffen werden, die immer bei Krankheiten auftreten, sondern sei situationsabhängig vorzunehmen. (ROH, 43)

Unter dem Punkt „Ziele“ wird erklärt, dass eine hierarchische Gliederung von Zielen bestehe. Zellen seien z.B. auf den Metabolismus oder die Mitose ausgerichtet, das Herz habe das Ziel den Körper am Leben zu erhalten, indem es Blut pumpt. Die Gesundheit sei somit ein Produkt der Zusammenarbeit der Systeme und Subsysteme. Nun stellt

²⁴ Siehe auch HTC

Boorse die Frage, ob eine tote Zelle schon pathologisch oder ob das Absterben von einzelnen Zellen ein natürlicher Vorgang im Organismus sei. Er kommt zu dem Schluss, dass eine Zelle einen Teil des gesamten Organismus bildet. Trotzdem sei deshalb nicht jeder Mensch krank, obwohl jeder Organismus natürlicherweise das Absterben von Zellen zu verzeichnen hat. Somit habe jeder Mensch ein gewisses Maß an Pathologie in sich, sei aber deshalb nicht krank. (ROH, 85) Hier bringt Boorse den Begriff der Pathologie in seine Ausführungen ein, um abnorme Körpervorgänge von krankhaften Konditionen abzugrenzen. Eine Krankheit sei nicht nur stets ein pathologischer Vorgang, sondern könne auch in einigen Fällen klinisch in Erscheinung treten. Darauf geht Boorse in einem früheren Artikel ²⁵ detailliert ein. Auch chirurgische Eingriffe, wie z.B. die Entfernung einer Niere, kreierte eine pathologische Situation für den Organismus. Diese Auffassung widerspreche der Annahme, dass Ärzte lediglich pathologische Situationen verbessern. Ärzte könnten Pathologien und somit zumindest auch teilweise Krankheiten verursachen. (ROH, 49)

In Bezug auf den Wert einer Krankheit bezieht Boorse die Position, dass eine Krankheit zumeist wertfrei sei. Jedoch stünden Wertfreiheit und der Bedarf an Behandlung nicht im Zusammenhang bzw. könnten sogar gegensätzlich sein. Hierzu zählt er drei Aspekte auf, die diese These untermauern:

- 1) Das biologische Speziesdesign hat eine allgemeine Treffsicherheit das Ziel „Überleben“ zu erreichen.
- 2) Biologische Funktionen harmonieren unter normalen Umständen miteinander, sodass eine Dysfunktion zu einer anderen Dysfunktion führt.
- 3) Biologische Funktionen verhalten sich neutral gegenüber den meisten Entscheidungen über Aktivitäten oder den Lebensstil.

²⁵ COH

Jedoch räumt Boorse ein, dass auch Krankheiten existieren könnten, die keine Übel für den Organismus mit sich bringen und auch keiner Therapie bedürfen. Dies seien jedoch nur landläufige Annahmen. Als Beispiel nennt Boorse die Masturbation. Masturbation bringt keinerlei Übel für den Organismus mit sich und bedarf auch keiner Therapie. Trotzdem wird die Masturbation manchmal gemeinhin als Krankheit bezeichnet. Boorse sieht dies jedoch nicht so und warnt sogar davor, vor allem psychische, aber auch somatische klinische Erscheinungen als Krankheit zu klassifizieren, obwohl kein biologischer Mechanismus für deren Entstehung vorliegt. Das Konzept von Gesundheit und Krankheit sei zudem nicht nur in klinischen oder sozialen Gesichtspunkten begründbar. (ROH, 98-99)

Eine Krankheit könne zudem durch die Schuld der Person selbst entstehen. Dies sei der Fall, wenn jemand freiwillig eine Krankheit erlangt, z.B. durch einen selbst verschuldeten Autounfall. Zwar sei dieses Szenario nicht der Regelfall, sondern eher eine Ausnahme, dennoch komme es in der Praxis vor, dass jemand einen krankhaften Zustand eigenständig plant und erzeugt. Neben der Person selbst können auch andere Personen einen Krankheitszustand bei der Person hervorrufen. Als Beispiel nennt Boorse hier einen Autofahrer, der an Epilepsie leidet und während der Fahrt einen Anfall bekommt. Es kommt zum Unfall und die Personen, die mit im Auto sitzen, werden verletzt und erleiden somit streng genommen eine Krankheit. Der Autofahrer hat seine Mitfahrer mitgenommen, obwohl er gewusst hat, dass ihn jederzeit ein Anfall überraschen kann. Eine weitere Möglichkeit des Selbstverschuldens einer Krankheit sei die Ablehnung einer Behandlung, obwohl man wisse, dass diese Behandlung zur Verbesserung oder Heilung der Krankheit führt. Die Person befindet sich also in einem nachgewiesenen krankhaften Zustand, der von seinem Arzt als behandlungsbedürftig eingestuft wird. Diese Person hat die freie Wahl, ob sie die Behandlung zulässt oder nicht und entscheidet sich dafür, die Behandlung abzulehnen. Der bestehende krankhafte Zustand werde somit nicht verbessert, sondern könne sich mit fortschreitender Zeit eher verschlechtern. (FRA, 27)

Die von Boorse aufgestellte Krankheitstheorie sollte zudem nicht auf Krankheitskonzepten von Laien basieren. Die Medizintheorie generell könne nicht durch eine Laienansicht definiert und begründet werden und demzufolge sei eine aufgetretene Pathologie lediglich durch einen Fachmann, in diesem Fall einen Arzt, zu beurteilen. Boorse grenzt seine Theorie in diesem Punkt streng von der Theorie von Reznek ab, der davon ausgeht, dass die Laiensicht und die Sicht eines Fachmannes in Bezug auf die hinter dem Krankheitsbegriff stehende Theorie identisch sein müssen, um gültig zu sein. Ein Laie sei folgerichtig nicht imstande ein theoretisches Konzept von Krankheit zu erstellen, da ihm die wissenschaftlichen Hintergründe zu den Mechanismen im Körper der jeweiligen Spezies, die es zu analysieren gilt, fehlen. Der Begriff der Pathologie, den Boorse in seinen Artikeln benutzt, sei somit ein Begriff, der nicht von Laien benutzt werden kann. (FRA, 28-29)

3.1.41. Theoretische, objektive Krankheit

Im Weiteren unterscheidet Boorse zwischen zwei Arten der Krankheit. Zum einen existiere die theoretische, objektive Krankheit, zum anderen die praktische, subjektive Krankheit. Ist nun eine Funktion nicht normal effizient, entspricht also nicht dem normalen Effizienzgrad der Normalkurve, so spricht Boorse von einer theoretischen, objektiven Krankheit. Diese werde als theoretisch und objektiv bezeichnet, weil sie tatsächlich existent, zumeist unentdeckt und nicht von den Umständen abhängig sei, in denen sich der Organismus gerade befindet. Sie sei somit auch nicht situationsabhängig, sondern entweder existent, dann würde der Organismus an einer theoretischen, objektiven Krankheit leiden, oder nicht existent, dann wäre der Organismus gesund. Es gebe somit auch keine Ausprägungen oder Schweregrade dieser Art von einer theoretischen, objektiven Krankheit. (HTC, 552) Zudem sei eine theoretische, objektive Krankheit gleichermaßen auf Organismen aller Spezies anwendbar. Dies ist laut Boorse der Fall, weil eine theoretische, objektive Krankheit eher biologisch als ethisch zu verstehen sei. (ODT, 81)

Im zweiten Artikel ²⁶ beschreibt Christopher Boorse eine theoretische, objektive Krankheit folgendermaßen: Sie bringe normale, natürliche Funktionen, wie z.B. die natürliche Zielgerichtetheit auf Überleben und Reproduktion, durcheinander. Es sei auch möglich, dass eine theoretische, objektive Krankheit nicht ausschließlich auf die höchsten Ziele, die der Organismus anstreben kann, abziele, sondern auch das Erreichen von untergeordneten Zielen (negativ) beeinflussen könne. Zudem sei jede theoretische, objektive Krankheit speziesatypisch. Jedoch sieht Boorse selbst in dieser Definition Schwachstellen. Zum einen sei eine theoretische, objektive Krankheit stets eng mit natürlichen Funktionen verknüpft. Zum anderen sei seine Krankheitsauffassung dem naturalistischen Prinzip zuzuordnen und somit wertfrei. Ob ein Organismus an einer theoretischen, objektiven Krankheit leidet, könne grundsätzlich anhand naturwissenschaftlicher Verfahren festgelegt werden. (TMH, 62-63)

Boorse sagt im Weiteren, dass es Entitäten von theoretischer, objektiver Krankheit gebe. Als strikteste Definition dieser Entitäten nennt er Symptome und Anzeichen sowie die Pathologie mit spezieller Ätiologie und Prognose. Die allgemeine Auffassung von Krankheit gehe über die Grenzen der Entitäten hinaus. Ein Laie sehe ein auftretendes Symptom eventuell als eine Krankheit an, was aber objektiv nicht der Fall sein müsse. Gesundheit sei folgerichtig ein komplettes Fehlen von jeglichem krankhaften Zustand, sei es eine theoretische, objektive Krankheit oder eine praktische, subjektive Krankheit. (HTC, 551-552)

3.1.4.2. Praktische, subjektive Krankheit

Boorse stellt zunächst die These auf, dass eine praktische, subjektive Krankheit („illness“) als eine Untergruppe von theoretischer, objektiver Krankheit („disease“) zu verstehen sei, die einerseits eine ernsthafte unerwünschte Krankheit sein müsse und andererseits bei dem Erkrankten eine spezielle Behandlung erfordere. Eine theoretische,

²⁶ HTC, 63

objektive Krankheit könne ein Individuum also erleiden, ohne dass diese auch eine praktische, subjektive Krankheit sei. Jedoch entstehe eine praktische, subjektive Krankheit immer aus einer theoretischen, objektiven Krankheit, sodass die theoretische, objektive Krankheit stets zuerst präsent sei. Demzufolge sei die praktische, subjektive Krankheit der theoretischen, objektiven Krankheit hierarchisch untergeordnet. (ODT, 81)

Ein im theoretischen, objektiven Sinne krankes Individuum sei auch dann im praktischen, subjektiven Sinn krank, wenn sein Zustand:

- 1) für den Betroffenen unerwünscht ist,
- 2) einen Behandlungsanspruch begründet,
- 3) einen Entschuldigungsgrund für sonst kritikwürdiges Verhalten darstellt. (ODT, 84)

Eine praktische, subjektive Krankheit ist somit im Gegensatz zur theoretischen, objektiven Krankheit durch verschiedene Empfindungen, Wünsche, Verhaltensmuster oder Gefühle des Individuums und auch durch seine Wahrnehmungen beeinflusst. Aus der Unterscheidung zwischen theoretischer, objektiver und praktischer, subjektiver Krankheit ergibt sich die Frage, ob die praktische, subjektive Krankheit eher als normativ denn als naturalistisch zu verstehen sei, da individuelle Einflüsse bestehen. Boorse akzeptiert diese Fragestellung jedoch nicht und stellt fest, dass die praktische, subjektive Krankheit als systemisch hindernde Krankheit analysiert wird. In dieser Form von Krankheit ist, nach Boorse, wie auch bei der theoretischen, objektiven Krankheit, keine Wertung impliziert. (ODT, 81)

Analog zu den zwei Arten von Krankheit geht Boorse davon aus, dass folgerichtig zwei Arten von Gesundheit existieren müssen. Einerseits gebe es die Gesundheit, welche als das genaue Gegenteil von theoretischer, objektiver Krankheit gelte. Auf der anderen

Seite müsse es auch das Gegenteil einer praktischen, subjektiven Krankheit unter dem Begriff der Gesundheit geben. (ODT, 81)

3.1.4.3. Boorses Sinneswandel

Bis zu einem bestimmten Zeitpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeiten hält Boorse an der Begrifflichkeit der theoretischen, objektiven sowie der praktischen, subjektiven Krankheit fest. Mit Hilfe des wertenden Begriffes der praktischen, subjektiven Krankheit hat Boorse zuvor versucht, den Bereich der Tiere und Pflanzen von dieser Art der Krankheit auszuschließen. Im Jahr 1997 nimmt Boorse von dieser Theorie jedoch Abstand, da er keinen semantischen Unterschied zwischen beiden mehr sieht. Es bestehe kein Unterschied, wie zuvor angenommen, in der Einstufung der Schwere. Seine neue Auffassung geht dahin, dass der Begriff der praktischen, subjektiven Krankheit nun systemisch zu verstehen sei und nicht als Bewertung der eigenen Krankheitssituation. Als Beispiel nennt er eine Infektion, welche den gesamten Organismus befällt und diesen somit „außer Gefecht“ setzt. Boorse sagt es zwar nicht explizit, dennoch scheint er davon auszugehen, dass eine praktische, subjektive Krankheit nicht mehr durch die Einschätzung des Patienten gegeben ist, sondern durch die Krankheit des kompletten Organismus. Ein weiteres Beispiel von Boorse ist eine zentrale Störung der Homöostase. Zudem führt Boorse nun an, dass eine praktische, subjektive Krankheit weniger Einschränkungen für den Organismus mit sich bringe als eine theoretische, objektive Krankheit. Eine leichte Grippe schränke den Organismus weniger ein als beispielsweise Blindheit. Als Konsequenz sieht Boorse, dass nun sowohl der Begriff der theoretischen, objektiven Krankheit als auch der Begriff der praktischen, subjektiven Krankheit gleichermaßen als wertfrei betrachtet werden müssen. (ROH, 11-12) Dieser Sinneswandel von Boorse zeigt, dass er bemüht ist den Aspekt der individuellen Wertungen aus seiner Theorie zu verbannen.

3.1.44 Abstufungen von Krankheit

In einem Text aus dem Jahr 1987²⁷ definiert Boorse erstmals die verschiedenen Grade von Gesundheit und Krankheit. Die extremste Form der Pathologie²⁸ stelle hierbei der Tod dar. Der Begriff der Pathologie werde hier genannt, da Boorse ihn für einen allgemeineren Begriff als theoretische, objektive Krankheit betrachtet. Die nächste Stufe sei die Existenz von noch nicht entdeckten pathologischen Konditionen des Körpers, welche Boorse als theoretisch abnorm und diagnostisch normal beschreibt. Als ein Beispiel hierfür seien kleine Pankreaszysten anzusehen, die keinerlei Krankheitssymptome mit sich bringen. Die nächste Stufe der Pathologie sei die diagnostische Abnormität, d.h. ein Organismus weist eine Krankheit auf, die sich in abnormen Funktionen äußert. Letztlich sei ein Patient krank, wenn pathologische Prozesse über einen bestimmten Level ansteigen und eine globale Beeinträchtigung des gesamten Organismus nach sich ziehen, wie z.B. eine Myopie des Auges, die zu einer Einschränkung des Sehvermögens führt. Zu jeder Stufe der Krankheit nennt Boorse auch eine Stufe der Gesundheit. Auch positive Gesundheit ist in diesem Schema als bestmöglicher Grad von Gesundheit enthalten. In diesem Artikel schlägt Boorse erstmalig vor, den Begriff der Krankheit durch den Begriff der Pathologie zu ersetzen. (COH, 365)

In einem späteren Artikel²⁹ präzisiert Boorse seine Ausführungen zum Begriff der Pathologie. Er sieht eine theoretische, objektive Krankheit als ein pathologisches, aber nicht als klinisches Konzept an. In diesem Konzept könne jede Form der subklinischen Pathologie auftreten. Zudem könne eine Pathologie ohne oder, zeitlich betrachtet, vor einer klinischen Manifestation auftreten. Zudem fußt die Wissenschaft der Pathologie auf der Anatomie, der Physiologie, der Biochemie, der Genetik und anderen biologischen Wissenschaften. Der Begriff der theoretischen, objektiven Krankheit leite sich somit vom Begriff der Pathologie ab. (ROH, 48-52) Dies ist der Grund, warum

²⁷ COH

²⁸ Boorse verweist damit auf Clouser, Culver und Gerts Leidenstheorie („Malady“), welche einen generellen Ausdruck (den des Leidens) als Oberbegriff für alle pathologischen Konditionen verwenden.

²⁹ ROH

Boorse in seinen späteren Texten oftmals den Ausdruck „pathologisch“ für eine krankhafte Kondition verwendet.

Suboptimal		Positive Health
Pathological		Theoretically Normal
Diagnostically Abnormal		Diagnostically Normal
Therapeutically Abnormal		Therapeutically Normal
Dead	Ill	Well
	Alive	

Abb. 2: *Grades of Health*³⁰

Boorse geht auch auf die Begriffe der Diagnostischen und der Therapeutischen Abnormität ein. Eine Diagnostische Abnormität sei stets klinisch sichtbar und somit für den Arzt erkennbar. Dies führe aber zu der Konsequenz, dass aufgrund von Risiken, Kosten und Wohlergehen des Patienten schon eine Wertung der Situation besteht. Da Boorses Theorie aber darauf basiert, dass Krankheit als wertfrei zu verstehen ist, stellt diese Situation ein Problem dar. Boorse geht auf dieses Problem an dieser Stelle nicht weiter ein. Therapeutische Abnormität sei, so Boorse, ein normatives Konzept, denn jede Behandlung eines Organismus könne moralisch hinterfragt werden. Eine moralische Hinterfragung sei allerdings stets wertend, weil es im Ermessen des Betrachters liege, die Behandlung als richtig oder als fehlerhaft einzuschätzen. Weiter führt Boorse an, dass er bei dem Aspekt der Wertungen von den meisten Autoren, die sich mit seinen Thesen befasst haben, falsch verstanden worden sei. Er selbst habe nie behauptet, dass die medizinische Praxis frei von Wertungen sein kann. Es sei lediglich

³⁰ Abb. 2: COH, 365

sein Ansinnen die Theorie als wertfrei zu beschreiben. Es gebe jedoch keinen Zweifel, dass die praktische Anwendung der Medizin auf Wertungen basiert. (ROH, 12-13)

3.1.4.5. Von der BST ausgeschlossene Anomalien

3.1.4.5.1. Strukturelle Krankheiten

Die Theorie von Boorse schließt zwei Arten von Krankheiten aus, die jedoch in der Praxis der Medizin als Krankheiten angesehen werden. Zum einen spricht er von einer strukturellen Krankheit. Als Beispiel nennt Boorse das Fehlen des Appendix von Geburt an. Zwar sei der Organismus ohne Appendix nicht als völlig normal im Sinne des Speziesdesigns anzusehen, dennoch erleide der Organismus dadurch keinen Nachteil in seiner Funktion. Das Gleiche treffe auf Deformitäten der Ohren oder der Nase zu. Zwar unterscheide sich der Organismus damit von anderen Organismen, aber er habe durch die Abnormität keinen Nachteil gegenüber anderen Organismen. Boorse sieht die Einschätzung als schwierig an, welche Rolle die Struktur des Organismus im Krankheitskonzept einnimmt, da ein Fehlen von Körperteilen zumeist keine funktionelle Abweichung bedeute. (HTC, 565-566)

Im Gegensatz hierzu benutzt Boorse den Begriff der strukturellen Anomalie. Hiermit beschreibt er ein Abweichen vom natürlichen Design der Spezies, was aber keine Krankheit darstellt. (ROH, 71)

3.1.4.5.2. Universelle Krankheiten

Die zweite Gruppe von Anomalien, die Boorse von seiner Theorie ausschließt, sind universelle Krankheiten. Als Beispiel nennt er hier die Karies der Zähne. Nahezu jeder Organismus sei in seinem Leben von Karies betroffen, sodass dieses Krankheitsbild den Organismus nicht von seiner „abnormen Rolle“ im Krankheitsfall abhebe. Zudem sei Karies bei beiden Geschlechtern in jedem Alter zu erwarten. Eine Krankheit sei also nicht zwangsläufig von den Variablen des Organismus abhängig, nicht jede

Veränderung des Organismus müsse daher zugleich eine Krankheit sein. Auch die eigentlich als Krankheit angesehenen Bilder der Arteriosklerose und der Lungenirritation nennt Boorse als Beispiele für universelle Krankheiten. Eine universelle Krankheit wird zwar in der gängigen Medizinpraxis als Krankheit betrachtet, Boorse schließt diese jedoch aus seinem Krankheitsbegriff aus. Eine universelle Krankheit könne zudem in jedem Alter und bei beiden Geschlechtern gleichermaßen auftreten. Boorse sagt weiter, dass eine universelle Krankheit nur dann zu seinem Krankheitsbegriff gezählt werden könne, wenn man die Definition von Gesundheit dahingehend ändere, dass auch umweltbedingte, also von außen zugefügte Verletzungen, als Krankheit verstanden werden können. (HTC, 565-566)

In einem späteren Artikel aus dem Jahr 1997³¹ gibt Boorse zu, dass seine Ansichten über universelle Krankheiten scharf kritisiert worden seien. Boorse ergänzt zur universellen Krankheit Arteriosklerose, dass diese vor einem bestimmten Alter auftreten müsse, um als Krankheit zu gelten. Zu den Bildern der Karies und der Lungenirritation sagt Boorse, dass man vielleicht doch keine definatorische Aufteilung vornehmen sollte, da diese Krankheiten einen verschwindend geringen Anteil an allen medizinisch relevanten Krankheiten ausmachten. Alternativ dazu ließe sich der Absatz über universelle Krankheiten auch so beibehalten, wie er aufgestellt wurde. Dies sei jedoch nur möglich, wenn man davon ausgeht, dass die BST eine veraltete Erkenntnis auf die Medizin anwendet. (ROH, 86)

3.1.46. Krankheits-Plus-Definition

Zu dem theoretischen Begriff der Krankheit wird oftmals der praktische Bezug ergänzt. Dies ist in jeder Arztpraxis oder bei jeder anderen praktischen Ausübung des Arztberufes der Fall. Hierzu sagt Boorse, dass eine mögliche Definition von Krankheit die „Krankheit-Plus-Definition“ sei. Dies bedeute, dass eine Krankheit durch ergänzende Kriterien, z.B. Schwere oder Wert, definiert wird. Das habe zur Konsequenz, dass der wertfreie Begriff der Krankheit um verschiedene wertende

³¹ ROH

Elemente erweitert und somit auf verschiedene klinische oder soziale Situationen angewendet werden kann. (ROH, 55) Hier scheint Boorse das Problem der Wertungen umgehen zu wollen, indem er seiner feststehenden, wertfreien Theorie gewisse wertende Zusätze anfügt. Nach meiner Ansicht versucht er hier einem Hauptproblem aus dem Weg zu gehen und dadurch stellt er sich der Problematik nicht genügend. Denn an der Krankheits-Plus-Definition wird deutlich, dass Boorse sich seiner wertfreien Theorie offenbar nicht ganz sicher ist.

3.1.5. Mentale Krankheit

3.1.5.1. Anwendung

Der Fachbereich der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich weiterentwickelt und vergrößert. Obwohl schon bei Hippokrates von Psychosen die Rede war, wurden diese Krankheitsbilder nun erst weitergehend behandelt und gewannen damit zunehmend an Bedeutung, wobei auch ein Krankheitsprozess konstatiert wurde. In dem Buch „Diagnostical and Statistical Manual“ (DSM-III)³² oder auch in anderen Fachbüchern werden Begriffe wie „abnorme Psychologie“ definiert. Hier werden die Mentalen Krankheiten in verschiedene Gruppen, wie Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- oder Erwachsenenalter, Sprach- oder Lernstörungen, mentale Retardierung und vorübergehende, situationsabhängige Störungen eingeordnet.³³ (COH, 373)

Christopher Boorse sieht die Entwicklung der Begrifflichkeit der Mentalen Gesundheit bzw. der Mentalen Krankheit als bedeutend an. Zu Beginn der Analyse des Krankheitsbegriffes wurde, so Boorse, eine Mentale Gesundheit nicht für die Diagnosestellung einer klinischen Krankheit in Erwägung gezogen. Autoren wie z.B.

³² die aktuelle Auflage ist DSM-IV

³³ DSM-III streicht einerseits Kategorien (Neurosen) und fügt andererseits neue Kategorien hinzu (Nikotinabusus). Boorse sieht dies aber als zu komplex an, um hier näher darauf einzugehen.

Szasz zählen eine Mentale Gesundheit nicht zu den Zuständen, die ein Individuum ausmachen. Boorse entgegnet zu dieser Behauptung, dass dies ein grober Fehler sei. Mentale Gesundheit sei eng mit dem natürlichen Design der Spezies verknüpft und trage somit zur Begrifflichkeit einer klinischen Krankheit bei. (TMH, 76)

3.1.5.2. Frühe Überlegungen

Die Definition der Mentalen Krankheit wird bei Boorse besonders eingehend in zweien seiner Artikel ³⁴ aufgestellt. Im ersten Artikel hat Boorse noch ein anderes Verständnis von den Begriffen theoretische, objektive Krankheit und praktische, subjektive Krankheit. Dieses Kapitel soll sich ausschließlich dieser Zeitspanne widmen und aufzeigen, wie Boorse den Begriff „Mentale Krankheit“ von seiner „veralteten“ Form des Krankheitsbegriffes ableitet. Bei Mentalen Krankheiten könne keine Unterscheidung von theoretischen, objektiven und praktischen, subjektiven Krankheiten gemacht werden. Mentale Krankheiten seien stets praktisch und subjektiv, da sie, so Boorse, nicht auf tatsächlichen Veränderungen des natürlichen Designs der Spezies beruhen, sondern auf Veränderungen des Verhaltens, des Wesens oder der Gedanken des Individuums. Trotzdem seien die folgenden drei Aspekte, die eine praktische, subjektive Krankheit auszeichnen, nicht auf Mentale Krankheiten anwendbar (ab 1997 werden diese Punkte jedoch von Boorse für ungültig erklärt, er geht allerdings zuvor auf diese in Bezug auf eine Mentale Krankheit ein):

- 1) Sie ist für den Erkrankten unerwünscht

- 2) Sie macht eine Spezialbehandlung erforderlich

³⁴ ODT + TMH

- 3) Sie stellt eine gültige Entschuldigung für eigentlich kritikwürdiges Verhalten dar (ODT, 84-85)

Boorse erklärt im ersten Artikel, warum diese drei Punkte nicht auf Mentale Krankheiten anwendbar sind. Der erste Punkt, die Unerwünschtheit für den Erkrankten, sei auf das Gebiet der Mentalen Krankheit nicht so einfach anzuwenden wie auf physiologische Krankheiten. Bei Mentalen Krankheiten sei oftmals die Unerwünschtheit, eine Krankheit zu erleben, getrübt oder verzerrt oder fehle. Jemand wüsche sich beispielsweise eine Krankheit, obwohl dies gegen das natürliche Verhalten verstoße. Liegt eine Erwünschtheit für etwas ohne einen speziellen, plausiblen Grund vor, dann spricht Boorse von einer praktischen, subjektiven Krankheit, jedoch nicht von einer theoretischen, objektiven Krankheit. Boorse sieht biologische Normalität eher als instrumentelles, also natürlich determiniertes, und nicht so sehr als intrinsisches Gut an. Unter intrinsischem Gut versteht Boorse Glück für das Individuum selbst oder für andere, dem Individuum nahestehende Individuen (hier dürfen die Begriffe intrinsisches und instrumentelles Gut nicht gleichbedeutend mit den noch folgenden Begriffen der intrinsischen und instrumentellen Gesundheit verstanden werden). Demzufolge minimierten Störungen wie Neurosen und Psychosen das Glück des Menschen, da sie intrinsische Wurzeln hätten. Außerdem müsse das von der Person Erwünschte nicht zwangsläufig mit dem übereinstimmen, was die Person im gesunden Zustand tatsächlich will. Jedoch trage eine Person, die an einer mentalen Krankheit leidet, nicht weniger zur gesellschaftlichen Ordnung bei als ein normales, nicht erkranktes Individuum. Als Beispiel führt Boorse u.a. den Künstler Vincent van Gogh an, der bekanntermaßen an Depressionen, also einer Mentalen Krankheit, litt. Trotz seiner Mentalen Beeinträchtigung war er nicht weniger in das gesellschaftliche Leben und Arbeiten eingebunden als andere Menschen. Van Gogh habe im Gegenteil der Gesellschaft sogar große künstlerische und kreative Werke hinterlassen. Es sei somit nicht der Fall, dass positive Beiträge zum gesellschaftlichen Leben als Bedingungen für Gesundheit gesehen werden müssen. Im Gegensatz dazu lasse sich eine Gesellschaft aber auch nicht über die Gesundheit ihrer Personen definieren. Gesellschaft und Gesundheit wiesen somit keinen direkten Zusammenhang auf. (ODT, 85-86) Die zweite und dritte oben genannte Bedingung für eine praktische, subjektive Krankheit

(Notwendigkeit einer Spezialbehandlung/ Entschuldigung für kritikwürdiges Verhalten) erklärten, warum Mentale Krankheiten stets als Mentaler Status oder als Rolle des Individuums charakterisiert werden. Neurosen oder Psychosen könnten aufgrund von Umweltbedingungen auftreten. Werde z.B. ein Kind missbraucht, so könnten sich Neurosen oder Psychosen entwickeln. Dessen Entwicklung jedoch entstehe in dem Kind selbst, sei also als intrinsisch klassifiziert, habe aber einen Auslöser in der Umgebung. Streng genommen sei eine Mentale Krankheit eine Störung der Persönlichkeit. Es sei jedoch nicht die Persönlichkeit, die Verantwortung für ihre Handlungen übernimmt, sondern die Person. Hier differenziert Boorse zwischen der Persönlichkeit und der Person. Er sieht das Bewusstsein als das zentrale Element einer Person an. Bei Mentalen Krankheiten wie Neurosen oder Psychosen werde das Bewusstsein getrübt, sodass Wünsche entstehen können, die nicht rational zu belegen sind. Der Erkrankte habe somit die Kontrolle über sein Bewusstsein zumindest teilweise verloren. Jeder Mensch sei mehr für bewusste als für unbewusste Wünsche verantwortlich. Es träten zusätzlich zu den bewussten Wünschen auch unbewusste Wünsche oder Ideen in einer Person auf, die gleichermaßen Teil dieser Person seien. Diese waren eventuell zu einem früheren Zeitpunkt bewusst, sind es nun aber nicht mehr, oder sie begannen unbewusst und sind z.B. durch eine Therapie zutage getreten. Boorse sieht ein Problem in der Frage, wieso eine Person für bewusste, jedoch nicht für unbewusste Wünsche verantwortlich gemacht werden könne, denn unbewusste Wünsche können auch zu Mentalen Störungen des Individuums führen. Einen weiteren Kritikaspekt gegen den dritten Punkt sieht Boorse darin, dass die alleinige Ablehnung einer Handlung durch die Gesellschaft nicht automatisch bedeute, dass die Handlung als ungesund zu verstehen sei. Weitere offene Fragen seien z.B., inwieweit Wünsche oder Ideen des Individuums überhaupt der Gesundheit dienen können und ob Gesundheit überhaupt erstrebenswert sei. Das Problem sieht Boorse darin, dass der Wert der Gesundheit nicht hinterfragt wird. (ODT, 86-87)

In seinem ersten Artikel aus dem Jahr 1975 ³⁵ stellt Boorse die These auf, dass physische und mentale Gesundheit nicht gleichbedeutend sein können. Es sei sogar

³⁵ ODT

fraglich, ob ein gebräuchliches Vokabular der physischen Gesundheit überhaupt auf den Zustand der mentalen Gesundheit anwendbar ist. Oftmals würden Mentale Krankheiten als Ableger von Physischen Krankheiten betrachtet. (ODT, 78)

Es wird deutlich, dass Boorse stets nur von Neurosen und Psychosen als Mentalen Krankheiten spricht. Demzufolge geht er anfangs davon aus, dass der Begriff der Mentalen Krankheiten tatsächlich nur auf die Krankheitsbilder der Neurosen und Psychosen zutrifft. Diese Meinung ändert sich später.

3.1.5.3 Änderung des Verständnisses von der Mentalen Krankheit

Boorses Ansicht zu Mentalen Krankheiten ändert sich nach seinem ersten Artikel von 1975.³⁶ Dieses Kapitel zeigt auf, inwieweit sich dieses Verständnis verändert hat. Boorse definiert zu einem frühen Zeitpunkt, dass Mentale Gesundheit als eine Konstellation von Qualitäten zu verstehen sei, die den durchschnittlichen und somit den normalen Funktionen der Spezies entsprechend der Normalkurve zuzuordnen seien. Durch diese Aussage legt sich Boorse darauf fest, dass Mentale Gesundheit als etwas Gegebenes zu verstehen sei. Ein Individuum sei entweder auf mentaler Ebene gesund oder es sei mental erkrankt. Hier ist eine gedankliche Verknüpfung zu Boorses Ansatz der statistischen Verteilung von Fähigkeiten zu beobachten. Auch mentale Gesundheit basiert auf der normalen Effizienz im Vergleich zur Spezies, genauer gesagt zur Referenzklasse. (TMH, 70)

Die Definition der Mentalen Krankheit impliziert, dass der Geist zu normaler Funktion unfähig sei. Hier wird wieder deutlich, dass Boorse seine Theorie von der statistischen Verteilung auch auf Mentale Krankheiten bezieht. Der Unterschied zwischen Physischer und Mentaler Krankheit liege somit darin, dass bei ersterer der Körper und bei der zweiten der Geist betroffen sei. Die Biostatistische Theorie sei somit auf Körper und Geist gleichermaßen anwendbar. Außerdem sei Gesundheit in der Physiologie eher ein interner Zustand des Organismus als ein Zustand des Verhaltens. (TMH, 72) Hier wird

³⁶ ODT

bei Boorse die erste Änderung deutlich. Ist er zuvor davon ausgegangen, dass Mentale Krankheiten mit der Abwesenheit von drei Punkten, welche eine praktische, subjektive Krankheit klassifizieren, einhergehen, so sagt er nun, dass Mentale Krankheiten gleichbedeutend mit physischen Krankheiten sind. Da Boorse eine Mentale Krankheit dahingehend charakterisiert, dass der Geist zu normaler Funktion unfähig ist, nimmt er hierzu eine Einschränkung vor. Ein Individuum kann eine Überzeugung haben, die nicht den gesellschaftlichen Normen entspricht und somit als falsch angesehen wird. Genau genommen kann dieser Zustand auch eine Unfähigkeit zur normalen geistigen Funktion sein. Boorse sieht dies jedoch nicht so. Er argumentiert, dass nicht jede von der Norm abweichende Überzeugung sogleich eine Mentale Krankheit darstelle. Zwar könne eine solche Überzeugung bei einem schweren Ausprägungsgrad in eine Krankheit münden, diese Zustände seien jedoch nicht zwangsläufig kausal miteinander verknüpft. (TMH, 77)

Zusammenfassend stellt Boorse klar, dass die drei oben genannten Punkte generell nur auf physische Krankheiten, nicht aber auf Mentale Krankheiten anwendbar seien. Boorse argumentiert, dass mentale Gesundheit nur dann vorhanden sein könne, wenn die Existenz von mentalen Funktionen belegt sei. Für das Vorhandensein von mentalen Funktionen müssten zwei Konditionen gegeben sein: Erstens müssten mentale Prozesse eine tragende Rolle in der jeweiligen Handlung spielen und zweitens müssten diese mentalen Prozesse in einer speziestypischen Weise zu den natürlichen Funktionen beitragen. Mentale Funktionen seien auch imstande sich an die jeweilige Umgebung anzupassen und sich an wechselnde Umweltbedingungen neu zu adaptieren. (TMH, 63-64)

Des Weiteren argumentiert Boorse, dass eine Unterscheidung zwischen Mentaler und physischer Gesundheit schwierig sei. Mentale Zustände würden von anderen Autoren als Zustände der Seele bzw. der Psyche des Individuums gesehen. Wären Mentale Krankheiten eher Krankheiten der Nerven oder des Gehirns, so wäre dies auch eine physische Krankheit. Boorse setzt dem nun aber entgegen, dass eine Motivation für eine bestimmte Handlung oder einen bestimmten Wunsch durch verschiedene neuronale Konfigurationen bei verschiedenen Individuen auftreten könne. Somit sei jeder mentale

Zustand eines Individuums auf seine neuronale Konfiguration zurückzuführen. Jedoch sei nicht jede Mentale Krankheit zugleich eine physische Krankheit, sondern sie könne eben auf veränderten, nicht krankhaften physischen Begebenheiten basieren. Weiter führt Boorse an, dass auch rein mentale Symptome nicht zwangsläufig eine Mentale Krankheit definieren können. Als Beispiel nennt er das Auftreten von Schmerz, Delirium und Depressionen. Dieser Symptomenkomplex klassifiziere eine Mentale Krankheit nicht sicher. Zu einer sicheren Diagnose einer Mentalen Krankheit benötige man eine vorhandene Störung der Gefühle, des Glaubens oder der Erfahrung. Im Gegensatz dazu müsse ein Individuum, welches eine Mentale Krankheit erleidet, nicht zwangsläufig auch eine physische Krankheit erleiden. Boorse geht davon aus, dass eine Kondition des Patienten dann eine Mentale Krankheit sei, wenn sie auf eine Störung der Gefühle, Überzeugungen oder Erfahrungen und nicht auf die Physiologie des Patienten zurückzuführen sei. Somit sei eine Mentale Krankheit nicht primär durch mentale Symptome gekennzeichnet, sondern durch tatsächliche mentale Störungen. (TMH, 66-67)

In einem Artikel aus dem Jahr 1987³⁷ kommt Boorse zu dem Schluss, dass die Psychologie des Menschen nicht mit der Physiologie gleichzusetzen sei. Jedoch beinhalte das Psychologische Konzept das Physiologische Konzept als Modell. Das bedeute, dass anatomische Strukturen stets als Modell für psychische Vorgänge dienen und die Teilprozesse der psychischen Funktionen auf bestimmte anatomische Strukturen zurückzuführen seien. (COH, 376) Hier wird deutlich, dass Boorse Mentale Krankheiten nun weiter fasst als noch zuvor. Zu Beginn seiner Ausführungen zur BST zählte Boorse nur Neurosen und Psychosen zu den Mentalen Krankheiten. Nun hat er diese Begrifflichkeit auf alle Vorgänge erweitert, die mit einer mentalen Störung einhergehen. Zudem setzt Boorse nun die Begriffe der physischen Krankheit und der Mentalen Krankheit auf die gleiche Stufe.

³⁷ COH

3.1.5.4 Psychoanalytische Theorie

Die Psychoanalytische Theorie sieht Boorse neben der Physiologie als bestes Modell zur Einteilung von Krankheitsentstehungen eines Organismus an. Sie basiert auf der Annahme, dass ein Individuum aus drei Substrukturen besteht. Zum einen existiere das „Es“, welches als Reservoir für Motivation dient. Das Es sei die Instanz, die nach dem Lustprinzip handelt und von Trieben gesteuert werde. Die zweite Substruktur sei das „Ich“. Das „Ich“ sei ein Instrument für rationale Integration und kognitive Kompetenz und vermittele zwischen dem Es und dem Über-Ich. Als drittes gebe es das Über-Ich, welches einen Plan für Sozialisation birgt. Vereinfacht gesagt sei das Über-ich die Instanz, die das Gewissen darstelle. Diese Psychoanalytische Theorie lehnt sich primär an die Thesen von Sigmund Freud an, so Boorse. (TMH, 78) Das Psychoanalytische Modell von Freud wird auch in einem weiteren Artikel von Boorse angesprochen und er bestätigt, dass dieses Modell für die Darstellung der Psychischen Vorgänge geeignet sei. (COH, 376)

3.1.6 Gesundheit

3.1.6.1 Definition von Gesundheit

Nachdem eine gültige Begrifflichkeit der Krankheit von Boorse festgelegt wurde, sei es nun nach seiner Ansicht möglich eine Definition von Gesundheit zu geben. Da Krankheit nun als eine Abweichung von der Natürlichkeit des Organismus definiert wurde, legt Boorse nun Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit fest. In einem Artikel aus dem Jahr 1987³⁸ äußert sich Boorse zum ersten Mal explizit in diesem Sinne. Er nimmt in diesem Artikel zu bisherigen Gesundheitsbegriffen Stellung, die allesamt besagen, dass Gesundheit die Fähigkeit zum normalen Funktionieren des Körpers sei und Krankheit einen Zustand darstelle, der die Gesundheit beeinträchtigt. Diese Meinung teilt Boorse nicht. Er geht eher davon aus, dass der Begriff der

³⁸ HTC

Krankheit zuvor feststehen muss, um den Begriff der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit festzulegen. Er stellt fest:

- 1) Eine Krankheit ist eine Art innerer Zustand, der entweder eine Beeinträchtigung der normalen Fähigkeit zum Funktionieren, z.B. eine Reduktion einer oder mehrerer Funktionen unterhalb die typische Effizienz mit sich führt, oder eine durch Umwelteinflüsse hervorgerufene Limitierung der Funktion darstellt.

- 2) Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit. (HTC, 567)

Boorse sieht in seinem Artikel „Health as a Theoretical Concept“³⁹ sieben Hauptaspekte in der Definition von Gesundheit, auf die ich im Folgenden eingehe:

Der erste Aspekt widmet sich dem Wert der Gesundheit eines Individuums und deren Erwünschtheit. Obwohl Gesundheit generell als wünschenswert betrachtet wird, gebe es doch unerwünschte Konditionen, die keine Krankheit sind und somit definitionsgemäß im gesunden Zustand auftreten müssen. Dies seien Zustände, die das physische Wohlergehen beeinflussen, aber nicht als Krankheit gelten, wie z.B. Müdigkeit, Hunger oder Durst. Auch Kleinwuchs zähle zu den unerwünschten Zuständen, die nicht zwangsläufig krankhaft sein müssen. Diese Zustände könnten jedoch zu einer Krankheit führen, wenn der Organismus ihnen so lange ausgesetzt ist, dass daraus ein krankhafter Zustand resultiert oder wenn z.B. der Kleinwuchs den Organismus in bestimmten Funktionen einschränkt. Auf der anderen Seite könnten unter bestimmten Umständen Krankheiten auch wünschenswert sein. Als Beispiel führt Boorse die in zunehmendem Alter einsetzende Zeugungsunfähigkeit von kinderreichen Eltern an, die sich keine weiteren Kinder wünschen. (HTC, 544-545) Das Beispiel ist, nach meiner Ansicht, unglücklich gewählt. Zeugungsunfähigkeit ist zum einen generell eine Krankheit, die in den meisten Fällen nicht erwünscht ist. Zum anderen spricht Boorse mehrfach den hohen Stellenwert der Reproduktion an. Er erklärt selbst, dass die Reproduktion das

³⁹ HTC

höchste Ziel des Organismus darstellt und macht keine Unterscheidung darin, ob eine Familie bereits mehrere Kinder hat oder nicht.

Der zweite Aspekt beschäftigt sich mit der Behandlung durch einen Arzt und mit der Frage, wann diese indiziert ist. Würde es für Hunger, Durst und Schlafmangel einen nur durch den Arzt zu verbessernden Zustand geben, so wären auch diese Zustände Krankheiten. Diese Zustände könne jedoch jedes normal funktionierende Individuum selbstständig verändern, sie bedürfen also keiner Therapie. Das Bild des Kleinwuchses jedoch sei zwar behandelbar, aber nicht heilbar, weder vom Individuum selbst noch von den Ärzten und somit zählt es auch nicht zu der Gruppe der Krankheiten. Boorse führt zu diesem zweiten Aspekt weiterhin an, dass Ärzte auch Zustände therapieren, die nicht als Krankheit gelten. Darunter fällt z.B. der Bereich der plastischen Chirurgie. Diese diene lediglich dazu, den Patienten subjektiv zu „verschönern“, aber nicht dazu, ihn von einer Krankheit zu heilen. Auch Kontrazeptiva zählten zumeist zu den Behandlungsformen, die ein Arzt anwendet ohne dass eine Krankheit besteht. In der traditionellen Medizin werde ein Zustand, der für das Individuum unerwünscht ist, nicht automatisch zu einem krankhaften Zustand. (HTC, 545-546)

Der dritte Aspekt beschäftigt sich mit der statistischen Normalität. In der klinischen Sprache werden Krankheiten oder pathologische Konditionen als abnorm, gesunde Konditionen als normal bezeichnet. Der Bereich der Normalität sei der statistischen Verteilung des zu untersuchenden Merkmals unterworfen. Es entstehe somit ein Bereich der normalen Variationen. Die statistische Verteilung von Normalitäten sei deshalb so wichtig, weil ansonsten Individuen mit ungewöhnlichen Merkmalen, wie z.B. roten Haaren oder der Blutgruppe 0 negativ, als krank gelten müssten. Gesundheit könne somit nicht als streng vorgegebenes Konstrukt verstanden werden. Es existierten auch Normvarianten eines Merkmals, die eben nicht krankhaft sind. Der Bereich der normalen Variationen habe zwei Enden, an denen auf der einen Seite eine Unterfunktion und auf der anderen Seite eine Überfunktion stehe. Beispielhaft nennt Boorse die Krankheitsbilder des Riesenwuchses, welcher das eine Ende der statistischen Größenverteilung ist und den Kleinwuchs, welcher das andere, entgegengesetzte Ende bildet. Boorse führt als weiteres Beispiel an, dass ein diastolischer Blutdruck von

95mmHG als maximaler Wert für eine normale Variation gelte. Diese Grenze des normalen diastolischen Blutdrucks und alles darüber Hinausgehende bildeten einen Übergang zu erhöhter Morbidität und erhöhter Mortalität. (HTC, 546-547)

Der vierte Aspekt befasst sich mit dem Erleiden von Schmerzen, Qualen oder Unwohlsein. Gesundheit stehe im Gegensatz zu Schmerz und Unbehagen, welche durch Krankheiten hervorgerufen werden. Dies lenkt den Fokus eher auf die praktische Komponente der Gesundheit und deren Wiederherstellung bzw. Erhaltung. Jedoch könnten Schmerz und Unbehagen auch bei statistisch normalen, biologischen Prozessen auftreten. Somit sei ein akuter Schmerz nicht automatisch das Symptom einer (akuten) Krankheit. Sogar bei natürlichen Vorgängen wie z.B. einer Geburt oder während der Menstruation treten Schmerzen auf. Andererseits könne auch eine Krankheit auftreten, die keinen Schmerz oder kein Unwohlsein als Symptom hat. (HTC, 547) Ich sehe hier ein Problem darin, dass Boorse eine Wertung über die individuell empfundene Intensität der Schmerzen nicht berücksichtigt. Schmerzen und Unwohlsein hängen immer vom Individuum ab und davon, wie es den Schmerz bzw. das Unwohlsein einschätzt. Nicht jedes Individuum empfindet Schmerzen, die ein anderes Individuum als solche bewertet, als schmerzhaft für sich selbst. Individuen haben eine unterschiedliche Schmerzauffassung und leiden unterschiedlich stark. Hier fehlt der Theorie nach meiner Ansicht eine normative Komponente. Allerdings bleibt Boorse an dieser Stelle seiner These treu, dass eine Wertung keinerlei Bedeutung für seine Theorie hat.

Boorse nennt als fünften Punkt den Aspekt der Behinderung. Er geht davon aus, dass jede Krankheit in irgendeiner Weise eine Behinderung mit sich bringt. Eine Analyse des Begriffs der Krankheit, die eine Behinderung mit einschließt, müsse die folgenden Punkte mit berücksichtigen: Eine Behinderung müsse sowohl minimale Krankheiten, wie Fußpilz, Ekzeme oder Warzen als auch schlimme Krankheiten, wie Myopie oder Farbenblindheit, einschließen, darf jedoch nicht die speziestypischen oder entwicklungsbedingten Unfähigkeiten eines Individuums, z.B. das Unvermögen zu schwimmen oder zu fliegen oder die Unfähigkeit in der Nacht wie eine Katze sehen zu können, betreffen. (HTC, 547-548)

Der sechste Aspekt befasst sich mit der Anpassung an die jeweilige Umwelt des Individuums. Gesundheit gehe mit einer guten Anpassung an die jeweilige Umwelt einher. Jedoch bedeute eine gute Anpassung an eine Umwelt nicht, dass der Organismus auch an andere Formen der Umwelt gut adaptiert sein muss. Die gleiche Situation könne für eine Person tolerabel sein und für die andere Person völlig intolerabel, je nachdem, ob die Person an diese konkrete Umwelt angepasst sei oder nicht. Die Umwelt sei somit ein wichtiger Faktor in Bezug auf die Existenz von Gesundheit bzw. Krankheit. (HTC, 548) Jedoch stelle eine schlechte oder gar keine Anpassung eines Individuums an die jeweilige Umwelt nicht automatisch eine Krankheit dar. Aus der fehlenden Anpassung könne aber eine Krankheit resultieren, wenn der Organismus dieser auf Dauer ausgesetzt ist. Es sei nicht die Umwelt selbst, die einen Organismus krank werden lässt, sondern die fehlende Anpassungsfähigkeit des Organismus. Es sei eine empirische Frage, inwieweit und in welcher Art eine Anpassung an die jeweilige Umgebung erfolgen muss, um nicht als Krankheit zu gelten. Solange ein Organismus an eine bestimmte Umwelt bereits angepasst ist und auch in der Lage wäre sich im Bedarfsfall an eine andere Umgebung anzupassen, sei der Organismus gesund. Die verschiedenen Grade der Anpassungsfähigkeit beschreibt Boorse folgendermaßen: kleine Kinder, die schon sprechen können, seien zumeist in der Lage eine neue Sprache schnell und akzentfrei zu lernen. Sie können sich der neuen Sprache vollständig anpassen. Erwachsene jedoch seien nicht mehr in der Lage die Sprache akzentfrei zu lernen oder sie komplett zu beherrschen und wären deshalb niemals gänzlich angepasst. (FRA, 16) Eine kurzzeitige Anpassung an die jeweilige Umwelt, z.B. durch zelluläre Veränderungen, sei bis zu einem bestimmten Punkt normal. Werde dieser Punkt überschritten, so seien diese kurzzeitigen Anpassungen pathologisch. Eine langfristige Anpassung an die Umwelt sei stets normal, denn es handele sich um eine homöostatische Veränderung des Organismus. Hier sieht Boorse es als pathologisch an, wenn eine Unfähigkeit zur langfristigen, homöostatischen Anpassung vorliegt. Als Beispiel nennt Boorse einen hellhäutigen Norweger, die sich in Afrika aufhält. Während seines Aufenthaltes in Afrika wird der Norweger gebräunt. Diese Bräunung der Haut sei ein vorübergehender Mechanismus, um ihn vor der Sonneneinstrahlung ein wenig zu schützen. Die gebräunte Haut selbst sei aber sicher keine Krankheit. Ein weiteres Beispiel, welches Boorse nennt, ist eine enorme Hitze, welcher der Organismus

ausgesetzt ist. Eine enorme Hitze stimuliere das Thermoregulationszentrum des Hypothalamus, um eine kurzfristige Funktion auszulösen, die Wärme des Organismus freigibt, um diesen abzukühlen. Hierzu weiten sich die peripheren Kapillaren und das Herzzeitvolumen vergrößert sich um die Hitze nach außen zu transportieren. Diese Regulationsmechanismen könnten jedoch ab einem bestimmten Hitzegrad nicht mehr ausreichend Kühlung verschaffen. Die Homöostase versage und es trete eine pathologische Situation auf. (ROH, 79-80)

Der siebte und letzte Punkt widmet sich der Homöostase. Unter Homöostase versteht man die Regulationsmechanismen im Körper, die diesen in einem schmalen Bereich des perfekten Funktionierens halten. Dazu zählen u.a. die Regulation der Körpertemperatur, der Blutdruck oder die Herzfrequenz. Die Homöostase könne jedoch nicht als generelles Modell für biologische Funktionen dienen, sagt Boorse. Viele Lebensfunktionen seien nicht der Homöostase unterworfen, es sei denn, man weite das Konzept der Homöostase auf jeden zielgerichteten Prozess aus. Boorse unterscheidet zwischen homöostatischen Prozessen und der Herstellung eines Gleichgewichts des Organismus. Wahrnehmung, Bewegung, Wachstum und Reproduktion seien wichtige Komponenten zur Herstellung des inneren Gleichgewichts. Sind diese Prozesse gestört, wie beispielsweise bei Taubheit, Lähmungen, Kleinwuchs oder Sterilität, leide der Organismus nicht auch unter einer homöostatischen Dysfunktion. (HTC, 549-550)

Diese sieben Punkte assoziiert Boorse mit dem normalen Funktionieren eines Körpers. Sollte einer dieser Aspekte nicht mehr aufrechterhalten werden können, breche der Organismus zusammen und es liege eine Krankheit vor. Es entstünden zudem Schmerzen bzw. Qualen und eine medizinische Versorgung werde nötig. (HTC, 550) Die Theorie der Gesundheit basiert auf Fakten und nicht auf Wünschen oder Vorstellungen des Organismus. Es wäre nach Boorse fatal davon auszugehen, dass der Begriff der Gesundheit auf Wünschen oder bestimmten Vorstellungen über die Beschaffenheit der Gesundheit basiert. Dies zeige, dass Gesundheit als ein Zustand zu betrachten sei, der auf einer Konstellation von Qualitäten basiert, die den durchschnittlichen Funktionen der Spezies entspreche. Als Beispiel hierfür nennt Boorse Tiere, die, von Erregung getrieben, ihre Artgenossen feindselig behandeln und

sich ungehemmt paaren. Diese Spezies hätten keine Vorstellungen von Gesundheit und könnten auch keine positiven Gefühle äußern. Boorse sagt, dass die menschliche Spezies derartig beschaffen sein könnte, formuliert dies jedoch eher als Frage, auf die er keine Antwort gibt. Boorses Anliegen hier ist, dass eine Theorie der Gesundheit darauf basieren sollte, wie die jeweilige Spezies konstituiert ist und nicht darauf, wie man sich selbst gerne sehen würde. (TMH, 70)

3.1.6.2. Einordnung von Gesundheit in die BST

Zusammenfassend kann man Boorses Theorie nun wie folgt beschreiben: Ein Organismus ist dann gesund, wenn zum einen keine Krankheit vorliegt und er zum anderen mit seiner Funktionalität im normalen, biologisch vorgegebenen Rahmen, also entlang der Normalkurve innerhalb seiner Referenzklasse bleibt. Des Weiteren muss der Organismus in der Lage sein, auf der Grundlage seines natürlichen Speziesdesigns zu funktionieren. Die genannten Funktionen müssen dann genau so arbeiten, dass bestimmte, vorgegebene Ziele erreicht werden können. Ist der Organismus in der Lage, diese Ziele gemäß einer Hierarchie zu erreichen, wobei die Reproduktion und das Überleben die Spitze bilden, so ist der Organismus gesund.

3.1.6.3. Weitere Unterteilung von Gesundheit

3.1.6.3.1. Intrinsische versus Instrumentelle Gesundheit

Nachdem Gesundheit definiert und als Ansatzpunkt der Theorie von Christopher Boorse determiniert wurde, komme ich nun zu einer Differenzierung des Begriffes der Gesundheit in instrumentelle und intrinsische Gesundheit. Boorse trifft diese Unterscheidung und versteht unter intrinsischer Gesundheit das gesunde Arbeiten und Ineinandergreifen der Funktionen des Organismus selbst, meint also eine Gesundheit, die vom Organismus ausgeht. Dies ist, wie vorher beschrieben, ein wichtiger Bestandteil seiner Auffassung von Gesundheit. Unter instrumenteller Gesundheit versteht er hingegen die Gesundheit, die unter Zuhilfenahme von äußeren Einflüssen,

wie einer Behandlung, entsteht. Diese Form der Gesundheit basiere somit nicht primär auf den biologischen Begebenheiten des Organismus, sondern es habe eine Krankheit vorgelegen, welche therapiert wurde. Diese Therapie erzeuge eine neue Form der Gesundheit. Die Unterscheidung zwischen intrinsischer und instrumenteller Gesundheit finde im klinischen Alltag jedoch oftmals keine Anwendung. (HTC, 553) Hier wird erstmals deutlich, dass die gedankliche Reihenfolge von Boorse, zuerst eine Definition von Gesundheit zu geben und daraus den Begriff der Krankheit abzuleiten, eventuell nicht der einzige für Boorse denkbare Ansatz ist. Hier scheint es möglich, dass sich z.B. aus der Abwesenheit einer vorher vorhandenen Krankheit eine neue, andere oder veränderte Form der Gesundheit entwickelt. Gesundheit wird hier in Abhängigkeit von Krankheit gesehen, wobei die Krankheit zuerst aufgetreten sein muss.

3.1.6.3.2 Positive Gesundheit

Als weitere Unterteilung von Gesundheit nennt Boorse den Begriff der Positiven Gesundheit. Als Positive Gesundheit versteht Boorse eine oder mehrere Funktionen, die über dem Durchschnitt der Referenzklasse liegen. Wie bereits im Punkt „Normalkurve“ beschrieben, unterteilen sich Funktionen gemäß ihrer funktionellen Exzellenz in bestimmte Abstufungen. Die Positive Gesundheit ist in der Normalkurve als überdurchschnittliche Fähigkeit zur Funktion beschrieben und ist somit am rechten Abschnitt der Normalkurve aufgetragen.⁴⁰ Positive Gesundheit werde durch Selbstfindung und eine positive Weiterentwicklung von Funktionen und Fähigkeiten erreicht. Als die drei wichtigsten Faktoren hierfür nennt Boorse das individuelle Potential, das Potential der Spezies und einen wachsenden Horizont. Beispielhaft führt Boorse einen Leichtathleten an, der seine überdurchschnittliche sportliche Leistung mittels eines Fitnessprogramms durch eine Erhöhung der Kraft, der Ausdauer und der Koordination erzielen konnte. Jedoch sei jede Funktion auf ein bestimmtes angeborenes Höchstmaß beschränkt. Zudem komme es vor, dass bestimmte Funktionen familiär bedingt unterhalb der Norm liegen. Sollte dieser Fall vorliegen, so sei es dem

⁴⁰ Siehe Abbildung 1: *Pathological Condition*, S. 11

Individuum nur schwer oder gar nicht möglich in dieser bestimmten Funktion eine Positive Gesundheit zu erreichen. (HTC, 568-569)

Positive Gesundheit sollte zudem, so Boorse, auf die Verbesserung spezieller, einzelner Funktionen und nicht auf eine Verbesserung einer Funktion auf Kosten einer anderen Funktion ausgerichtet sein. (HTC, 572) Boorse nennt in diesem Zusammenhang drei Unterschiede zwischen der positiven Gesundheit und familiär limitierter Anlage der Funktion:

- 1) Die Annahme, dass Gesundheit gleichbedeutend mit funktioneller Exzellenz ist, ändert ein limitiertes in ein unlimitiertes Ideal
- 2) Es gibt kein bestimmtes Ziel für positive Gesundheit, zudem existiert kein einzig richtiger Weg zum individuellen Vorteil \Rightarrow Positive Gesundheit ist nicht gleichzusetzen mit dem Ideal, sondern es existieren mehrere Ideale, die es anzustreben gilt
- 3) Positive Gesundheit bekommt erst dann Bedeutung, wenn der Behandelnde eine Wertung dazu abgibt (HTC, 568-569)

HEALTH AS A THEORETICAL CONCEPT

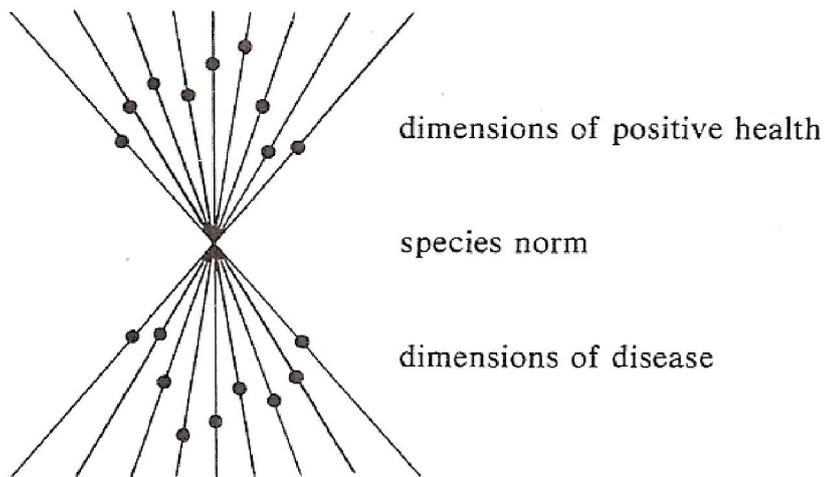


Abb. 3.: *Health as a Theoretical Concept*⁴¹

Hier wird mir nicht klar, warum Boorse wiederum den Begriff der Wertung mit einbezieht, da er doch eine Theorie aufzustellen versucht, die ohne jegliche Wertung auskommen will.

3.1.6.3.3 Kontroversen und Beurteilung der Gesundheit

Die Kontroversen in der Begrifflichkeit von Gesundheit gehen in zweierlei Richtungen. Zum einen treten, so Boorse, generelle Kontroversen in Bezug auf die Grenzen der Gesundheit auf, z.B. bezogen auf die Frage, ob mentale Gesundheit wirklich zum Begriff der Gesundheit zählt. Zum anderen entsteht ein Disput über die Klassifikation von individuellen Konditionen, wie z.B. Schwangerschaft. Um diese Kontroversen auszuräumen, wirft Boorse einige Fragen auf, die eine generelle Analyse möglich machen. Diese Fragen gelte es zu beantworten, um eine Definition und Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit treffen zu können:

- 1) Sind Entscheidungen über Gesundheit wertend? Wenn ja, welche Art von Werten drücken sie aus, und sollten sie sich auf den Patienten, den Arzt oder die

⁴¹ HTC, 571

- Gesellschaft beziehen? Können wir erwarten, dass sich Gesundheit je nach der Philosophie des Betrachters ethisch, politisch oder sozial verändert?
- 2) Sind Entscheidungen über Gesundheit wissenschaftlich? Können physische Gesundheit und Krankheit biologisch definiert werden? Welche Relation besteht zwischen Medizin und Biologie?
 - 3) In welcher Weise sind die Konzepte von Gesundheit, Krankheit, Störung, Erkrankung, Normalität und Pathologie miteinander verknüpft?
 - 4) Ist der Geist ein Phänomen, das gesund oder ungesund sein kann? Ist es das Verhalten des Organismus? Wenn die Idee von mentaler Gesundheit Sinn macht, mit welchem Prozess wird diese dann erreicht?
 - 5) Mit welcher Ausprägung ist die Definition von Gesundheit auf klinische Professionen anwendbar? Wird Medizin ausschließlich durch Gesundheit definiert? Welches sind die Voraussetzungen für eine Analyse von Gesundheit für die Medizinethik und die Psychotherapie?

Diese Fragen seien wichtig, um einen Zustand als eine Krankheit definieren zu können. Als Beispiele nennt Boorse hier Schwangerschaft, Homosexualität, Alkoholismus oder Psychopathie, die teilweise als Krankheit und teilweise als natürliche Kondition verstanden werden. (COH, 359-362)

Die Beurteilung der Gesundheit beziehe sich, so Boorse, immer auf die gesamte Leistung des Organismus. Der Organismus werde somit als Einheit gesehen, die aus diversen, kooperierenden Systemen aufgebaut ist. Die Unterscheidung zwischen einer normalen Variation des Organismus bzw. von Teilen des Organismus von einer Krankheit sei ein wichtiger Aspekt der Medizinteorie und daher befasse auch er, Boorse, sich mit dieser Thematik. (HTC, 564-565)

3.2. Krankheitsbilder - Boorse

3.2.1. Einleitung

Christopher Boorse gibt in seinen diversen Ausführungen Beispiele, wie ein bestimmtes Krankheitsbild in seine theoretischen Konstrukte des Krankheitsbegriffes passt. Zwar geht er nicht, wie Clouser, Culver und Gert, gesondert auf die definitorische Problematik einzelner Krankheitsbilder ein, dennoch zeigt er beispielhaft auf, wie seine Theorie anzuwenden ist. Die folgenden Ausführungen werden in Unterpunkte gegliedert. Punkt a) beinhaltet die Definition des jeweiligen Krankheitsbildes aus dem Pschyrembel. Im Punkt b) werden die Ausführungen von Boorse erläutert. Der Punkt c) enthält Sekundärliteratur zu dem Krankheitsbild und in Punkt d) folgt meine eigene Ansicht.

3.2.2. Körperliche Krankheit

3.2.2.1. Schwangerschaft

a) Als Schwangerschaft wird der Zustand der Frau von der Konzeption bis zum Eintritt der Geburt genannt. Es kommt zu Veränderungen von Uterusschleimhaut und Ovarium in der Frühschwangerschaft.⁴²

b) Eine Schwangerschaft ist, so Boorse, kein Zustand, der generell ungesund ist, sondern unter normalen Umständen ein natürlicher Vorgang, der stets mit der individuellen Gesundheit einhergeht. (ROH, 43)

Allerdings sollte auch eine Schwangerschaft so früh wie möglich entdeckt werden, so wie es auch bei Krankheiten der Fall ist. Eine Schwangerschaft sollte deshalb früh bekannt sein, weil dann mögliche krankhafte Konditionen, die durch die

⁴² Pschyrembel. 261. Auflage S 1742

Schwangerschaft provoziert sind, aufgespürt und bestmöglich behandelt werden können. (COH, 384)

Eine Schwangerschaft, die ja als normaler Zustand gilt, könne jedoch bei Komplikationen, z.B. einer Eklampsie oder einer Fehlbildung der kindlichen Nieren oder auch Kindstod, jederzeit zu einer Krankheit werden. (FRA, 19)

Auch auf die Option einer ungewollten Schwangerschaft geht Boorse ein. Eine ungewollte Schwangerschaft definiert Boorse auch nicht als Krankheit. Er scheint hier keinen Unterschied zu machen, ob die eingetretene Schwangerschaft tatsächlich gewollt und geplant war oder ob diese ungewollt aufgetreten ist. Die Tatsache, dass die Schwangerschaft ungewollt ist, mache somit keinen Krankheitsaspekt aus, denn jede Art von Schwangerschaft könne unter bestimmten Umständen einen krankhaften Zustand mit sich bringen. (ROH, 26)

Boorses Sichtweise der Schwangerschaft unterscheidet sich von Clouser, Culver und Gerts Ansicht dahingehend, dass Boorse eine Schwangerschaft, gewollt oder ungewollt, nicht per se als einen krankhaften Zustand charakterisiert, sondern daraus lediglich ein krankhafter Zustand aufgrund der Schwangerschaft resultieren könne. Dies müsse allerdings nicht geschehen. Im Gegensatz dazu sehen Clouser, Culver und Gert eine Schwangerschaft als ein Leiden an, worauf ich in einem gesonderten Kapitel eingehen werde.

c) –

d) Ich stimme mit Boorses Ausführungen generell überein. Auch ich bin der Meinung, dass eine Schwangerschaft nicht grundsätzlich eine Krankheit darstellt. Eine Schwangerschaft ist im Gegenteil ein biologischer und natürlicher Vorgang, der der Reproduktion dient. Zudem dient eine Schwangerschaft dem Reifungsprozess eines neuen Lebewesens der eigenen Gattung und hat somit auch eine protektive Funktion für das Ungeborene. Auch ich denke, dass aus einer Schwangerschaft eine Krankheit entstehen kann, wie z.B. eine Schwangerschaftsdiabetes. Dies tritt jedoch nur bei

wenigen Schwangerschaften auf, sodass ich eine Schwangerschaft generell nicht als krankhaft bezeichnen möchte.

Es ist jedoch fraglich, wieso Boorse Komplikationen einer Schwangerschaft als krankhaft betrachtet. Gemäß seiner naturalistischen Denkweise dürfte eigentlich kein Zustand, der mit einer Schwangerschaft zusammenhängt, sei dieser normal oder krankhaft, als krankhaft eingestuft werden, denn eine Schwangerschaft dient der Reproduktion. Boorse sieht die Reproduktion als das höchste Ziel einer Spezies an, dementsprechend dürfte eine Schwangerschaft nach naturalistischen Grundlagen niemals einen krankhaften Zustand hervorbringen. Hier stellt sich mir die Frage, warum Boorse von seinen eigentlichen Grundgedanken abweicht.

3.2.2.2. Masturbation

a) Unter Masturbation (oder auch Onanie, Ipsation) versteht man sexuelle Selbstbefriedigung: biographisch frühe und häufig zum Orgasmus führende (meist manuelle) Stimulation der Genitalien, begleitet von (u.U. sexualpsychologisch aufschlussreichen) Masturbationsphantasien.⁴³

b) Im 19. Jahrhundert wurde die Masturbation, so Boorse, als ein abnormer Vorgang angesehen, der Krankheiten verursacht. Dies war zur damaligen Zeit der eine Aspekt, der Masturbation als Krankheit qualifizierte. Der andere Aspekt war zu dieser Zeit, dass die Masturbation durch moralische Verurteilung unrechtmäßig in einen falschen Anspruch auf Pathologie mündete. Boorse sieht Masturbation nicht als Krankheit an, da sich grundlegende wissenschaftliche Änderungen in Bezug auf das Krankhafte der Masturbation ergeben hätten. Masturbation bringe keinerlei Pathologien oder Krankheiten mit sich und sei selbst auch keine Pathologie, sondern ein normaler, natürlicher Vorgang, der in das Speziesdesign integriert ist. Auch wenn Masturbation früher als Krankheit angesehen wurde, sei dies heute nicht mehr der Fall. (ROH, 75-78)

⁴³ Pschyrembel. 261. Auflage S 1185

c) –

d) Auch nach meiner Ansicht kann Masturbation keine Krankheit sein. Sie ist ein normaler, natürlicher Vorgang, der lediglich sexuelle Stimulation und Lust auslebt. Die Auffassung von Sexualität war zu früheren Zeiten deutlich strenger und schamhafter, deshalb wurde Masturbation als etwas Unnatürliches, Krankhaftes empfunden. Auch die Rolle der Moral spielte damals eine völlig andere Rolle, indem Masturbation als moralisch verwerflich angesehen wurde. Heutzutage ist diese Auffassung überholt und jedem steht seine eigene Sexualität frei, solange man sich selbst nicht in ein deutliches Risiko für eine Krankheit begibt, wie z.B. bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Die heutige Moralvorstellung hat sich dahingehend verändert, dass Masturbation als normale Handlung betrachtet wird. Auf den moralischen Aspekt folgt auch die Frage, ob Masturbation für den Organismus in irgendeiner Weise schädlich ist. Früher wurde dies so gesehen, da angenommen wurde, dass durch Masturbation krankhafte Zustände entstehen. Heutzutage jedoch geht man davon aus, dass durch den normalen Akt der Masturbation keinerlei Schädigung auf den Organismus ausgeübt wird. Natürlich hat die Masturbation auch zu damaligen Zeiten keinen krankhaften Zustand oder Pathologie hervorgerufen, sondern es war die Meinung der Gesellschaft dazu grundlegend anders als zur heutigen Zeit.

3.2.2.3. Prämenstruelles Syndrom

a) Unter einem prämenstruellen Syndrom versteht man ein charakteristisches, zyklisch wiederkehrendes Beschwerdebild, das 4-14 Tage vor der Menstruation beginnt und bis zum Einsetzen der Blutung andauert. Es kommt bei 30-70% der menstruierenden Frauen vor. Es führt z.B. zu schmerzhaften Verspannungen und Schwellung der Brust, Völlegefühl, Kreuzschmerzen, Dyspareunie, Vulvaödem mit Pruritus, Kopfschmerzen, vegetative Labilität, Gewichtszunahme durch Flüssigkeitseinlagerung, Ödembildung, Stimmungslabilität, Ruhelosigkeit, Antriebslosigkeit und Angst. Ursächlich findet sich eine multifaktoriell bedingte psychoendoneurokrine Dysfunktion, evtl. auch eine Sensitivitätssteigerung auf normale Hormonspiegel. Die Therapie besteht in

Entspannungs- und Psychotherapie, drospirenonhaltigen, oralen hormonalen Kontrazeptiva, Diuretika oder Pyridoxin.⁴⁴

b) Gesondert geht Boorse in einem separaten, nur auf dieses Krankheitsbild bezogenen Artikel⁴⁵ auf das Prämenstruelle Syndrom, kurz PMS, ein. Er beginnt den Artikel aus dem Jahr 1987 mit der Vorstellung von vier Fallbeispielen von Frauen, die an PMS litten. Diese Frauen neigten vor und zu Beginn ihrer Menstruation zu nicht kontrollierbaren Wutanfällen. Diese Wutanfälle gingen soweit, dass sie sich einerseits selbst Schaden zufügten, z.B. in Form von Suizidversuchen, oder anderen Menschen schadeten, wie z.B. durch diverse Mordversuche an dem alkoholabhängigen Lebensgefährten oder der eigenen Tochter, was letztlich tatsächlich im Mord an diesen Personen endete. Erst nach einiger Zeit und diversen Suizidversuchen konnten die Ärzte eine Verbindung zur Menstruationsblutung herstellen. Die Wutanfälle begannen stets kurz vor der Menstruation und flauten mit deren Einsetzen wieder ab. Man kann sagen, dass die Frauen in der Zeit, in der sie unter PMS litten, von ihrer Umwelt als wahnsinnig wahrgenommen wurden. Genau diese Art des Wahnsinns ließ die Richter in den folgenden Strafprozessen davon ausgehen, dass die Angeklagten nicht voll für die Straftaten haftbar gemacht werden können, da sie sich in einer Art geistiger Umnachtung befanden, als sie die Morde, Suizidversuche oder Körperverletzungen begingen. Zudem sahen die Richter die Suizidversuche als weiteres Zeichen für den vorübergehenden Verlust der Zurechnungsfähigkeit an und fällten daher milde Urteile. Die Frauen wurden z.B. nicht wegen Mordes angeklagt, sondern wegen Totschlags, was zu einem geringeren Strafmaß führte. Wenn man nun der Theorie der Richter Glauben schenken würde, so müsste man davon ausgehen, dass PMS eine ernst zu nehmende Krankheit darstellt, die die Zurechnungsfähigkeit der betroffenen Frauen für eine kurze Zeit außer Kraft setzt oder vermindert. Dies trifft nach Boorse aber nicht zu. Ein p-PMS (die Erklärung folgt auf der nächsten Seite) sei als Krankheitsbild nicht schwer genug

⁴⁴ Pschyrembel. 261. Auflage S 1874

⁴⁵ PMS

um als Entschuldigung für Kriminaldelikte zu dienen. Zunächst führt Boorse die verschiedenen Definitionen von PMS chronologisch auf.

R.T.Frank, 1931:

„PMS ist ein Gefühl von unbeschreiblicher Spannung und ein Verlangen, Befreiung durch törichte Handlungen, die schwer zu bändigen sind, zu erlangen.“⁴⁶ (PMS, 87)

Sutherland/Stewart, 1965:

„PMS ist jede Kombination von emotionalen oder physischen Merkmalen, die zyklisch jeweils vor der Menstruation der Frau auftreten und welche sich während der Menstruation zurückentwickeln und verschwinden.“⁴⁷ (PMS, 88)

Rubinow/Roy-Byrne, 1984:

„PMS ist das zyklische Auftreten von Symptomen, welche eine ausreichende Schwere haben um mit einigen Aspekten des Lebens zu interferieren, welche immer und vorhersagbar in Bezug zur Menstruation stehen.“⁴⁸ (PMS, 88)

Reid, 1985:

„PMS ist die zyklische Wiederkehr in der Lutealphase des Menstruationszyklus von einer Kombination aus einer bedrängenden physischen, psychischen

⁴⁶ Frank RT (1931) The hormonal causes of premenstrual tension. Archives of Neurology and Psychiatry 26: 1053-1054 zit. nach PMS, 87

⁴⁷ Sutherland H/Stewart I (1965) A critical analysis of the premenstrual syndrome. The Lancet 1: 1180-1183 zit. nach PMS, 88

⁴⁸ Rubinow DR/Roy-Byrne P (1984) Premenstrual syndromes: Overview from a methodologic perspective. American Journal of Psychiatry 141: 161-172 zit. nach PMS, 88

und/oder einer verhaltensmäßigen Veränderung mit einer ausreichenden Schwere um in einer Verschlechterung der interpersonellen Beziehungen und/oder einer Beeinträchtigung von normalen Handlungen zu resultieren.“⁴⁹
(PMS, 88)

Zudem werde eine Unterscheidung des PMS in pathologisches PMS (p-PMS) und normales PMS (n-PMS) gemacht. Das p-PMS führe zu den bereits genannten „Aussetzern“ vor der Menstruation und sei tatsächlich als abnorm zu bezeichnen. Das n-PMS sei ein PMS, welches sich nicht in solch gravierenden Vorgängen äußere, sondern lediglich zum Unwohlsein der Frau selbst führe und keinen Einfluss auf ihre Umwelt nehme. Etwa 5-10% der Frauen litten an p-PMS, 80% an n-PMS und 10-15% der Frauen hätten keinerlei Symptome. Boorse sieht die hohe Prävalenz der menstruierenden Frauen als Zeichen dafür, dass PMS keine Krankheit im eigentlichen Sinn sein könne, sondern als eine universelle Krankheit verstanden werde. Am Beispiel der Karies ist die Problematik der universellen Krankheiten bereits erläutert worden. Die Entstehung eines PMS sei, so Boorse, noch nicht völlig erforscht. Zwar vermutete man früher, dass die Frauen an einem Ungleichgewicht des Hormonhaushalts leiden und dies der Grund für ihr PMS sei. Boorse jedoch geht davon aus, dass der Hormonhaushalt allenfalls eine untergeordnete Rolle in der Entstehung des PMS spielt. Boorse führt dazu eine Studie an, in der den betroffenen Frauen teilweise ein Hormonpräparat und teilweise ein Placebo verabreicht wurde. Die Placebo hatten in der Verbesserung der Symptome genau denselben Effekt wie die tatsächlichen Medikamente, was dafür spreche, dass das Hormonpräparat entweder nicht zur Besserung des PMS beiträgt oder dass beide, sowohl das Placebo als auch das Hormonpräparat, zu einer Verbesserung führten. Früher ging man davon aus, dass das PMS durch ein Defizit von Hormonen ausgelöst wird, was zu einer temporären, zyklischen Psychopathologie führt. Diese wiederum könne in einer kriminellen Handlung münden. Als Therapie wurde früher eine Progesterontherapie, also eine Hormonsubstitution, durchgeführt. Heutzutage, so Boorse, stelle der Hormonmangel

⁴⁹ Reid RL (1985) Premenstrual syndrome. American Journal of Obstetrics and Gynecology 139: 1-57
zit. nach PMS

nicht die wichtigste Kondition für das PMS dar, sondern es seien zusätzlich noch andere Arten von Psychopathologien vorhanden, die gemeinsam zum PMS führen. Auch eine Hormontherapie könne demzufolge das PMS nicht merklich verbessern. Vielmehr geht Boorse davon aus, dass das PMS nicht aus einer Störung, sondern aus mehreren ineinander greifenden Störungen bestehe. Es sei als eine Kombination aus hormonellen, psychischen, physischen und anderen, bisher nicht weiter erforschten Komponenten, die zu einem PMS führen, anzusehen. Fraglich sei, inwieweit auch mentale Vorgänge in die Entstehung des PMS eingebunden sind. Boorse sieht zwei wesentliche Probleme in der Klassifizierung des PMS als Mentale Krankheit. Zum einen existiere eine stille Vereinbarung zwischen Gerichten, Anwälten und Psychiatern, dass Mentale Krankheiten stets Psychosen beinhalten. Würden Psychosen nicht mit eingerechnet, dann würde keine Mentale Krankheit existent sein. Beim PMS litten die Frauen jedoch nicht zwangsläufig an Psychosen. Zum anderen seien Mentale Krankheiten immer chronisch und nicht, wie das PMS, zyklisch. Dies ist ein weiterer Punkt, der dagegen spricht, dass das PMS eine Mentale Krankheit sei.

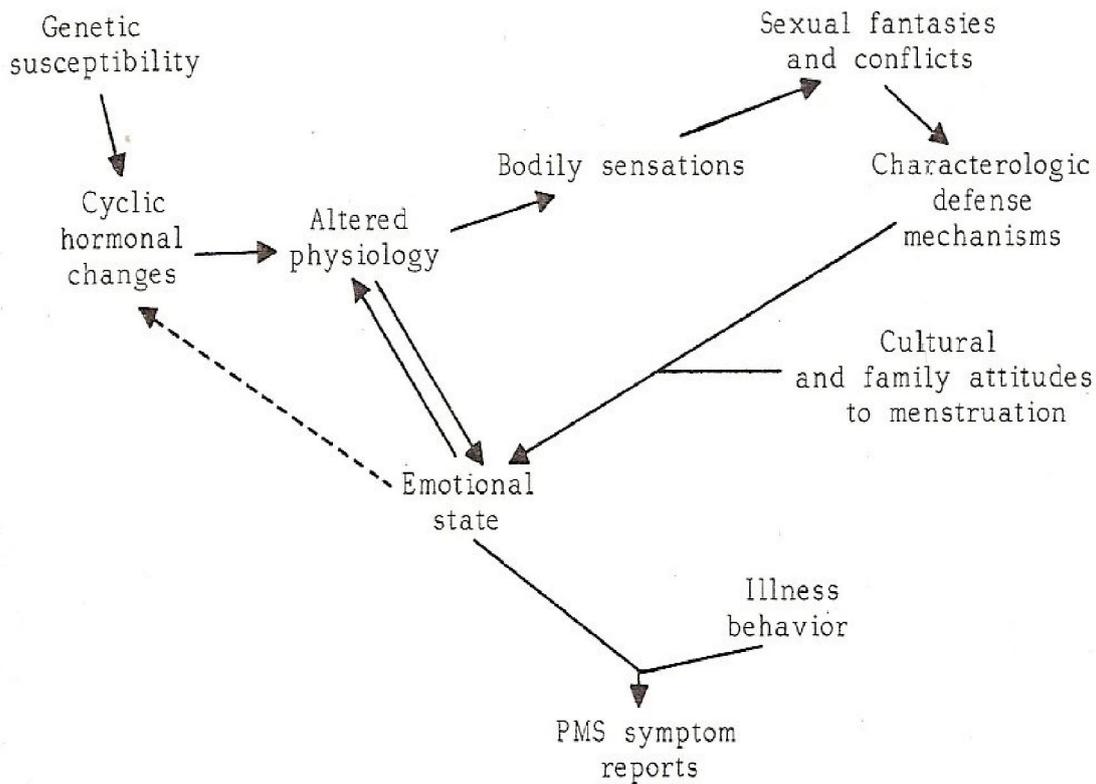


Abb. 4: *Interrelations among vulnerability factors predisposing to p-PMS*⁵⁰

Zudem sei das PMS, laut Aussagen der dazu befragten Frauen, mit Konditionen wie Hunger (Hypoglykämie), dem Wetter, der individuellen Müdigkeit, der Tageszeit usw. assoziiert. Dieser Komplex aus Konditionen könne bei den an p-PMS leidenden Frauen zu kriminellen Handlungen führen. Boorse sieht bei dem Krankheitsbild des PMS am ehesten Analogien zu den Krankheitsbildern der Postpartum-Depression und der menopausalen psychischen Symptome. (PMS, 81-120)

Zusammenfassend legt sich Boorse nicht eindeutig fest, ob ein PMS tatsächlich eine (Mentale) Krankheit darstellt. Zwar spricht er von einer Abnormität, die mit verschiedenen Störungen einhergeht, trotzdem vermeidet er eine Fixierung auf den Krankheitsbegriff. Er stellt lediglich Analogien zu anderen Krankheitsbildern her.

⁵⁰ Abb. 4: PMS, 93

c) Pawelzik ⁵¹ kommentiert Boorses Ausführungen dahingehend, dass PMS keine Krankheit sein kann. PMS ist, so Pawelzik, universal und eine normale, zu erwartende Folge der weiblichen Physiologie. Er geht in seinem Text offenbar davon aus, dass Boorse PMS als Krankheit betrachtet und stellt fest, dass diese Annahme im Gegensatz zu Boorses aufgestellter Theorie steht. Boorse sehe das Normale als das Natürliche an, so Pawelzik. Dies aber widerspreche seiner Theorie dahingehend, dass das PMS universal bei nahezu allen Frauen auftritt. (Pawelzik, M., 1999)

d) Auch ich gehe davon aus, dass ein PMS keine Krankheit ist. Die Frauen leiden zwar unter Wasseransammlungen, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Übelkeit oder Krämpfen. Dies sind jedoch lediglich einige körperliche Symptome, die meiner Meinung nach nicht deutlich für eine Krankheit sprechen. Die körperlichen Symptome sind, nach meiner Ansicht, deshalb nicht ausreichend um PMS als Krankheit zu klassifizieren, da nahezu jede Frau sie aufweist und sie auf körpereigenen Hormonschwankungen beruhen. Hinzu kommt, dass auch seelische Probleme wie Depressionen, Stimmungsschwankungen, Antriebsstörungen oder Reizbarkeit auftreten können. Hier muss nach meiner Ansicht differenziert werden. Sollten die Frauen lediglich an Stimmungsschwankungen oder Reizbarkeit leiden, so sehe ich PMS nicht als Krankheit an. Anders verhält es sich, wenn die Frauen aufgrund des PMS beispielsweise in eine Depression verfallen, denn dann ist eine Krankheit, nämlich die Depression, auf der Grundlage des PMS entstanden.

3.2.2.4 Karzinoide

a) Ein Karzinoid ist ein neuroendokriner Tumor, der von den enterochromaffinen Zellen des disseminierten neuroendokrinen Systems ausgeht. Es wächst meist langsam und weist bei Lebermetastasierung eine Fünf-Jahres-Überlebensrate zwischen 20 und 65% auf. Es ist auf den Magen-Darm-Trakt (85%) lokalisiert und hierbei vor allem auf:

⁵¹ Pawelzik M (1999) Krankheit, das gute Leben und die Krise der Medizin. Münster S 33-76

Appendix (50%), Rektum (ca. 15%), Dünndarm (ca. 10 %), außerdem am Bronchialsystem (10%) und an Pankreas, Ovarien, u.a. Nach Lebermetastasierung oder Lokalisation außerhalb des Pfortaderstromgebiets kann ein Karzinoidsyndrom durch die Produktion von Serotonin u.a. vasoaktiven Substanzen auftreten (in 6% der Fälle). Die Therapie besteht in der chirurgischen Resektion, im fortgeschrittenen Stadium in der Chemotherapie, Chemoembolisation der Lebermetastasen, Interferon-alpha.⁵²

b) Karzinoide stellen eine Krankheit dar, obwohl sie nicht oder teilweise noch nicht klinisch in Erscheinung getreten sind. Zumeist würden Karzinoide bei Routineuntersuchungen gefunden, hätten bis zu dem Zeitpunkt der Untersuchung aber keinerlei Krankheitssymptome gezeigt. Krankheiten könnten demzufolge symptomlos bleiben, aber trotzdem existent sein. Boorse versucht hier aufzuzeigen, dass ein Krankheitsbild wie das der Karzinoide zumeist subklinisch verläuft und somit (noch) keine Symptome erkennbar seien. Trotzdem sei das Bild der Karzinoide klar als eine Krankheit klassifiziert. (FRA, 19)

Boorses Hauptanliegen ist es hier nicht, das Krankheitsbild eines Karzinoids zu erklären, sondern darauf hinzuweisen, dass eine Krankheit existieren kann, ohne dass eine Symptomatik auftritt. Karzinoide sind hier nur exemplarisch aufgeführt, weil die Problematik an diesem Beispiel besonders deutlich wird.

c) Pawelzik sieht diese Ausführung von Boorse zu Krankheitsbildern, die unterschwellig präsent sind und noch keine Ausprägungen wie Schmerzen haben, kritisch. Er geht davon aus, dass eine bösartige Neubildung, die eventuell schon seit langem existent ist, die Funktionen des Organismus jedoch noch nicht behindert, bis zu ihrem dysfunktionalen Stadium nicht als Krankheit betrachtet werden dürfe. Das Erkennen und die Diagnose des Tumors basierten lediglich auf morphologischen Merkmalen und theoretischem Hintergrundwissen, nicht aber auf einer bedrohenden Krankheit oder einer Funktionsstörung. Pawelzik sagt somit, dass bei einem

⁵² Pschyrembel. 261. Auflage S 963

krankhaften Prozess dieser solange nicht als Krankheit gilt, bis eine Dysfunktionalität vorliegt. (Pawelzik, M., 1999)

d) Auch ich gehe davon aus, dass Krankheitsbilder wie Karzinoide als eine Krankheit gelten müssen, da sie eine Veränderung der zellulären Strukturen hervorrufen. Zudem können sie, wenn sie größer werden oder länger bestehen, zu subjektiven Beschwerden führen, z.B. durch Verdrängung des Nachbargewebes, durch Metastasenbildung oder durch einen erhöhten Hormonspiegel. Dies würde dann zu Schmerzen oder anderen subjektiven Negativempfindungen führen. Jedoch ist eine gewisse Art der Pathologie, je nach Entwicklungsstadium des Tumors, vorhanden, die sich in jedem Fall vergrößert. Somit liegt in meinen Augen in jedem Fall eine Krankheit vor.

3.2.2.5. Niereninsuffizienz

a) Eine Niereninsuffizienz ist die eingeschränkte Fähigkeit der Nieren, harnpflichtige Substanzen auszuschcheiden. In fortgeschrittenen Stadien geht auch die Anpassungsbreite an den Elektrolyt-, Wasser- und Säure-Basen-Haushalt verloren. Klinisch sieht man Leistungsschwäche, Polyurie, Nykturie, später Schlafstörungen, Kopfschmerz, typisch schmutzig-gelbes Hautkolorit, Pruritus und zunehmende renale Anämie. Im Spätstadium findet man Dehydratation, mit Exsikkose und Hypotension infolge renalen Salzverlustes oder Ödemneigung infolge Natriumretention, daneben auch neurologische Symptome, gastrointestinale Störungen und renale Osteopathie. Im Vordergrund des klinischen Bildes kann auch eine Hypertonie mit kardiovaskulären Symptomen stehen.⁵³

b) Eine Niereninsuffizienz wird von Boorse als eine Pathologie klassifiziert. Dies ist auch der Fall, wenn nur eine Niere betroffen ist. Die andere Niere könnte zwar annähernd die Funktion der erkrankten Niere ausgleichen, trotzdem sieht Boorse dies als eine bestimmte Form der Pathologie an. Bei einer einseitigen Nierenerkrankung könnten Kritiker nun sagen, dass die Funktion der Nieren hierdurch nicht eingeschränkt

⁵³ Pschyrembel. 261. Auflage S 1347

ist, denn die zweite Niere übernimmt die Arbeit der kranken Niere mit und die Effizienz der Arbeit der Nieren wäre somit nicht vermindert. Trotzdem sei eine einseitige Nierenerkrankung eine Krankheit, da es in der Natur der Spezies Mensch nicht vorgesehen ist, dass die Nierentätigkeit sich auf nur eine Niere beschränkt. Zudem sei der Erkrankung der einen Niere ein pathologischer Vorgang vorausgegangen, sodass sie ihre Arbeit verschlechterte oder gar eingestellt hat. Dies führt Boorse zu der Ansicht, dass eine Krankheit vorliegt. (FRA, 37)

Boorse klassifiziert eine Niereninsuffizienz klar als eine Krankheit. Der Artikel, in welchem er auf dieses Krankheitsbild eingeht, ist zeitlich gesehen sein aktuellster Artikel. Deshalb spricht Boorse nicht explizit von Krankheit, sondern von Pathologie. Gemeint ist aber ein krankhafter Zustand. Zudem geht Boorse ausschließlich auf den Fall der einseitigen Fehlfunktion ein. Ich gehe davon aus, dass auch eine beidseitige Nierenfehlfunktion eine Krankheit in Boorse Sinn ist, auch wenn er dies nicht explizit erläutert.

c) –

d) Nach meiner Meinung ist auch eine einseitige Fehlfunktion als eine Krankheit zu werten, da an der erkrankten Niere ein pathologischer Vorgang eingesetzt hat. Bei jedem anderen Organ wäre eine solche Pathologie auch als Krankheit zu werten. Die Tatsache, dass die Niere doppelt angelegt ist, hat keinerlei Einfluss auf die Begrifflichkeit der Krankheit. Zwar ist zumeist das Endergebnis der Arbeit beider Nieren normal, auch wenn eine erkrankt ist. Dies ist der Fall, weil die gesunde Niere die Arbeit der erkrankten Niere mit übernimmt.

3.2.2.6 Appendizitis

a) Eine Appendizitis ist eine meist enterogene (selten hämatogene) Infektion, begünstigt durch Stauung des Wurmfortsatzinhalts infolge Verengung oder Verlegung des Appendixlumens durch Abknickung, Narbenstränge, entzündliche

Schleimhautschwellung, Kotsteine, Würmer oder Fremdkörper. Die klinischen Zeichen sind Übelkeit, Erbrechen, evtl. kolikartige Bauchschmerzen, belegte Zunge und Fieber. Die Therapie besteht in der Appendektomie.⁵⁴

b) Die Anwesenheit der Appendix in einem Individuum allein ist keine Krankheit. Hat ein Individuum nun aber seine Appendix, so bestehe eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass es erkrankt. Es entstehe dann eine Krankheit, wenn die Appendix sich entzündet. Die Appendix selbst sei somit nicht krankhaft, sondern es könne erst dann eine Krankheit entstehen, wenn sich diese tatsächlich entzündet. Dieses Beispiel nennt Boorse im Zusammenhang mit seinen Ausführungen über instrumentelle und intrinsische Gesundheit. Instrumentell sei die Anwesenheit der Appendix ungesund, da die Möglichkeit besteht, dass sie sich entzünden könnte. Intrinsisch jedoch sei die Appendix zumeist völlig gesund, da nicht die Anwesenheit der Appendix die Krankheit ausmacht, sondern deren Entzündung. (HTC, 553)

c) –

d) Dieses Kapitel von Boorse über eine Appendizitis erscheint mir recht unklar und schwer nachvollziehbar. Meiner Ansicht nach ist dieses Beispiel nicht ideal um intrinsische von instrumenteller Gesundheit zu unterscheiden. Zwar scheinen Boorses Überlegungen auf den ersten Blick zutreffend zu sein, dennoch sehe ich Kritikpunkte. Natürlich ist die Anwesenheit eines Körperteils oder Organs ein potentieller Risikofaktor für die Entstehung einer Krankheit. Demzufolge kommt Boorse zu dem Schluss, dass das Individuum ohne Appendix gesünder wäre. Dieser Schluss ist nach meiner Ansicht aber nicht zulässig, weil sich dieser Schluss auf jedes Organ übertragen lassen müsste. Jedoch ist ein Leben beispielsweise ohne Herz nicht möglich.

⁵⁴ Pschyrembel. 261. Auflage S 121

3.2.2.7. Sichelzellanämie

a) Eine Sichelzellanämie ist eine autosomal-rezessiv erbliche Hämoglobinopathie und kommt fast ausschließlich bei Afrikanern und Afroamerikanern vor. Die Ursache liegt in einer Punktmutation, die zum Austausch einer Aminosäure in Position 6 (Glu → Val) der Betakette von Hämoglobin führt. Die Erythrozyten nehmen deswegen bei niedriger Sauerstoffspannung eine sichelförmige Form an, was durch Erhöhung der Blutviskosität zu Stase des Blutes in den kleinen Gefäßen, Infarzierung und anderen Organschäden führt. Klinisch imponieren eine chronische hämolytische Anämie, fieberhafte Schmerzkrisen nach Anstrengung und Infektion, abdominale kolikartige Schmerzen, Knochen- und Gelenkschmerzen, Ulcus cruris, Niereninfarkte, Fibrosierung und Verkalkung der Milz und neurologische Ausfälle. Die Therapie besteht in einer allogenen HLA-identischen Knochenmarktransplantation als einziger kurativer Möglichkeit. Heterozygote haben den Selektionsvorteil, dass sie relativ resistent gegen Malaria tropica sind.⁵⁵

b) Die Sichelzellanämie ist ein weiteres, von Boorse diskutiertes Krankheitsbild. Auf der einen Seite sei die Sichelzellanämie unzweifelhaft als Krankheit aufzufassen. Die Pathologie hinter der Sichelzellanämie sei nämlich folgende: Die Sichelzellanämie sei eine erbliche Krankheit der Erythrozyten. Es werde eine abnorme Form des Hämoglobins gebildet, welches sich in den Erythrozyten befindet. Die Erythrozyten mit dem veränderten Hämoglobin verformen sich, besonders bei Sauerstoffarmut, zu sichelförmigen, steifen Erythrozyten. Normalerweise seien Erythrozyten verformbar, diese jedoch sind es nicht mehr. Dadurch komme es zu Organveränderungen und zu einer verminderten Lebenserwartung. Ein zusätzlicher Nebeneffekt der Sichelzellanämie, auf den Boorse speziell eingeht, ist die Resistenz gegen Malariaplasmodien. Dieser Nebeneffekt sei ein positiver Effekt für den betroffenen Organismus. Daran werde deutlich, dass eine Krankheit nicht ausschließlich negativ oder nachteilig für den Organismus sein müsse, sondern dass eine Krankheit auch positive Effekte haben könne, in diesem Fall den Schutz vor einer anderen Krankheit. Man könne die Sichelzellanämie auch als eine Normvariante der Hämoglobinbildung

⁵⁵ Pschyrembel. 261. Auflage S 1775

bezeichnen. Somit wäre es eine normale Kondition, die in bestimmten Fällen sogar positiv für den Organismus sei. Trotz des „Vorteils“ gegenüber Malariaplasmodien klassifiziert Boorse die Sichelzellanämie klar als eine Krankheit, denn es entstehen Mikrodysfunktionen, welche zu Dysfunktionen in den betroffenen Organen führen. Ein Problem sieht Boorse jedoch bei heterozygoten Trägern des Gens. Er sagt, dass die Definition als Krankheit umso unklarer wird, je mehr Heterozygotie ins Spiel kommt. Er schlägt hier eher den Begriff der „Adaption“ als den der Krankheit vor. (ROH, 87-90)

c) Schramme unterstützt Boorse in Bezug auf das Beispiel der Sichelzellanämie. Schramme sagt, es gehe aus Boorses Theorie nicht eindeutig hervor, dass ein heterozygoter Träger der Sichelzellanlage gesund sei bzw. dass die Individuen, die diese Anlage nicht haben, krank seien. Hier sieht Schramme den Unterschied zwischen instrumenteller und intrinsischer Gesundheit⁵⁶ als gravierendes Merkmal an. Kritiker hätten Boorse unterstellt, dass er hier fälschlicherweise von einer gesunden Komponente spricht, wenn eine Anlage für die Sichelzellanämie gegeben ist, so Schramme. Boorse sagt jedoch, dass heterozygote Träger instrumentell gesünder seien, weil sie eine gesteigerte Chance haben, nicht an Malaria zu erkranken. Diese Form der Adaption sei jedoch, so Schramme, nicht unbedingt auch ein Zeichen für intrinsische Gesundheit. Demzufolge sieht Schramme keinen Konflikt zwischen Boorses Funktionstheorie und dessen Krankheitsdefinition. Schramme sieht einen Verbesserungsvorschlag an Boorses Theorie darin, dass Boorse die heterozygote Sichelzellanämie als gesunde Variation in seine Definition des Speziesdesigns aufnehmen könnte. Somit wäre die Sichelzellanämie eine gesunde Variante, solange die Funktion der Erythrozyten nicht eingeschränkt sei. Im Fall der homozygoten Träger wäre die Sichelzellanämie jedoch stets eine Krankheit, weil hier immer eine Funktionsstörung auftritt. Für Schramme steht hier jedoch die eingeschränkte Funktion in der Beurteilung, ob eine Krankheit vorliegt, im Vordergrund. (Schramme, T., 2002, 127-128)

⁵⁶ Siehe Kapitel 3.5.3.1

d) Boorse möchte hier besonders hervorheben, dass eine Sichelzellanämie ein Krankheitsbild repräsentiert, welches einerseits schlecht für den Organismus ist und die Lebenserwartung vermindert, andererseits aber auch vor einer anderen, zumeist gravierenderen Krankheit schützt.

Auch nach meiner Ansicht ist eine Sichelzellanämie als eine Krankheit anzusehen. Durch die deformierten Erythrozyten entstehen z.B. Sauerstoffmangel, Durchblutungsstörungen, Milzschwellung, Herzversagen, Nierenversagen oder Lungenentzündungen.⁵⁷ Zudem ist die Deformation genetisch bedingt, was deutlich werden lässt, dass eine Krankheit vorliegen muss, da die Genstruktur gegenüber einem gesunden Individuum verändert ist.

Das von Boorse angeführte Beispiel der Heterozygotie ist besonders heikel. Es scheint mir nicht ganz klar zu sein, ab wann Boorse tatsächlich von einer Adaption anstatt einer Krankheit spricht. Die genaue Abstufung fehlt hier.

3.2.2.8 Haarausfall

a) Der Haarausfall unterteilt sich in zwei Unterformen. Der physiologische Haarausfall wird als Effluvium capillorum bezeichnet. Unter Effluvium telogenes versteht man diffusen Haarausfall durch gleichzeitigen Übergang mehrerer Haare von der Anagen- in die Telogenphase. Dieser ist bei Neugeborenen physiologisch und kommt bei Erwachsenen als Alopecia postpartualis oder Alopecia climacteria vor, außerdem bei Absetzen von hormonalen Kontrazeptiva bei Frauen, sowie als Alopecia androgenetica bei Männern, im Alter, in akuten Stresssituationen, bei Fehl- und Unterernährung, fieberhaften Infektionskrankheiten, chronischen Erkrankungen, endokrinen Erkrankungen, ZNS-Erkrankungen und Psychosen. Auch kommt es als unerwünschte Nebenwirkung bei Intoxikation mit Schwermetallen und aufgrund ionisierender

⁵⁷ <http://de.wikipedia.org/wiki/Sichelzellenan%C3%A4mie>

Strahlung vor. Das Haarwachstum kann nach Beseitigung der Ursache wieder einsetzen.

58

b) Boorse sieht Haarausfall auf der einen Seite als strukturelle Anomalie an, die lediglich eine Abweichung vom natürlichen Design der Spezies darstellt, jedoch nicht als Krankheit klassifiziert wird. Auf der anderen Seite habe das Haar des Menschen bestimmte Funktionen, zumindest das Kopfhaar. Die Körperbehaarung sei beim Menschen nur rudimentär, das Kopfhaar aber ist voll ausgebildet. Das Kopfhaar habe die Aufgabe bei Kälte die Wärme des Kopfes nicht so schnell an die Umgebung abzugeben. Bei höheren Temperaturen lasse das Kopfhaar die Wärme von außen nur verzögert an den Kopf heran und diene somit der Stabilisierung der Körpertemperatur. Ein weiterer Aspekt sei der, dass Frauen bei Männern eher keine Glatze bevorzugen. Dieser Aspekt sei für die Reproduktion wichtig. Jedoch sei eine Glatze nicht primär hässlich, sondern gelte als strukturelle Abnormität.⁵⁹ Boorse legt sich nicht darauf fest, dass Haarausfall als eine Krankheit gilt, jedoch wird aus den Ausführungen klar, dass er ihn eher als strukturelle Anomalie sieht. (ROH, 70-72)

c) –

d) Leider beschreibt Boorse hier nicht, welche Art von Haarausfall er meint. Offenbar geht er vom genetisch bedingten Haarausfall aus, der wahrscheinlich auf einer Störung im Testosteronhaushalt beruht. Hier wird deutlich, dass eine genetische Abweichung vom normalen Bauplan vorliegt und es deshalb zum Haarausfall kommt. Es liegt also nach meiner Ansicht sehr wohl eine Krankheit vor. Zudem leidet der Betroffene meistens sehr unter dem abnormen Haarausfall, was z.B. zu sozialem Rückzug führen kann. Zwar ist das Haarwachstum, in meinen Augen, keine überlebenswichtige körperliche Funktion, dennoch hat das Haupthaar die Aufgabe der Abschirmung des Kopfes z.B. von Sonne oder Wind und somit eine Temperaturregelungsfunktion des Körpers.

⁵⁸ Pschyrembel. 261. Auflage S 484

⁵⁹ Siehe Kapitel 3.3.5.1

3.2.2.9. Lokale Beschwerden

a) Die Ophthalmologie ist die Augenheilkunde, die Oto-(Rhino-)Laryngologie bezeichnet die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und der Begriff der Dermatologie bezeichnet das Fachgebiet der Medizin, das sich mit den Erkrankungen der Haut und Schleimhäute und deren Anhangsgebilden sowie mit der Therapie dieser Veränderungen.⁶⁰

b) Da der Artikel, in welchem Boorse auf lokale Beschwerden eingeht, zeitlich nach seinem Sinneswandel bezüglich der Begriffe theoretische, objektive Krankheit und praktische, subjektive Krankheit verfasst wurde, geht er davon aus, dass beispielsweise auf den Gebieten der Ophthalmologie, der Otolaryngologie oder der Dermatologie auftretende Beschwerden nicht als praktische, subjektive Krankheit gewertet werden können. Ausschließlich lokale Beschwerden hätten keinerlei Auswirkung auf den gesamten Organismus oder die Homöostase. Boorse sieht eine praktische, subjektive Krankheit als eine den gesamten Organismus betreffende und damit als eine systemische Krankheit an. Boorse klassifiziert solche lokalen Beschwerden eher als lokale Dysfunktion denn als Krankheit. (FRA, 19)

c) –

d) Zwar passt diese Ausführung von Boorse zu seiner Theorie, die er seit 1997⁶¹ aufgestellt hat, dennoch scheint mir diese Erklärung zu lokalen Beschwerden nicht eindeutig zu sein. Nach meiner Ansicht können ein lokaler Ausfall oder eine lokale Reizung generell als Krankheit gelten. Auch wenn eine Krankheit nicht systemisch ist, so ist sie trotzdem eine Krankheit. Ein Hautausschlag, um ein Beispiel zu nennen, ist in jedem Fall als eine Krankheit zu werten. Es ist auch zu berücksichtigen, dass mit vielen

⁶⁰ Pschyrembel. 261. Auflage S 1388, 1410, 411

⁶¹ ROH

Krankheiten, die lokal auftreten, auch systemische Beschwerden verbunden sind, z.B. bei Infektionen durch Bakterien.

3.2.2.10. Anenzephalie

a) Die Anenzephalie ist die schwerste, relativ häufige Fehlbildung (ca. 1:1000 Lebendgeborene) mit Fehlen des Schädeldachs und Fehlen oder Degeneration wesentlicher Teile des Gehirns infolge des ausbleibenden Verschlusses des Neuralrohrs in der Gehirnregion (Neuroporus anterior). Der Defekt setzt sich fast immer mit einer Spaltbildung im Zervikalbereich fort. Da die Reflexmechanismen für den Schluckakt fehlen, tritt in den letzten beiden Monaten der Schwangerschaft meist ein Hydramnion auf.⁶²

b) Auch das Krankheitsbild der Anenzephalie sieht Boorse als pathologisch und somit als Krankheit an. Hier ist es für Boorse klar, dass die Anenzephalie als Krankheit zu werten ist. Es sei sogar ein sehr prägnantes Beispiel für die Abweichung vom normalen Speziesdesign. Die Schwere der Fehlbildungen des Kindes sei unstrittig. Auch ähnliche Krankheitsbilder, die zu einer Fehlbildung des Organismus während seiner Entwicklung im Mutterleib führen, schließt Boorse in diese Argumentation mit ein. (FRA, 38)

c) –

d) Hier stimme ich Boorse zu, dass Anenzephalie eine Krankheit sein muss. Aufgrund der schweren körperlichen Fehlbildung des Kindes ist dieses nicht in der Lage normale Körperfunktionen aufrecht zu erhalten und stirbt zumeist innerhalb weniger Tage nach der Geburt. Hier sind deutlich sichtbare strukturelle Missbildungen gegeben. Aus diesem Grund hat Boorse die Anenzephalie hier offenkundig als Beispiel gewählt hat, da diese auf den ersten Blick für jeden als Krankheit erkennbar ist.

⁶² Pschyrembel. 261. Auflage S 83

3.2.3 Mentale Krankheiten

3.2.3.1. Homosexualität

a) Homosexualität ist eine Bezeichnung für sexuelle Orientierung, Erregbarkeit und Aktivität mit Bezug auf Partner gleichen Geschlechts. Die Genese ist weitgehend unklar. Biographisch zeigt sich eine frühe Entstehung, die Entdeckung erfolgt aber meist erst im Jugendalter und ist oft verbunden mit heftigen Abwehrmechanismen, die erst im Rahmen der homosexuellen Identitätsfindung (sog. Coming-out) überwunden werden. Eine eingetragene Lebenspartnerschaft ist als eigenständiger familienrechtlicher Status möglich (mit überwiegend eheähnlichen Rechtsfolgen) mit dem „Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft“, sog. Lebenspartnerschaftsgesetz vom 16.2.2001 (BGB.I S.266), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6.2.2005 (BGB.I S.203).⁶³

b) Boorse geht davon aus, dass die Homosexualität im Gegensatz zur Heterosexualität nicht der Reproduktion dient. Das höchste von Boorse aufgestellte Ziel, die Reproduktion, kann in ausschließlich homosexuell geprägten, sexuellen Kontakten nicht erfüllt werden. Die einzige, gültige Erklärung für die Existenz von Homosexualität sieht Boorse darin, dass jemand durch seine Homosexualität glücklicher wird und persönliche Zufriedenheit erreicht. Es gibt diverse Meinungen, die besagen, dass Homosexualität in den Genen verankert und somit vererbbar ist. Boorse schließt sich diesen Meinungen jedoch nicht an. Homosexualität sei eine Form von Mentaler Krankheit. Dieser Krankheit liege ein pathologischer Prozess zugrunde. Boorse legt sich somit klar auf den Begriff der Mentalen Krankheit fest. Das praktische Problem sieht Boorse darin, dass Homosexuelle oftmals gesellschaftlich ausgegrenzt werden. Als Beispiel nennt er Grundschulen, die keine homosexuellen Lehrer einstellen. Jedoch stellt er klar, dass lediglich eine gesellschaftliche Verurteilung keinen Grund für die Bezeichnung als Krankheit bietet. (COH, 385)

⁶³ Pschyrembel. 261. Auflage S 834

c) An Boorses Auffassung von Homosexualität wird herbe Kritik geübt. Lenk geht davon aus, dass Homosexualität zwar als abweichende Lebensweise definiert werden kann, nicht aber als ein gesundheitsgefährdender Zustand. Außerdem sei jemand nicht als krank zu bewerten, wenn er derzeit nicht unter einem statistisch abweichenden Zustand oder Verhalten leidet. Lenk sieht die Pathologisierung der Homosexualität auch als Forschungsparadigma des „normalen Funktionierens“. Er gesteht jedem Individuum das entsprechende Sexualleben zu, welches seinen Neigungen entspricht, solange dabei niemand geschädigt wird. Für ihn geht es, im Gegensatz zu Boorse, beim Thema Homosexualität um moralische Wertmaßstäbe und nicht um Ergebnisse empirischer Forschungen. (Lenk, C., 2002, 124-126)

Auch Kingma ist mit Boorses Auffassung von Sexualität nicht vollkommen einverstanden. Sie stellt die Frage, ob überhaupt die BST auf dieses Krankheitsbild anwendbar ist. Neben der BST existiere die XST, welche genau denselben Aufbau habe wie die BST, allerdings als zusätzlichen Aspekt die sexuelle Orientierung als Referenzklasse mit einbeziehe. Nach Boorses BST wäre die Homosexualität eine Krankheit. In der XST wäre Homosexualität, durch das Hinzufügen der Referenzklasse, jedoch normal und somit nicht als Krankheit anzusehen. Kingma stellt nun die Frage, ob tatsächlich die BST, wie Boorse vorschlägt, oder eher die XST auf Homosexualität anwendbar sei. (Kingma, E., 2007, 4)

d) Nach meiner Ansicht kann es nicht korrekt sein Homosexualität als eine Mentale Krankheit darzustellen. Hier sehe ich in Boorses Theorie das Problem, dass er die Reproduktion als höchstes Ziel für den Organismus betrachtet. Natürlich ist bei Homosexualität eine Reproduktion nicht möglich. Der Fokus sollte hier eher auf dem Wohlergehen des homosexuellen Individuums liegen. Eine Beziehung zu einem gleichgeschlechtlichen Partner sollte hier dazu dienen, individuelles Glück zu finden. Demzufolge kann, in meinen Augen, Homosexualität nicht als Krankheit oder auch nicht als schwerwiegende mentale Pathologie gewertet werden. Eine Krankheit kann lediglich aus anderen Ursachen, z.B. aus ungeschütztem Geschlechtsverkehr, entstehen. Dies ist jedoch bei Homosexualität wie auch bei Heterosexualität möglich.

3.2.3.2. Neurosen und Psychosen

a) Eine Neurose ist eine Bezeichnung für eine psychische oder psychosoziale Störung ohne nachweisbare organische Grundlage, bei der im Gegensatz zur Psychose die Realitätskontrolle wenig oder gar nicht gestört ist. Wegen uneinheitlicher Verwendung ist der Begriff in den ätiologieunspezifischen Diagnosemanualen DSM-IV und ICD-10 nicht mehr enthalten.⁶⁴

Der Begriff der Psychose ist eine allgemeine Bezeichnung für eine psychische Störung mit strukturellem Wandel des Erlebens (im Gegensatz zum funktionellen Wandel bei der Neurose). Es erfolgt eine Unterteilung in organische und nichtorganische Psychosen. Die Therapie besteht in der Behandlung der Grundkrankheit, Ausschalten nachteiliger Einflüsse, Anwendung von Psychotherapie, Soziotherapie und Psychopharmaka.⁶⁵

b) In seinem ersten Artikel⁶⁶ geht Boorse auf Mentale Krankheiten ein, wie z.B. Psychosen und Neurosen im Zusammenhang der Konditionen, die physische Krankheiten haben und Mentale Krankheiten nicht haben. Dies sind:

- 1) Unerwünschtheit für den Erkrankten
- 2) Notwendigkeit einer Spezialbehandlung
- 3) Bereitstellung einer gültigen Entschuldigung für eigentlich kritikwürdiges Verhalten

⁶⁴ Pschyrembel. 261. Auflage S 1337

⁶⁵ Pschyrembel. 261. Auflage S 1583

⁶⁶ ODT

Boorse sagt zum ersten der drei Punkte, dass er nicht davon ausgehe, dass eine Störung, wie eine Psychose oder eine Neurose, das Glück des Individuums verringert. Zudem geht Boorse davon aus, dass eine mental erkrankte Person nicht weniger zur sozialen Ordnung beiträgt als ein normal gesundes Individuum. Es sei somit nicht von der Gesellschaft abgekapselt und nehme keine Sonderstellung ein. Obwohl Boorse davon ausgeht, dass eine Krankheit generell unerwünscht ist, so sieht er dies bei Mentalen Krankheiten eventuell anders. Hier könne es der Fall sein, dass die Unerwünschtheit verzerrt oder getrübt sei. Zudem müssten diese Krankheitsbilder nicht zwangsläufig im Individuum selbst entstehen. Neurosen und Psychosen könnten bis zu einem bestimmten Grad sogar von der Umwelt, z.B. von der Gesellschaft, hervorgerufen werden und manifestieren sich dann in dem einzelnen Individuum. Jedoch könnten nur empirische Forschungen zum Vorkommen und der Ätiologie der Neurosen zeigen, ob dieser Einfluss der Gesellschaft auf das individuelle Krankheitsbild tatsächlich möglich ist. Der dritte oben genannte Punkt ist im Zusammenhang mit Mentalen Krankheiten besonders schwierig. Boorse sieht eine Mentale Krankheit als eine Aktivität, die auf Kompetenz basiert. Diese Kompetenz, wie Boorse es nennt, setze sich aus dem Geist und dem Charakter zusammen. Boorse sieht eine mentale Störung, im Gegensatz zu einer Mentalen Krankheit, außerdem als Störung der Persönlichkeit an. Den Begriff der Mentalen Krankheit beschränkt Boorse in seinem ersten Artikel ausschließlich auf Psychosen und Neurosen, da hier die drei oben genannten Punkte nicht zuträfen. Neurosen und Psychosen gingen mit Bewusstseinstörungen einher, sodass Wünsche entstehen können, die nicht rational seien. Hierbei habe der Betroffene oftmals unbewusste Wünsche. Boorse sieht jedoch das Bewusstsein als zentrales Element einer Person an. (ODT, 84-87)

In späteren Artikeln stellt Boorse das Konzept der Mentalen Krankheiten um. Er ändert den Begriff dahingehend, dass die Definition der Mentalen Krankheit impliziert, dass der Geist unfähig zu normaler Funktion sei. Hier wird wieder deutlich, dass Boorse seine Theorie von der statistischen Verteilung auch auf Mentale Krankheiten bezieht. Der Unterschied zwischen Physischer und Mentaler Krankheit liege somit darin, dass bei ersterer der Körper und bei der zweiten der Geist betroffen sei. Die Biostatistische Theorie sei somit, so Boorse, auf Körper und Geist gleichermaßen anwendbar.

Außerdem sei Gesundheit in der Physiologie eher ein interner Zustand des Organismus als ein Zustand des Verhaltens. (TMH, 72)

c) Auf das Thema der Psychosen geht auch Fulford ein. Er sagt, man dürfe kein Krankheitsbild als Mentale Krankheit klassifizieren, wenn man eine Schizophrenie nicht als Mentale Krankheit ansähe. Boorses frühe Theorie zu Mentalen Krankheiten sieht Fulford also als falsch an. Er sieht in Boorses Ausführungen den Fehler, dass Boorse das Ziel habe, begriffliche Probleme, die mit mentalen Störungen verbunden sind, zu lösen. Fulford sieht dies als zentralen und nicht als peripheren Fehler in Boorses Theorie an. (Fulford, K.W.M., 2001, 84) Fulford geht jedoch nicht weiter darauf ein, wieso eine Schizophrenie den Begriff der Mentalen Krankheit derartig prägt.

d) Die spätere, umgeänderte Definition der Mentalen Krankheiten von Boorse erscheint mir logischer als seine frühen Überlegungen. Auch ich bin der Ansicht, dass Mentale und physische Krankheiten als gleichwertig zu betrachten sind. Ich denke auch, dass Mentale Krankheiten in einer bestimmten Form den Geist des Organismus betreffen und diesen krankhaft verändern. Trotzdem liegen diesen geistigen Veränderungen sicherlich Störungen der anatomischen Verhältnisse im Organismus zugrunde. Allerdings denke ich, dass die Form der Ausprägung, nämlich die Störung von mentalen und geistigen Funktionen, wie z.B. der Gefühle, des Glaubens, der Erfahrung oder des Ich-Erlebens, wegweisend für die Klassifikation als Mentale Krankheit ist. Ich kann Boorse somit zu seiner späteren Erkenntnis zustimmen, dass sich Mentale Krankheiten nicht nur auf Neurosen und Psychosen beschränken, sondern dass es vielfältige Ausprägungen, wie beispielsweise Depressionen oder bipolare Störungen, gibt.

4. Clousers, Culvers und Gerts Ansatz

4.1. Clousers, Culvers und Gerts Leidenstheorie

4.1.1. Einleitung

Bernard Gert entwickelt zunächst, ohne Clouser und Culver, eine Moralphilosophie bzw. Moralethik, mit der Hauptaussage, dass die Moral als eine Handlungsregelung für eine Gesellschaft, eine soziale Gruppe oder auch nur ein einzelnes Individuum für das Agieren in der jeweiligen Gruppierung dient. Im Rahmen dieser Moralphilosophie bzw. Moralethik entwickelt Gert auch eine Theorie darüber, was Krankheit ist und welche definitorischen Kriterien eine Krankheit erfüllen muss. Die Krankheitstheorie stellt er zusammen mit K. Danner Clouser und Charles Culver auf. Gerts Moralphilosophie soll hier nicht Hauptbestandteil der Arbeit sein, dennoch spielen seine moralischen Vorstellungen an einigen Stellen eine untergeordnete Rolle und werden daher erwähnt. Im Folgenden wird die Krankheitstheorie von Clouser, Culver und Gert sowohl dargestellt als auch diskutiert und an einigen Stellen mit der Moraltheorie von Gert verglichen. In dieser Theorie spielt der Begriff des Übels („evil“) bzw. Grundübels eine zentrale Rolle. Nach Gert gibt es 5 Grundübel:

- Tod
- Schmerz
- Verlust von Fähigkeiten (= Behinderung)
- Verlust von Freiheit (= Verlust von Chancen/Gelegenheiten)
- Verlust von Lust und Genuss (= Verlust von Vergnügen)

In der Ethik wird der Begriff des Übels dazu benutzt, etwas zu definieren, das alle rational denkenden Menschen vermeiden oder zu vermeiden versuchen, es sei denn, sie haben einen adäquaten Grund, es nicht zu vermeiden.

Daraus lassen sich nach Gert auch moralische Regeln ableiten. Diese Moral, die Gert diskutiert, sei eine Art allgemein anerkanntes System, welches allen Personen geläufig sei und dem alle rational denkenden Personen zustimmen und dies unterstützen. Dieses moralische System gebe den Menschen eine Leitlinie, wie eine Handlung in einer bestimmten Situation moralisch korrekt ablaufen würde. Zudem sieht Gert Rationalität als das fundamentale Konzept der Moral an. (HGP, 31)

Weiterhin hat Gert die Absicht, mit seiner moralischen Definition verschiedene allgemein anerkannte Richtlinien formulieren zu können, um moralische Dilemmata auszuschließen und eine allgemeine Darstellung von moralischen Fragen allgemeingültig darzustellen. (NHD, 98)

Der Begriff des Übels kann nach Gert auch dazu benutzt werden, einen allgemeinen Krankheitsbegriff zu definieren. Dieser allgemeine Krankheitsbegriff sei anderen Begriffen wie Verletzung, Schmerz, Behinderung usw. übergeordnet. Clouser, Culver und Gert setzen dafür den Terminus *Leiden („Malady“)* ein. Ein Leiden sei zusammengefasst als eine Kondition anzusehen, in der „etwas mit einer Person nicht stimmt“. (NTD, 30)

Im Gegensatz zu Christopher Boorse lehnen Clouser, Culver und Gert ihre Theorie des Leidens an den Normativismus an. Das bedeutet, dass im Leidenskonzept subjektive Wertungen vorgenommen werden dürfen und auch sollen. (CGM, 152)

K. Danner Clouser und Charles M. Culver geben in ihren Artikeln zusammen mit Bernard Gert eine Definition von Krankheit und den dazugehörigen Konzepten. Durch philosophisches Hinterfragen, Vererbungsregeln und praktischen Bezug der Krankheitskonzepte legen die Autoren einen Begriff des Leidens fest, der auf alle erdenklichen Krankheitszustände anwendbar ist und auch definitorische Grenzfälle diskutiert. (NTD, 29)

4.1.2 Geschichte der Krankheit

Clouser, Culver und Gert führen auch andere Quellen an, die eine Definition von Krankheit enthalten und eine historische Abfolge des Verständnisses von Krankheit darstellen. Hier wird deutlich, wie sich der Begriff der Krankheit über die Jahre weiterentwickelt und verändert hat, bis sich letztlich eine Definition herauskristallisierte, die eine Grundlage für das Leidenskonzept bilden konnte. Ein von ihnen zitiertes Pathologiebuch (Peery und Miller, 1971) gibt folgende Definitionen:

„Eine Krankheit (disease) ist eine Unordnung der Struktur oder Funktion des Körpers oder der Körperteile, ein Ungleichgewicht zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, ein Fehlen perfekter Gesundheit.“⁶⁷ (NTD, 31)

Hierbei werden drei verschiedene Definitionen von Krankheit gegeben, die sich sowohl auf das Individuum als auch auf dessen Einbindung in seine Umgebung beziehen. Jedoch sehen Clouser, Culver und Gert das Problem der ersten Definition des Pathologiebuches darin, dass sie zu allgemein gefasst sei. Es werde nicht klar, wie die genannte Unordnung auszusehen habe um als Krankheit definiert werden zu können. Die zweite Definition des Pathologiebuches sei zu ungenau. Hier fehle eine Definition, wie das Individuum an seine Umwelt angepasst sein sollte oder wie es sich an seine Umwelt anpassen müsste. Die dritte Definition ist laut Clouser, Culver und Gert zirkulär. (NTD, 31) Mir scheint, dass ein Fehlen von perfekter Gesundheit hier als Krankheit zu verstehen ist, obwohl der Begriff der perfekten Gesundheit in der Form nicht auf einen Organismus anwendbar ist, denn ein Organismus trägt immer ein gewisses Maß an Pathologie in sich. Auf die These, dass die dritte Aussage zirkulär sei, gehen die Autoren auch nicht genauer ein.

⁶⁷ Peery TM/Miller FN (1971) Pathology. 2nd ed., Boston zit. nach NTD, 31

Nach meiner Ansicht ist die Definition des Pathologiebuches zu vage formuliert. Es stellt sich die Frage, was genau unter einer Unordnung der Strukturen zu verstehen ist, und weiterhin ist nicht genau definiert, was unter „perfekter Gesundheit“ zu verstehen ist. Der Begriff „perfekte Gesundheit“ stellt nach meiner Meinung ein kaum zu erreichendes Optimum dar, da dies bedeuten würde, dass der Körper des Individuums keinerlei Fehler aufweist. Hier ist zu fragen, inwieweit es Normvarianten der verschiedenen Funktionen eines Organismus und somit auch der perfekten Gesundheit gibt. Es fehlt die Unterscheidung zwischen klinisch und pathologisch definierter perfekter Gesundheit. Der Begriff der praktischen, subjektiven Gesundheit würde hier besser passen, da das Individuum dabei keine abnormen Körpervorgänge bemerkt, diese aber trotzdem in einem gewissen Maße präsent sein können. Unterstützen möchte ich jedoch die These, dass eine theoretische, objektive Krankheit als ein Ungleichgewicht zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu verstehen ist, denn dies bedeutet zum einen, dass entweder das Individuum selbst eine Störung aufweist und die Umwelt normal bleibt, oder zum anderen, dass ein normal gesundes Individuum auch durch eine gestörte Umwelt erkranken kann.

Eine weitere Definition von theoretischer, objektiver Krankheit zitieren die Autoren aus einem Buch der Inneren Medizin (Talso und Remenchik, 1968):

„Krankheit (disease) kann durch eine Entziehung oder ein Fehlen von Wohlergehen, ein Unwohlsein oder eine Störung oder eine morbide Kondition des Körpers oder einiger Organe oder Organabschnitte definiert werden.“⁶⁸ (NTD, 31)

Auch hier ist nach Ansicht von Clouser, Culver und Gert die erste Definition zu vage formuliert. Gerade die Begriffe des Wohlergehens und des Unwohlseins seien hier deplatziert, da sie subjektiv vom betroffenen Individuum festgestellt und auch eingeschätzt werden. Allerdings könnte es hier auch der Fall sein, dass der Begriff „disease“ in diesem Zusammenhang als ein sowohl auf theoretische, objektive

⁶⁸ Talso PJ/Remenchik AP (1968) Internal Medicine. St. Louis zit. nach NTD, 31

Krankheit als auch auf praktische, subjektive Krankheit bezogener Begriff benutzt wird. Die zweite Aussage des Buches (Unwohlsein oder Störung des Körpers) der Inneren Medizin sehen die Autoren als zirkulär an, da Clouser, Culver und Gert den Begriff der „morbiden Kondition“ als gleichbedeutend mit dem Begriff der Krankheit auffassen. (NTD, 31)

Hier stimme ich der Kritik der Autoren zu, denn der Zustand des Fehlens von Wohlergehen ist tatsächlich nicht genügend erklärt und somit zu vage formuliert um dies als gültige Definition akzeptieren zu können. Jedes Individuum definiert sein eigenes Wohlergehen ein wenig anders, sodass ein bestimmter Zustand bei dem einen Individuum Wohlergehen, bei einem anderen Individuum jedoch Unwohlsein auslöst. Jedoch ist nach meiner Meinung die Definition der „Störung“ bzw. der tödlichen Kondition der Organe präziser und auch legitim. Wenn ein Organ erkrankt, so kann es seine normale Funktion nicht mehr ausreichend ausüben und man kann von einer Krankheit dieses Organs und somit auch von einer Krankheit des Organismus sprechen.

Eine frühe Definition von Krankheit gibt William White in seinem 1926 erschienenen Buch *The Meaning of Disease*.

„Krankheit (disease) kann nur der Zustand des Organismus sein, wenn dieser, zumindest vorläufig, einen verlorenen Kampf entweder gegen Temperatur, Wasser, Mikroorganismen, Enttäuschung oder sonstiges führt. In jedem Fall kann sie (die Krankheit) als Reaktion des Organismus auf eine Art Energie, Einwirkung, Vermehrung oder Verminderung vergegenwärtigt werden.“⁶⁹ (NTD, 31)

Diese Definition ist, nach meiner Ansicht, zu wenig auf körperliche Vorgänge bezogen und zielt zu sehr auf die Einflussfaktoren einer theoretischen, objektiven Krankheit ab. Zudem werden hier körpereigene, pathologische Zustände außer Acht gelassen. Eine solche Definition von Krankheit ist nicht vollständig. Sie scheint mir zudem zu sehr auf

⁶⁹ White WA (1926) *The Meaning of Disease*. Baltimore zit. nach NTD, 31

den Symbolcharakter der Krankheit abzuzielen, denn hier wird eine Krankheit als ein verllorener Kampf definiert. Diese Theorie scheint Wert auf eine bildliche Darstellung des Kampfes des Organismus gegen die Krankheit zu legen. Zudem geht diese Theorie ausschließlich davon aus, dass eine Krankheit den Organismus von außen befällt. Jedoch kann eine Krankheit genauso im Organismus selbst entstehen. Die Autoren gehen außerdem davon aus, dass die Anwesenheit eines separaten, aufrechterhaltenden Grundes, wie der oben genannte, nicht als Kriterium für die Anwesenheit eines Leidens spricht. (ASA, 135) Auf den Begriff des separaten, aufrechterhaltenden Grundes komme ich zu einem späteren Zeitpunkt zurück.

Eine weitere Begriffsdefinition von Krankheit gibt George Engels *Psychological Development in Health and Disease*.

„Wenn Anpassung oder Abstimmung fehlschlagen und der vorher existierende dynamische Zustand gestört ist, dann kann ein Krankheitszustand (disease) existent genannt werden, bis eine neue Balance hergestellt ist, die eine erneute effektive Interaktion mit der Umwelt gestattet.“⁷⁰ (NTD, 31)

Als problematisch sehen Clouser, Culver und Gert hier die definatorische Ungenauigkeit der Begriffe „Anpassung“ und „Balance“ sowie die Ausklammerung aller kongenitalen und hereditären Krankheiten an. (NTD,31)

Nach meiner Ansicht ist diese Formulierung nur teilweise zu vage, da der Begriff der Anpassung an eine Umwelt einen Vorgang beschreibt, der nur näher definierbar wäre, würde man auch die Umwelt genau klassifizieren. Zudem ist eine fehlende Anpassung nicht zwangsläufig auch als eine Krankheit zu verstehen. Positiv hervorzuheben ist auch hier, dass überhaupt von einer Interaktion mit der Umwelt gesprochen wird, sodass sowohl das Individuum auf die Umwelt als auch die Umwelt auf das Individuum Einfluss in Bezug auf eine Krankheit haben können.

⁷⁰ Engel GL (1962) *Psychological Development in Health and Disease*. Philadelphia zit nach NTD, 31

J.G. Scadding entwirft eine eher formale Definition:

„Eine Krankheit (disease) ist die Summe der abnormen Phänomene, die von einer Gruppe lebender Organismen gezeigt werden und in Verbindung stehen mit einem spezifischen Merkmal oder einer Gruppe, durch das sie sich von der Norm der Spezies unterscheiden.“⁷¹ (NTD, 31-32)

Diese Definition sehen Clouser, Culver und Gert als eine bedeutende Weiterentwicklung des Krankheitsbegriffes an, weil hierbei die Norm der Spezies berücksichtigt wird. Zum ersten Mal würden bestimmte Merkmale in Relation zu anderen Individuen betrachtet, was eine Einordnung dieser Merkmale in den Speziesdurchschnitt desselben Merkmals erlaube und somit eine Abweichung von der Norm der Spezies erkannt werden könne. Zudem werde der biologische Nachteil in Bezug auf die Spezies als Fortschritt der Krankheitsdefinition betrachtet. (NTD, 32) Dem stimme ich zu, da ich den Vergleich zu anderen Individuen als eine entscheidende Weiterentwicklung für die begriffliche Definition der theoretischen, objektiven Krankheit betrachte und diesen für die Definition einer Krankheit als bedeutend ansehe.

Robert Spitzer und Jean Endicott definieren eine medizinische Störung als „intrinsisch assoziiert mit Unbehagen, Behinderung und einem gewissen Typ von Nachteil.“⁷² (NTD, 32)

Diese Aussage ist sehr allgemein gefasst und wirft eine Reihe von Fragen auf, vor allem nach dem begrifflichen Inhalt der Formulierung. Auch bleibt der Bezug des Begriffs „Nachteil“ völlig offen. Hier bieten sich verschiedene Optionen an, z.B. in Bezug auf die Spezies oder die „Ausübung“ der eigenen Gesundheit.

Daniel Goodwin und Samuel Guze sehen eine theoretische, objektive Krankheit als:

⁷¹ Scadding JG (1967) Diagnosis: The Clinician and the Computer. Lancet 2 zit. nach NTD, 31-32

⁷² Spitzer RL/Endicott J (1978) Medical and Mental Disorder: Proposed Definition and Criteria. In: Spitzer R/Klein DF (Hrsg) Critical Issues in Psychiatric Diagnosis. New York S 15-39 zit. nach NTD, 32

„jede Kondition, die mit Unwohlsein, Schmerz, Behinderung, Tod oder einem erhöhten Hang zu diesen Zuständen assoziiert ist und von Ärzten und der Öffentlichkeit als Angelegenheit der medizinischen Profession betrachtet wird.“
⁷³ (NTD, 32)

Diese Definition kommt der von Clouser, Culver und Gert in Teilen sehr nahe. Auch hier wird von Schmerz, Behinderung und Tod oder einer erhöhten Wahrscheinlichkeit dieser Zustände in Bezug auf eine theoretische, objektive Krankheit gesprochen. Die Grundgedanken von Clouser, Culver und Gert sind demnach in dieser Theorie erfasst.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird J. Willis Hurst aus *Medicine for the Practicing Physician* zitiert:

„Eine Krankheit (disease) ist definiert als ein abnormer Prozess. Abnormität ist eine Abweichung vom normalen Bereich.“⁷⁴ (MAL, 182)

Diese Definition ist von den aufgeführten wohl diejenige, welche der von Clouser, Culver und Gert am nächsten steht. Abnormität spielt auch im Konzept der hier diskutierten Autoren eine zumindest untergeordnete Rolle. Gerade der erste Abschnitt ähnelt dem Konzept der Autoren und erhält somit deren Zustimmung.

In den genannten Theorien wird stets der Begriff der „disease“ als Übersetzung für „Krankheit“ benutzt. Es soll nicht Teil dieser Arbeit sein genau zu bestimmen, ob damit eine theoretische, objektive Krankheit oder eine Kombination aus theoretischer, objektiver Krankheit und praktischer, subjektiver Krankheit bezeichnet wird, deshalb ist in der deutschen Übersetzung stets nur von Krankheit die Rede.

⁷³ Goodwin DW/Guze SB (1979) *Psychiatric Diagnosis*. second ed., New York/Oxford zit. nach NTD, 32

⁷⁴ Hurst JW (1992) *Practicing Medicine*. In: *Medicine for the Practicing Physician*, 3rd edition, Boston, London, Oxford zit nach MAL, 182

4.1.3 Krankheit

Bevor ich zum Kernstück der Theorie von Clouser, Culver und Gert komme, möchte ich zunächst den Begriff der Krankheit erklären. Dies ist zwar nicht das Hauptthema, trotzdem gehen die Autoren bei einigen ihrer Ausführungen auch auf den gebräuchlichen Krankheitsbegriff ein und teilen diesen in verschiedene Untergruppen ein. Das folgende Zitat soll die Verknüpfung zwischen verschiedenen Krankheitsbildern und deren Bezug zur Leidenstheorie der Autoren verdeutlichen:

„Wir glauben, dass alle praktischen, subjektiven Krankheiten, Verletzungen, theoretischen, objektiven Krankheiten, Kopfschmerzen, Hernien und auch asymptomatischen Allergien etwas gemeinsam haben und schlagen den Begriff des Leidens („malady“) als generellen Begriff, der all dies enthält, vor. (NTD, 31)

Clouser, Culver und Gert unterscheiden drei Begriffe in Bezug auf die Differenzierung verschiedener Krankheitsformen.

4.1.3.1. Praktische, subjektive Krankheit

Zum einen nennen sie die praktische, subjektive Krankheit („illness“). Darunter verstehen sie das Auftreten von Symptomen mit bekannter oder zumindest entdeckter Ätiologie. Das Auftreten und die Ausprägung von Symptomen sind hierbei die entscheidenden Faktoren. Wie auch bei den frühen Überlegungen von Christopher Boorse steht hier die individuelle Ausprägung des Leidens im Vordergrund, welche das erkrankte Individuum subjektiv bewertet. Der Begriff der praktischen, subjektiven Krankheit ist der, welcher in der Theorie von Clouser, Culver und Gert Gebrauch findet. (NTD, 30)

Clouser, Culver und Gert stellen, im Gegensatz zu Boorse, die praktische, subjektive Krankheit als wichtigste Untergruppierung von Krankheit dar. Hier wird deutlich, dass in ihrer Theorie individuelle Bewertungen eine wichtige Rolle für die Definition einer Krankheit spielen. Das normativistische Grundkonzept der Theorie wird hier sichtbar.

4.1.3.2. Theoretische, objektive Krankheit

Der Begriff der praktischen, subjektiven Krankheit ist bei den Autoren eng verwandt mit dem der theoretischen, objektiven Krankheit („disease“). Eine theoretische, objektive Krankheit könne schon vor dem Auftreten von Symptomen bestehen und ziele somit primär auf den zugrunde liegenden (pathologischen) Entstehungsmechanismus und erst sekundär auf die entstehenden Symptome ab. Eine theoretische, objektive Krankheit trete somit zuerst auf, und sobald spürbare Symptome entstehen, liege eine praktische, subjektive Krankheit des Individuums vor. Ein Beispiel hierzu wäre ein Tumor, der keine Beschwerden, also somit keine klinischen Auffälligkeiten, zeigt. Dieser ist definitionsgemäß eine theoretische, objektive Krankheit. Wird dieser Tumor nun so groß, dass er Beschwerden verursacht, weil er z.B. auf benachbarte Strukturen einwirkt, so sprechen Clouser und Gert von einer praktischen, subjektiven Krankheit. Das Individuum habe in diesem Zustand eine theoretische, objektive Krankheit sowie auch eine praktische, subjektive Krankheit. (NTD, 30)

In ihrem bisher letzten Artikel ⁷⁵ fügen die Autoren hinzu, dass eine theoretische, objektive Krankheit stets ein physischer Prozess mit unterschiedlichen Entwicklungsstufen sei. Also würden die ersten Entwicklungsstufen im Sinne einer theoretischen, objektiven Krankheit vom Individuum nicht wahrgenommen, ab einer bestimmten Stufe jedoch entstehe eine praktische, subjektive Krankheit und das Individuum bemerke diese Krankheit. Dies erkläre die Tatsache, dass eine theoretische, objektive Krankheit oftmals unentdeckt ist. (ASA, 130)

⁷⁵ ASA

4.1.33. Verknüpfung von praktischer, subjektiver Krankheit und theoretischer, objektiver Krankheit

In einem späteren Artikel ⁷⁶ machen Clouser, Culver und Gert deutlich, dass die Begriffe praktische, subjektive Krankheit und theoretische, objektive Krankheit, zumindest im englischen Sprachgebrauch, welchen die Autoren benutzen, in manchen Fällen auf dasselbe Krankheitsbild zutreffen können. Sie greifen das Beispiel eines Tiefseetauchers heraus, welcher zu schnell auftaucht und eine Dekompressionskrankheit erleidet. Im Englischen gibt es hierfür zwei Ausdrücke, zum einen „caisson disease“, was mit der theoretischen, objektiven Krankheit korreliert, und zum anderen „decompression illness“. Im zweiten Krankheitsbegriff findet sich die praktische, subjektive Krankheit. Hier werden für dasselbe Krankheitsbild beide Unterteilungen von Krankheit begrifflich benutzt, was nach meiner Meinung zu Verwirrungen führen kann. (MAL, 177)

In einer Fußnote erwähnen die Autoren, dass eine Unterscheidung zwischen diesen beiden Krankheitsformen zwar möglich sei, für ihre Theorie jedoch keine bedeutende Rolle spiele. (NTD, 30)

4.1.34. Verletzung

Als dritten Begriff definieren die Autoren die Verletzung („injury“). Eine Verletzung sei weder eine praktische, subjektive Krankheit noch eine theoretische, objektive Krankheit im eigentlichen Sinn, sondern ein von außen zugefügter pathologischer Zustand. Als bestes Beispiel seien hier Stich- oder Schnittverletzungen zu nennen. Diese Arten der Verletzungen könnten, im Gegensatz zu pathologischen Zuständen, die innerhalb des Organismus bestehen, nur von außen auf den Organismus einwirken. Sie unterliegen folgerichtig nicht dem körperlichen Status quo des Individuums. Allerdings sei es bei manchen Zuständen schwierig eine Unterscheidung zwischen einer theoretischen,

⁷⁶ MAL

objektiven Krankheit und einer Verletzung zu machen, da sich die beiden Begriffe teilweise überschneiden. (NTD, 30)

4.1.3.5. Unabhängige Krankheitsbilder

Neben diesen drei Hauptunterscheidungen bezüglich des Begriffs der Krankheit gebe es zudem Krankheitsbilder, die keinem dieser Krankheitsbegriffe zuzuordnen sind, wie z.B. Kopfschmerzen, Hernien oder asymptomatische Allergien. Diese Krankheitsbilder werden zusätzlich zu den drei genannten Krankheitsbegriffen in die Definition des Leidens aufgenommen. (NTD, 30)

Im chronologisch nächsten Artikel ⁷⁷ von Clouser, Culver und Gert bestätigen diese die Existenz von Krankheitsbildern, die sich nicht den drei Hauptkategorien von Krankheit zuordnen lassen. Daher ergänzen sie diese Hauptkategorien um das Krankheitsbild der idiopathischen, mentalen Retardierung. Dies wird in ihren späteren Artikeln wiederum bestätigt. (PIM, 66)

4.1.4 Variablen der Leidenstheorie

4.1.4.1. Übel

Übel hat in diesem Zusammenhang keinerlei moralische Bedeutung, was man bei Bernard Gerts moralischen Ausführungen eventuell vermuten könnte, sondern ist überbegrifflich bzw. zusammenfassend zu verstehen. Als Übel werden Tod, Schmerz und Behinderung angesehen. Diese können deshalb zusammengefasst als Übel betrachtet werden, weil es Konditionen sind, die für das Individuum unerwünscht sind, es sei denn, jemand habe einen adäquaten Grund sich Übel zu wünschen. Niemand wünsche sich jedoch im normalen Zustand Tod, Schmerz oder Behinderung und sollte

⁷⁷ PIM

dieser Wunsch trotzdem auftreten, so gehen die Autoren davon aus, dass vorher schon ein abnormer Zustand, wie z.B. eine ernste Depression, eingesetzt habe und der Wunsch aus diesem abnormen Zustand resultiert. Genau diese Unerwünschtheit unterscheidet Übel von anderen Zuständen oder Dingen und grenzt Übel begrifflich ab. (NTD, 32)

Eine weitere Situation, die den Wunsch nach einem der Übel, hauptsächlich dem Tod, beinhaltet, sei jene, dass ein Individuum schon ein anderes Übel erleidet und sich aufgrund der Qualen dieses ersten Übels den Tod wünscht. Hat ein Individuum z.B. starke Schmerzen, die nicht unter Kontrolle zu bringen sind, so könne es dazu kommen, dass sich das Individuum eher den Tod wünscht als die Schmerzen weiterhin zu erleiden. In diesem Fall und auch bei dem generellen Wunsch nach einem oder mehreren Übeln gehen Clouser, Culver und Gert davon aus, dass das Individuum, welches sich das Übel für sich selbst wünscht, nicht rational darüber denkt. Alle rational denkenden und handelnden Individuen hegen einen solchen Wunsch nicht. (PIM, 70)

Kurz gefasst drücken Clouser, Culver und Gert dies so aus:

„Jede Person vermeidet Tod, Schmerz und Behinderung, außer sie hat einen Grund es nicht zu vermeiden.“ (NTD, 32-33)

Zu den drei bisher genannten Übeln fügen die Autoren noch den Verlust von Freiheit oder Chancen und den Verlust von Vergnügen hinzu.

Zusammenfassend sind, nach Clouser, Culver und Gert, somit *Tod, Schmerz, Behinderung, Verlust von Freiheit und Chancen sowie Verlust von Vergnügen* die Hauptübel.

Die Übel sind zudem als normative Begriffe zu verstehen, d.h. sie haben eine wertende Komponente. Das Individuum, welches ein oder mehrere Übel erleidet, stellt eine persönliche Wertung über den eigenen Zustand auf, was nach Clouser, Culver und Gert einen wichtigen Bestandteil des Verständnisses der Übel ausmacht. (NTD, 33)

Ein Leiden könne aus einer Kombination der Übel aufgebaut sein, jedoch auch nur auf einem der fünf genannten Übel basieren. Beispielsweise sei der Verlust des Vergnügens als ein Leiden zu klassifizieren, obwohl das Individuum weder Schmerzen noch Behinderung verspürt. An einem Beispiel verdeutlichen die Autoren, dass ein Individuum auch eines der Übel erleiden kann und trotzdem kein Leiden hat. Ein Mann, der eine Gefängnisstrafe verbüßt, muss auf seine Freiheit verzichten. Trotzdem hat er kein Leiden, da ein Leiden nur auftreten kann, wenn es mindestens einen körpereigenen Grund gibt, welcher dieses Leiden hervorruft. Der inhaftierte Mann hat allerdings keinen körpereigenen Grund aufzuweisen, sondern ihm ist der Verlust der Freiheit ausschließlich von außen auferlegt worden. Ein Leiden kann somit nur präsent sein, wenn es nicht nur durch einen separaten, aufrechterhaltenden Grund ausgelöst wird. Im Kapitel über den separaten, aufrechterhaltenden Grund wird dies ausführlich erklärt. (NTD, 38)

Jedoch seien einige Leiden zu Beginn asymptomatisch, d.h. es ist noch kein Übel spürbar. Trotzdem sprechen Clouser, Culver und Gert in diesem Fall von einem Leiden, da es zwangsläufig zum Erleiden von Übel führe. Weiter stellen die Autoren fest, dass Leiden, sei es noch asymptomatisch oder sei es schon als Übel spürbar, stets eine Kondition der Person selbst sei. (MAL, 185)

Jede Gesellschaft sieht zudem Tod, Schmerz und Behinderung als Übel an und in jeder Gesellschaft wird versucht dieses Übel zu vermeiden. Jedoch gibt es zwischen verschiedenen Gesellschaften verschiedene Varianten der Definition von Leiden. Nicht jedes Krankheitsbild ist in jeder Gesellschaft per se ein Leiden, z.B. kann eine Krankheit in einer bestimmten Gesellschaft endemisch sein und somit leiden viele Menschen daran und es kann somit nicht mehr als Leiden und damit lediglich als Abweichung vom Normalzustand gedeutet werden. (NTD, 33)

Zum besseren Verständnis der Anwendung der Übel auf verschiedene Zustände führen die Autoren Beispiele an, insbesondere um die Anwendung der Übel „Verlust von Freiheit und Chancen“ und „Verlust des Vergnügens“ zu verdeutlichen. Eine Allergie sei ein Leiden, da die Person sich nicht der Allergenexposition aussetzen sollte und

somit bestimmte Orte meiden müsse. Diese Aussage stellen die Autoren als Beispiel für den Verlust von Freiheit dar. Jemand, der sich nicht frei bewegen kann oder bestimmte Orte meiden muss, habe keine vollständige Freiheit und somit ein Leiden. (NTD, 39)

Als weiteres Beispiel für ein Leiden nennen Clouser, Culver und Gert Entstellungen des Körpers. Eine sichtbare Entstellung bereite der Person psychisches Leiden und unterliege somit dem Übel des Verlustes von Chancen, auch des Verlustes der Freiheit und des Vergnügens, je nachdem, welche Auswirkungen die Entstellung mit sich bringe. Allerdings stellen die Autoren klar, dass Entstellungen in verschiedenen Kulturen unterschiedlich aufgefasst würden. Nicht jede Entstellung sei in jeder Kultur ein Leiden, denn in einigen Kulturen werden Entstellungen oder Verstümmelungen als schön oder anziehend empfunden. Ein weiteres Beispiel, welches die Autoren nennen, sind spezielle Implantate. Nach Implantation dieser speziellen (überlebenswichtigen) Implantate bestehe kein Leiden mehr, da das Implantat eine normale Körperfunktion wiederherstellt. Ein Implantat zu haben bedeute demzufolge kein Leiden, jedoch auf der anderen Seite schränke ein Implantat die Freiheit des Individuums dadurch ein, dass es eine externe Quelle ist.⁷⁸ (NTD, 39)

4.1.4.1 Erhöhtes Risiko

Eine weitere Variable, die eine bedeutende Stellung in der Theorie von Clouser, Culver und Gert einnimmt, ist die des erhöhten Risikos, ein Übel (potentiell) zu erleiden. Erhöhtes Risiko bedeutet, dass es dem charakteristischen Risiko von Mitgliedern der Spezies gegenüber erhöht sei und nicht gegenüber früheren Zuständen des betreffenden Individuums. Auch eine frühere Krankheit des Individuums erhöhe das Risiko, ein Übel zu erleiden, nicht. Somit sei der Begriff des erhöhten Risikos für ein Übel nicht intraindividuell, sondern stets in Relation zu den Speziesmitgliedern zu sehen, die sich auf ihrem Entwicklungshöhepunkt befinden. Ein erhöhtes Risiko sei z.B. erhöhter

⁷⁸ Metallplatten, welche chirurgisch zur Deckung von knöchernen Verletzungen benutzt werden, können eine Krankheit tatsächlich eliminieren, so Clouser, Culver und Gert. Ein Herzschrittmacher kann beispielsweise zu einem Leiden beitragen, wenn er fehlerhaft funktioniert.

Blutdruck, da dieser diverse Folgekrankheiten, wie z.B. Arteriosklerose oder eine Koronare Herzkrankheit, mit sich bringen könne. Als weiteres Beispiel geben die Autoren das einer Frau, die ein Gift aufnimmt, welches sich im Fett ihres Körpers anlagert. Das sei der Grund, warum diese Frau in diesem Moment kein Übel erleidet, da sich das Gift in ihrem Körperfett verteile und dort keinen Schaden anrichten könne. Sie müsse also nicht zwangsläufig direkt nach der Aufnahme ein Übel erleiden, jedoch sei ihr Risiko, durch die Aufnahme des Giftes ein Übel zu erleiden, deutlich gegenüber der Norm erhöht. Wäre diese Frau nun sehr gut trainiert und hätte kaum Fettmasse, dann würde das aufgenommene Gift ein noch deutlich höheres Risiko darstellen, da es sich dann nicht in der Fettmasse ablagern und somit einen Schaden am Körper anrichten könne. (NTD, 38)

In einem späteren Artikel der Autoren aus dem Jahr 1997 ⁷⁹ wird dem Begriff des „Erhöhten Risikos“ der Zusatz „signifikant“ beigefügt. Dies hebt hervor, dass ein trivial erhöhtes Risiko nicht ausreicht, um eine Kondition ein Leiden zu nennen. Zudem lassen sich dadurch, so Clouser, Culver und Gert, Unklarheiten in Bezug auf die Bezeichnung einer Kondition als Leiden ausräumen. Es dient somit auch als Signalwort zur Unterscheidung von (krankhaften) Konditionen und einem tatsächlichen Leiden im Sinne der Autoren. Als Beispiel nennen Clouser, Culver und Gert ein Individuum, das sich in einem Fahrstuhl befindet, welcher aufgrund eines defekten Kabels in die Tiefe stürzt. In diesem Moment hat das Individuum ein deutlich erhöhtes Risiko ein Leiden zu bekommen, jedoch ist das Leiden noch nicht eingetreten. (MAL, 185-186)

„Der Schlüssel zum Verständnis der Bedeutung von „erhöhtem Risiko“ wird im Vergleich dazu, was für die Spezies in ihrer Blütezeit des Lebens normal ist, gesehen“ (ASA, 146)

Auch in dieser Aussage eines späteren Artikels ⁸⁰ gehen Clouser, Culver und Gert davon aus, dass das Kriterium des signifikant erhöhten Risikos nicht dahingehend

⁷⁹ MAL

⁸⁰ MAL

auszulegen sei, dass man hierbei zwei verschiedene Zustände eines Individuums, sondern zwei Zustände signifikant erhöhten Risikos bei verschiedenen Individuen betrachtet. Auch hier wird deutlich, dass ein Zustand eines Leidens, sei es durch ein erhöhtes Risiko ein Übel zu erlangen oder dass das Übel bereits eingetreten ist, stets im Vergleich zur Normgruppe der eigenen Spezies zu betrachten sei. (MAL, 197)

Eine andere Variable ist die Frage der Autoren, ob eine Behandlung zur Heilung führt. Existiere ein Heilmittel, so könne ein Zustand eher als Leiden bezeichnet werden. Wenn eine Heilung für einen krankhaften Zustand möglich ist, dann sprechen Clouser, Culver und Gert von einem Leiden. Dies sei sogar der Fall, wenn nur eine leichte Zunahme des Risikos, ein leichtes Übel in der nahen Zukunft zu erleiden, gegeben ist. (ASA, 138)

4.1.4.2 Separater, aufrechterhaltender Grund

Die Autoren nennen hier den Begriff des separaten, aufrechterhaltenden Grundes („distinct sustaining cause“). Dieser sei die Ursache eines vorübergehenden Leidensresultats, und solange der aufrechterhaltende Grund präsent sei, bestehe dieses Resultat. Trotzdem ist dieses Resultat kein Leiden im Sinne von Clousers, Culvers und Gerts Definition, denn diese definieren Leiden als Erleiden der Übel oder aber erhöhtes Risiko die Übel zu erleiden, und zwar eben in Abwesenheit des separaten, aufrechterhaltenden Grundes. Genauer gesagt besteht nach ihrer Meinung nur dann ein Leiden, wenn kein separater, aufrechterhaltender Grund für diesen Zustand vorliegt. Leiden gehe also nie mit einem separaten, aufrechterhaltenden Grund einher, sondern sei stets gesondert davon zu betrachten. Sollte ein Leiden dennoch augenscheinlich aufgrund eines separaten, aufrechterhaltenden Grundes vorhanden sein, so gehen die Autoren davon aus, dass ein Leiden schon vor Auftreten dieses Grundes existiert haben muss. Außerdem sei der Grund für das Auftreten eines Leidens nicht immer deckungsgleich mit dem Effekt, welchen er erzielt. Ein Grund, sei er separat oder körpereigen, trete auf und es folge daraufhin ein Effekt im Organismus. Wenn dieser Grund nun verschwinde, bedeute es nicht auch, dass der Effekt zeitgleich verschwindet,

sondern es sei zumeist so, dass der Effekt noch weiter bestehe. Es bestehe also stets eine Zeitdifferenz zwischen dem Grund und seinem Effekt. (NTD, 34)

Die Umwelt und andere Umstände, in denen sich ein Individuum befindet, seien Beispiele für separate, aufrechterhaltende Gründe. Sie seien nicht direkt mit dem Individuum assoziiert, sondern bildeten lediglich eine Umgebung. Nehme ein Individuum nun jedoch einen Teil seiner Umgebung auf, wie z.B. ein Gift, welches in den Körper penetriert, so werde der separate, aufrechterhaltende Grund zu einem körpereigenen Grund und könne, wie im Fall des Giftes, ein Leiden hervorrufen. (NTD, 36)

Hierzu stellen Clouser, Culver und Gert die Frage, inwieweit eine Unterscheidung zwischen körperfremdem und körpereigenem Grund gemacht werden muss. Als Beispiel nennen sie Bakterien und Viren, die in den Körper eindringen und bei Entfernung ihre Wirkung auf den Körper verlieren und somit eine sofortige Heilung eintritt. Dies sei jedoch nur möglich, wenn die Bakterien und Viren bei Eintritt in den Körper als körpereigen angesehen werden, denn ansonsten sei die Theorie vom separaten, aufrechterhalten Grund nicht auf Leiden durch Bakterien und Viren anwendbar. Wenn ein ehemals körperfremder Grund nun körpereigen werde, stellen sich die Fragen, ob der Grund biologisch integriert sei und ob der Grund ohne spezielle Fähigkeiten und ohne spezielles Werkzeug leicht und schnell entfernt werden könne.“ (NTD, 35)

Als weiteres Beispiel hierzu wird die Benutzung von medizinischen Instrumenten genannt. Clouser, Culver und Gert stellen klar, dass medizinische Instrumente zwar Schäden am Körper hinterlassen und somit Schmerz verursachen, jedoch zählten diese nicht als separater, aufrechterhaltender Grund, weil sie Bestandteil einer medizinischen Behandlung/Intervention seien. Durch Benutzung entstehe kein erhöhtes Risiko Übel zu erleiden, eher träfe das Gegenteil zu. Medizinische Interventionen werden vorgenommen, um entstandenes Übel zu beheben. Als Beispiel nennen die Autoren chemische Tracer und nukleare Marker, die in den Körper integriert werden. (MAL, 204)

Das DSM-III⁸¹ äußert eine ähnliche Auffassung von einem Zustand, der von außen auf den Körper einwirkt, dort wird es jedoch nicht als separater, aufrechterhaltender Grund bezeichnet:

„Die Definition des DSM-III bemüht sich die gleiche Idee zu erfassen, indem es aussagt, dass man annimmt, dass die Person verhaltensmäßige, psychologische oder biologische Dysfunktionen aufweist und dass diese Störung nicht auf den Konflikt zwischen dem Individuum und der Gesellschaft beschränkt ist.“ (PIM, 93)

In dieser Definition sehen Clouser, Culver und Gert zwei Probleme. Zum einen sei der Begriff der Dysfunktion nicht genauer definiert. Der Begriff der Dysfunktion sei auf Organe oder rein körperliche Vorgänge bezogen deutlich, jedoch fehle die Präzision des Begriffes in Bezug auf psychische Vorgänge. Zum anderen, und das betrachten die Autoren als weitaus schwerwiegender, sehen sie das Problem, dass stets ein Rückschluss auf eine Dysfunktion erfolge, wenn eine Behinderung oder eine sonstige Störung vorliegt. Hier fehlt Clouser, Culver und Gert die Erklärung, warum eine Dysfunktion vorliegen muss und wie diese zustande kommt. (PIM, 94)

Hautfarbe, Geschlecht oder ethnischer Ursprung werden als separater, aufrechterhaltender Grund angesehen und seien somit kein Leiden. Extreme Deformitäten oder Entstellungen hingegen gingen im Normalfall mit Schmerz und/oder Behinderung einher und seien demzufolge Leiden. Als generelle Regel dazu gelte, dass jede Deformität, Abnormität oder Entstellung, welche höchst ungewöhnlich ist und unter normalen Umständen eine unerwünschte Reaktion hervorruft, stets als Leiden betrachtet werde. (MAL, 198-199)

Als praktisches Beispiel geben Clouser, Culver und Gert den Hungerzustand an. Jemand, der über Tage nichts gegessen hat, erleide Übel, z.B. Bauchschmerzen. Jedoch

⁸¹ DSM-III. 1980 S 93-94, die heute aktuelle Version ist DSM-IV. In ihren neueren Artikeln nutzen Clouser, Culver und Gert die Definitionen der DSM-IV.

läge ein separater, aufrechterhaltender Grund vor, nämlich die Nahrungskarenz, sodass nicht von Leiden gesprochen werden könne. Entwickele sich nun aus der Nahrungskarenz selbst nach Nahrungsaufnahme keine Besserung des Übels, so spräche man von einem Leiden, da man in diesem Fall davon ausgehen könne, dass sich eine pathologische Veränderung durch die Nahrungskarenz ergeben hat. (NTD, 36)

4.1.4.3 Überzeugungen/Wünsche

Um auf den Aspekt der Wünsche oder Überzeugungen des jeweiligen Individuums eingehen zu können, müsse man, so die Autoren, zunächst den Begriff des Individuums klären. Unter Individuum verstehen Clouser, Culver und Gert alles, was sich innerhalb des Körpers befindet. Als Körpergrenze bestimmen sie die Haut. Zustände, die ein Leiden verursachen, seien somit immer auf den individuellen Organismus beschränkt. Auch Überzeugungen und Wünsche seien Bestandteil einer individuellen Kondition und könnten somit Übel oder das signifikant erhöhte Risiko, Übel zu erleiden, hervorrufen. Außerdem könnten Überzeugungen und Wünsche auch selbst Symptome von Leiden sein. Dies sei der Fall, wenn sie irrational werden oder sind, z.B. der Wunsch Suizid zu begehen. Eine Überzeugung sei dann irrational, wenn ihre Falschheit nahezu jeder Person mit ähnlichem Wissen und ähnlicher Intelligenz klar ist. Ein Wunsch sei irrational, wenn dieser entweder nach einem Übel strebe, wenn man wisse, dass es in einem Übel ende oder auch wenn die Person keinen adäquaten Grund für den Wunsch aufweisen könne. Clouser, Culver und Gert nennen als Beispiel für irrationale Überzeugungen einen Mann, welcher der festen Überzeugung ist, dass er fliegen könne. Aufgrund dieser Überzeugung setze er sich großen Gefahren aus, weil er versuchen wird zu fliegen, indem er sich z.B. von einem Haus stürzt. Nach diesem Sturz werde der Mann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ein Leiden haben, da er entweder tot oder behindert sein werde. (MAL, 186-188)

4.1.5 Leiden

4.1.5.1 Physisches Leiden

Clouser, Culver und Gert stellen im Vorfeld klar, dass ihre Definition von Leiden keine neuen Erkenntnisse zu erbringen versucht, sondern dass ihre Definition an Präzision und Systematik gegenüber anderen Krankheitstheorien bedeutend verbessert ist. Wie bereits in der Einführung erwähnt, sehen die Autoren ein Leiden als eine Kondition an, in der „etwas mit einer Person nicht stimmt“. Dies ist der Grundgedanke, auf dem der Begriff des Leidens fußt. (NTD, 32) Dieser wird im Folgenden weiter erklärt und gedanklich ausgebaut.

Clouser, Culver und Gert führen den Begriff des Leidens als generellen Begriff ein. Leiden sei ein Oberbegriff für folgende Krankheitsbegriffe: Verletzung, praktische, subjektive Krankheit, theoretische, objektive Krankheit, Trauma, Wunde, Störung, Läsion, Allergie, Kopfschmerz und Syndrom. Jeder dieser Begriffe habe seine eigene Begrifflichkeit und die Begriffe seien deshalb nicht untereinander austauschbar bzw. ersetzbar. Es sei demzufolge nicht richtig davon zu sprechen, dass lediglich eine Wunde bestehe, wenn sich dahinter ein schwerer Unfall mit einem Trauma verberge. Die richtige Bezeichnung wäre hier „ein Trauma mit einer Wunde“. Leiden sei somit eine Weiterentwicklung des Begriffes der theoretischen, objektiven Krankheit, welchen die Autoren, die sich zuvor mit diesem Thema beschäftigt haben, verwendet haben, weil er die Allgemeinheit der Menschen anspreche und weil er sich zudem auf alle oben genannten Konditionen gleichermaßen beziehe, sich jedoch nicht auf eine der oben genannten Definitionen festlegen lasse. Leiden sei somit auf alle Krankheitsformen anwendbar, wohingegen die oben genannten Begriffe speziell auf das vorliegende Krankheitsbild zugeschnitten seien. (MAL, 178)

Leiden sei allumfassend und helfe somit bei der Suche nach den Gemeinsamkeiten der einzelnen Krankheitsbegriffe.

Zusammenfassend sagen die Autoren aus, dass:

- 1) bestimmte Begriffe wie theoretische, objektive Krankheit, Krankheit, Verletzung Gemeinsamkeiten aufweisen
- 2) der Begriff des Leidens einen allgemeingültigen Begriff darstellt
- 3) das Leidenskonzept auf denselben universellen Werten beruht, auf denen auch die Konzepte der Moral und der Bestrafung basieren

Daraus ergibt sich eine endgültige Definition von Leiden im Sinne von Clouser, Culver und Gert:

„Jemand hat ein Leiden, wenn, und nur wenn, er oder sie eine Kondition hat, die außerhalb von rationalen Überzeugungen oder Wünschen liegt, sowie wenn ein Übel oder das erhöhte Risiko ein Übel (Tod, Schmerz, Behinderung, Verlust von Freiheit oder Chancen oder Verlust von Vergnügen) zu erleiden, in Abwesenheit eines separaten, aufrechterhaltenden Grundes auftritt.“

(NTD, 40)

Hier wird deutlich, dass Clouser, Culver und Gert vier wichtige Komponenten in ihrer Leidenstheorie vereinen. Zum einen ist das Übel zu nennen, welches bei einem Leiden auftritt. Als zweites schließen sie rationale Überzeugungen oder Wünsche von ihrer Theorie konsequent aus. Die dritte Komponente ist das erhöhte Risiko gegenüber der Mehrheit der Menschen bzw. der Spezies ein Übel zu erleiden, und als letzten wichtigen Aspekt sehen Clouser, Culver und Gert die Abwesenheit eines separaten, aufrechterhaltenden Grundes. (CGM, 150-151) Auf diese vier Aspekte werde ich im Folgenden detailliert eingehen.

Die Autoren gehen davon aus, dass ein Leiden von allen Mitgliedern der Spezies als etwas Schlechtes empfunden wird und somit stets unerwünscht ist. Niemand würde sich unter normalen, gesunden Umständen ein Leiden herbeisehnen, vielmehr liege es in der Natur der Spezies sich den Zustand der Gesundheit zu wünschen. Es könne nun jedoch,

in seltenen Fällen dazu kommen, dass sich ein Mitglied der Gesellschaft ein Übel wünsche. Wenn dieses Übel einträte, so bekäme das Individuum ein Leiden, welches das ursprüngliche, erwünschte Ziel des Individuums ist. Der Wunsch nach einem Übel bzw. nach einem Leiden könne nur in einer ungewöhnlichen (geistigen) Situation des Individuums auftreten und entspräche nicht der Norm. Außerdem werde der Begriff des Leidens von einer Spezies für die eigene Spezies festgelegt und dann innerhalb dieser Spezies als gültig vorausgesetzt. Es könne nun aber der Fall eintreten, dass ein Krankheitsbild endemisch auftritt. Dann würde ein Leiden innerhalb der Spezies nicht mehr als Leiden betrachtet. Jedoch sei dieses endemische Leiden dennoch ein Leiden im ursprünglichen Sinn und werde nicht zu einer natürlichen Begebenheit innerhalb der Spezies. Zudem könne ein Individuum einen guten und gültigen Grund für ein Leiden haben, obwohl es ein Leiden ist und auch hier nicht zu einer normalen Kondition wird. (NTD, 33)

Eine Erweiterung der Begrifflichkeit des Leidens nehmen Clouser, Culver und Gert durch die Aussage vor, dass ein Leiden nur dann tatsächlich ein Leiden ist, wenn mindestens ein körpereigener Grund für das Auftreten des Leidens existiert. Ein ausschließlich von außen zugefügter Zustand könne kein Leiden im definatorischen Sinn der Autoren hervorrufen. Hier setzen Clouser, Culver und Gert den Begriff des separaten, aufrechterhaltenden Grundes ein, der in ihrer Theorie behandelt wird. In ihrem ersten Artikel ⁸² schließen die Autoren auch rationale Überzeugungen und Wünsche von der Definition des Leidens aus. (NTD, 34)

Ein weiterer Aspekt des Leidens sei der, dass das Leiden von einer krankhaften körperlichen Kondition abgegrenzt werden müsse. Gert geht davon aus, dass somit eine Schwelle für den Leidensbegriff existiere. Bei trivialen Übeln, Schädigungen oder Beeinträchtigungen spreche man demzufolge nicht von einem Leiden, sondern von einer krankhaften körperlichen Kondition. Ein wichtiges Merkmal zur Festlegung eines Leidens sei die Dauer. Wenn der krankhafte Zustand nur kurzzeitig existiere und sich

⁸² NTD

nicht wiederhole, so spreche man nur in den seltensten Fällen tatsächlich von einem Leiden, sondern meistens von einer krankhaften Kondition des Körpers. (WGK, 262)

Ein Leiden im Sinne von Clouser, Culver und Gert muss allerdings nicht ausschließlich auf Mentales oder, wie in diesem Kapitel, physisches Leiden beschränkt sein. Es kann dem Individuum auch ein Zustand widerfahren, auf den das Individuum mit Betrübnis reagiert oder Qualen erleidet, die nicht auf eigene physische oder mentale Vorgänge beschränkt sind, sondern von der Umwelt auf das Individuum einwirken. Die Genese eines quälenden oder betrübnen Zustandes des Individuums werde auch als Leiden definiert. Somit entstehe durch einen Umweltfaktor ein veränderter Zustand des Individuums, welcher zu seinem Leiden führe. Dieser Zustand werde auch nach Eliminierung dieses Faktors von außen persistieren. (DSM, 43)

Der Begriff des Leidens ist bei den Autoren, wie bisher beschrieben, nicht nur von theoretischer Wichtigkeit, sondern auch von praktischer Bedeutung. Sie gehen davon aus, dass für die betroffene Person die Einstufung ihres Zustandes als ein Leiden und die Klassifizierung, welches Leiden sie hat, zudem Erkenntnis über das weitere Verfahren und das tatsächliche Ausmaß des Leidens bedeutet. Nun hat die Person die Gewissheit, dass ihr medizinische Hilfe bereitgestellt wird, die konkret auf ihr persönliches Leiden zutrifft, und sie diese in Anspruch nehmen kann. (CGM, 148)

4.1.5.1.1 Abnormität

In ihrem Artikel „Malady“ aus dem Jahr 1997⁸³ diskutieren Clouser, Culver und Gert in ihrem Konzept eingehend die Bedeutung der Abnormität. Ein Buch der Medizin⁸⁴ sagt

⁸³ MAL

⁸⁴ Hurst, W. (1992) „Practicing medicine“ in *Medicine for the Practicing Physician*, 3rd ed., Boston, London, Oxford, 14 ref. nach Clouser KD/Culver CM/Gert B (1997) Malady. In: Humber JM/Almeder RF (Hrsg) *What is Disease?*. Totowa, N.J. S 190

zu einer Krankheit, dass diese als ein abnormer Prozess definiert ist. Clouser, Culver und Gert gehen jedoch davon aus, dass Abnormität weder nötig noch hinreichend sei um eine Krankheit oder ein Leiden zu definieren. Wäre Abnormität zentraler Bestandteil des Leidenskonzeptes, so wäre dies moralisch inkorrekt, womit wieder deutlich wird, dass Gerts Moraltheorie an dieser Stelle in gewisser Weise in die Leidenstheorie einfließt. Im Gegensatz hierzu sei der Begriff der Normalität, so die Autoren, wichtig für Definition und Unterscheidung von Krankheit, erhöhtem Risiko und separatem, aufrechterhaltendem Grund. (MAL, 190)

4.1.5.1.2 Intrinsischer versus Instrumenteller Zustand

Ein Leiden hat stets eine negative Komponente, jedoch könne man hier, so die Autoren, zwischen einem intrinsischen und einem instrumentellen Zustand unterscheiden, in denen das Leiden beurteilt werden könne. Beispielsweise habe ein Soldat eine Krankheit, also ein Leiden, und sei nicht fähig seiner Einheit in den Krieg zu folgen. Für den Soldaten selbst, also intrinsisch, sei das Leiden negativ, da er selbst keinen Vorteil davon hat. Aber für die Tatsache, dass er dadurch nicht in den Krieg ziehen müsse, habe er einen Vorteil den anderen Soldaten gegenüber, denn es kann ihm im Manöver keine Verletzung oder ähnliches zugefügt werden. Sein Leiden sei hier also intrinsisch negativ, aber instrumentell positiv zu bewerten. (PIM, 71)

4.1.5.1.3 Irrationalität

Bernard Gert hat ohne Mitwirkung von Clouser und Culver einen Artikel über Irrationalität verfasst. Diese spielt auch in seinem Leidenskonzept eine Rolle. Er geht hier davon aus, dass eine irrationale Überzeugung durch folgende drei Punkte definiert wird:

- 1) Eine Person hat genügend Wissen bzw. Erkenntnis, dass die Überzeugung falsch ist.

- 2) Eine irrationale Überzeugung steht in Konflikt mit guten/richtigen Überzeugungen.
- 3) Dieser Konflikt ist für fast alle Personen mit ähnlichem Wissen ersichtlich.
(DSM, 35)

Gert sieht das Konzept der Irrationalität als eines der fundamentalsten Konzepte der Philosophie an. Das Konzept der Irrationalität wird von verschiedenen Autoren mit einer normativen Komponente versehen, um denjenigen, die eine irrationale Überzeugung haben, klarmachen zu können, dass diese falsch ist und Außenstehende diese dahingehend bewerten können. Irrationales Denken sei zudem, so Gert, kein Teil von mentalen Störungen und es stelle auch keine inhaltliche Beziehung zu mentalen Störungen dar. Eine irrationale Überzeugung münde zumeist in eine irrationale Handlung, denn zuerst sei die Irrationalität in den Gedanken der jeweiligen Person verankert und erst dann komme es zu den dazugehörigen Handlungen. Allerdings müsse die zugehörige Handlung zu einer irrationalen Überzeugung nicht auch irrational sein, denn sie könne sich dahingehend verändern, dass sie von Außenstehenden als rational bewertet wird. Eine irrationale Handlung sei eine Handlung, die man anderen Menschen, um die man sich sorgt, unter keinen Umständen wünschen würde. Zudem geht Gert davon aus, dass alle intentionellen Handlungen, welche nicht als irrational bewertet werden, stets rational sind. Es gebe also nur entweder rationale oder irrationale Handlungen. Auf der anderen Seite könnten mehrere Varianten des rationalen Handelns bestehen, sodass eine rationale Handlung, die verändert wird, nicht sofort irrational werde, sondern eine variierte rationale Handlung darstelle.⁸⁵ (DSM, 35-38)

Gert sieht es als zugleich beschreibend und auch vorschreibend an, eine Handlung als irrational zu bezeichnen. Eine irrationale Handlung könne durch eine Kontrolle der Handlung überprüft werden um zu sehen, ob jemand von dieser Handlung bevorteilt würde. Dieser Punkt sei ein Beispiel für die beschreibende Komponente. Zudem sei

⁸⁵ Diese Ansicht steht, wie Clouser, Culver und Gert selbst sagen, im Gegensatz zu den Auffassungen von Brandt, Gauthier, Gewirth, Hare und Rawls.

eine irrationale Handlung vorschreibend, wenn der Handelnde weiß, dass er keinen Vorteil von seiner Handlung hat und er diese dann nicht ausüben sollte. (DSM, 45)

4.1.5.1.4 Einteilung von physischem Leiden

Des Weiteren unterscheiden die Autoren zwischen schwerwiegendem Leiden (z.B. einem terminalen Krebsleiden), leichtem Leiden (z.B. milde Kopfschmerzen) und Konditionen, die nur ganz leichtes Übel provozieren, die aber nicht als Leiden angesehen werden (z.B. leichter Muskelkater). Um diese Unterscheidungen zu treffen seien einige Fragen zu stellen, z.B. die, wie schlimm das Übel sein wird, wenn es eintritt. Wenn das Übel besonders schwer sei, dann genüge eine geringere Wahrscheinlichkeit, dass das Übel auftritt, um als Leiden definiert werden zu können. Die zweite Frage ist, in welcher Weise man das aufkommende Übel verhindern kann. Hier sehen Clouser, Culver und Gert die frühe Behandlung als eine wichtige Variable an. Je besser eine frühe Behandlung das Leiden oder die Schwere des Leidens positiv beeinflusst, desto schneller spreche man begrifflich von einem Leiden. Diese Fragen klassifizierten zum einen ein Leiden als Leiden und zum anderen machten sie eine Unterscheidung zwischen den drei oben genannten Abstufungen möglich. (NTD, 38)

4.1.5.2 Genetisches Leiden

In einem Artikel aus dem Jahr 1997 ⁸⁶ machen sich die Autoren Gedanken über Konditionen Genetischen Leidens und über die Frage, wann von einem Genetischen Leiden gesprochen werden kann.

„Ein Individuum hat klar ein Genetisches Leiden, wenn es direkt aufgrund seiner genetischen Kondition (z.B. Tay-Sachs-Krankheit) oder seiner chromosomalen Struktur (z.B. Down-Syndrom) Übel erleidet.“ (RTF, 114)

⁸⁶ RTF

Ein Genetisches Leiden müsse zudem ein Übel oder ein erhöhtes Risiko aufweisen Übel zu erleiden. Demzufolge seien Haarfarbe, Augenfarbe und anatomische Struktur des Körpers generell keine Leiden, denn lediglich eine seltene Haarfarbe oder Augenfarbe rufe bei der betroffenen Person kein Übel hervor. Auch müsse ein Genetisches Leiden nicht zwangsläufig schon Leiden verursachen. Die Autoren sprechen auch von einem Genetischen Leiden, wenn das Leiden erst in der Zukunft auftreten wird, zum jetzigen Zeitpunkt aber schon chromosomale Veränderungen vorliegen. Folgerichtig sei ein Genetisches Leiden präsent, wenn aufgrund der genetischen Struktur ein erhöhtes Risiko ein Übel zu erleiden existent sei. Als Beispiel hierfür nennen Clouser, Culver und Gert die Krankheit Chorea Huntington. Die Erkrankung der Chorea Huntington sei bereits bei der Geburt in den Genen verankert. Chorea Huntington breche jedoch zumeist erst zu einem späteren Zeitpunkt des Lebens aus, sodass vor dem Ausbruch noch nicht von einem Leiden gesprochen werden könne. Das Risiko des Ausbruchs der Krankheit und somit eines offensichtlichen Leidens ist deutlich gegenüber der Norm erhöht, sodass Clouser, Culver und Gert Chorea Huntington zu jeder Zeit des Lebens als Leiden klassifizieren. Ob und wann genetische Veränderungen in der Zukunft zu einem Leiden führen können, werde durch zwei Variable bestimmt (RTF, 114-118):

- 1) Das Ausmaß der Wahrscheinlichkeit, dass Leiden eintritt
- 2) Das etwaige Alter, in dem das Leiden eintritt

Eine Person, die das Huntington-Gen trägt, werde immer als leidend angesehen, weil die in Zukunft auftretenden Symptome so schwerwiegend seien, dass von einem Leiden gesprochen werden müsse. Außerdem müsse zwischen zwei Aspekten über die Kenntnis eines existenten Risikos differenziert werden, nämlich:

- 1) dem Wissen, dass ein Individuum ein erhöhtes Risiko hat, weil es eine spezielle individuelle genetische Struktur mit erhöhtem Risiko hat ein fatales Leiden zu erleiden

- 2) dem Wissen, dass man ein erhöhtes Risiko hat, weil man einer Gruppe angehört, in der einige der Mitglieder das Leiden bekommen, während andere verschont bleiben (RTF, 114-118)

Ein Genetisches Leiden könne zudem erst dann sicher bestätigt werden, wenn entweder eine Chromosomenanalyse eine veränderte Genstruktur zeige oder wenn die Krankheit tatsächlich ausbreche. Clouser, Culver und Gert nennen hier das Beispiel von zwei Frauen. Die eine Frau, Jane, hat eine Familie, in der 25% der weiblichen Verwandten vor dem 40. Lebensjahr an Brustkrebs erkrankten. Hier könne man sagen, dass Jane ein erhöhtes Risiko aufweist auch an Brustkrebs zu erkranken. Der zweiten Frau, Jill, haben die Mediziner durch eine Analyse ihrer genetischen Struktur ein Risiko von 25% attestiert, an Brustkrebs zu erkranken. Clouser, Culver und Gert sagen nun, dass lediglich Jill mit Sicherheit ein Leiden hat, da ihre chromosomale Struktur aufgedeckt ist. Jane hingegen könnte möglicherweise auch ein Leiden haben, sie könnte jedoch auch gesund sein. Die Vermutung, dass ein Leiden vorliegen könnte, erschließe sich aus der familiären Vorbelastung. Da bei ihr keine Analyse der Gene, sondern lediglich ein erhöhtes familiäres Risiko vorliege, könne man in diesem Fall nicht von einem gesicherten Leiden sprechen. (CGM, 156-157)

In der Zukunft werden, so die Autoren, mit Sicherheit noch weitere Verbindungen zwischen den Genen und dem Auftreten eines Leidens gefunden werden, da die Gensequenzen immer weiter entschlüsselt werden. So könnten immer jüngere Personen von ihren in ihrem Leben entstehenden Krankheiten wissen und eventuell auch, zu welchem Zeitpunkt ihres Lebens diese auftreten und ob sie tödlich verlaufen. Das führe dann dazu, dass sich bedeutend mehr und vor allem immer jüngere Personen ein Leiden auferlegen. Clouser, Culver und Gert gehen jedoch auch davon aus, dass diese Entwicklung zu bedeutenden ethischen Problemen führen kann. (ASA, 160)

4.1.5.3 Mentales Leiden

Im ersten Artikel stellen Clouser, Culver und Gert zunächst die Frage, ob eine Abnormität der physiologischen Funktionen, die für eine Krankheit vorliegen muss, überhaupt auf Mentale Krankheiten anwendbar sein kann. Hierzu folgt direkt die Antwort, dass definitorische Kriterien in Bezug auf eine Krankheit bzw. ein Leiden stets sowohl auf physische als auch auf mentale Zustände gleichermaßen anwendbar seien. Hier sehen die Autoren einen wichtigen Vorteil gegenüber anderen Konzepten. (NTD, 30) Schmerz, Behinderung und die Abwesenheit eines separaten, aufrechterhaltenden Grundes seien sowohl auf physische als auch auf psychische Bereiche projizierbar.

Clouser, Culver und Gert zitieren eine Definition des Begriffs der „mentalen Störung“ aus dem DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders aus dem Jahr 1980). Sie sehen das DSM-III als eine bedeutende Weiterentwicklung zu den vorherigen Versionen DSM-I und DSM-II, weil nach ihrer Meinung eine gelungene Zusammenfügung vieler Einzelmeinungen zu einem einheitlichen psychiatrischen Konzept erfolgt ist. DSM-III⁸⁷ gibt folgende Definition einer mentalen Störung:

„Eine mentale Störung ist definiert als klinisch signifikantes Verhalten oder psychologische Syndrome oder Muster, die in einem Individuum auftreten und ist typischerweise assoziiert mit entweder schmerzhaften Symptomen oder einer Einschränkung in einer oder mehreren wichtigen Teilen der Funktion (Behinderung). Außerdem existiert die Schlussfolgerung, dass Verhaltens-, psychologische oder biologische Dysfunktionen auftreten und dass die Störung nicht nur in der Beziehung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft auftritt.“ [...] (PIM, 92)

Diese Definition mache klar, dass mentale Störungen eher das Verhalten oder die Psyche betreffen als die physischen Begebenheiten der Person. Jedoch beinhalteten sowohl mentale als auch physische Störungen solche Übel wie Unbehagen,

⁸⁷ DSM-III. 1980 S 363 ref. nach PIM

Behinderung oder ein erhöhtes Risiko Tod und Schmerz zu erleiden. Genauso wie physisches Leiden sei Mentales Leiden von Individuen unerwünscht, es sei denn, es liege ein zwingender Grund dafür vor, dass das Mentale Leiden erwünscht ist, was aber nicht der Normalfall sei. Des Weiteren arbeite die Definition der DSM-IV⁸⁸ heraus, dass abweichendes Verhalten, z.B. politisch, religiös oder sexuell, sowie Konflikte zwischen dem Individuum und der Gesellschaft keine mentale Störung darstellen. Es könne erst von einer mentalen Störung gesprochen werden, wenn abweichendes Verhalten oder Konflikte mit der Gesellschaft auf einer Dysfunktion des Individuums selbst basieren. (ASA, 168-169)

Mentales Leiden unterscheide sich von physischem Leiden in der Art der Symptome oder Übel, die das jeweilige Leiden charakterisieren.

„Jemand spricht von physischem Schmerz oder von Behinderung, wenn und nur wenn ein bestimmter Teil des Körpers außer dem Gehirn beim Erleiden des Schmerzes oder der Behinderung involviert ist. [...] Wenn der Schmerz oder die Behinderung nicht auf einen bestimmten Teil oder Teile des Körpers bezogen sind, dann sprechen wir von mentalem Schmerz oder mentaler Behinderung.“
(PIM, 88)

Als Mentales Leiden klassifizieren die Autoren solche Leiden, die mentalen Schmerz und/oder mentale Behinderung enthalten und keine Behinderung des Körpers darstellen. Mentale Behinderung wiederum beziehe sich auf kognitive sowie willensmäßige Behinderung. Mentaler Schmerz könne sich nur auf den ganzen Körper auswirken und nicht, wie der physische Schmerz, lokal auftreten. (PIM, 89-90) In diesem Fall darf man, nach meiner Ansicht, den Begriff des Schmerzes nicht allzu wörtlich verstehen, sondern muss davon ausgehen, dass dem Schmerz bei einem Mentalen Leiden keine physische Abnormalität zugrunde liegen kann. Man sollte den Schmerz somit eher als einen mentalen Schmerz, wie Trauer oder Missfallen, definieren, der allerdings in

⁸⁸ DSM-IV. 2007 ref. nach ASA

einigen Fällen tatsächlich einen körperlichen Schmerz erzeugen kann, wie es bei bestimmten somatischen Krankheitsbildern der Fall ist.

Ab dem Jahr 1997⁸⁹ gehen Clouser, Culver und Gert in ihren Artikeln verstärkt auf Mentales Leiden ein. Der Begriff des Leidens mache, nach ihrer Ansicht, keinen Unterschied zwischen physischem und Mentalem Leiden und sei somit auf beides gleichermaßen anwendbar. (MAL, 179)

Als Beispiel für ein Mentales Leiden nennen die Autoren das Krankheitsbild der Schizophrenie. Schizophrenie kann auf drei Arten entstehen:

- 1) Vererbung von Abnormitäten des Nervensystems
- 2) Psychische Traumata in der Kindheit
- 3) Kombination aus 1+2 (RTF, 119)

Weiterhin stellen die Autoren fest, dass die Symptome des Mentalen Leidens Abweichungen vom Normalzustand darstellen. Im Gegenzug sei jedoch abweichendes Verhalten nicht automatisch ein Mentales Leiden. Demzufolge könne die Definition von Leiden nicht auf abweichendem Verhalten oder Abnormität aufgebaut sein, diese hätten lediglich eine untergeordnete Funktion. (RTF, 120)

4.1.5.3.1 Willkürliche Fähigkeiten

Im bisher letzten Artikel aus dem Jahr 2006⁹⁰ gehen Clouser, Culver und Gert näher auf willkürliche Fähigkeiten ein. Unter willkürlichen Fähigkeiten verstehen sie willensmäßige, kognitive und physische Fähigkeiten. Der Begriff „willkürliche

⁸⁹ MAL

⁹⁰ ASA

Fähigkeiten“ ist somit ein Oberbegriff. Diese Fähigkeiten seien für spontane Abläufe ausschlaggebend, z.B. für das Werfen eines Balles oder das Rezitieren eines Gedichtes. Analog existierten auch willensmäßige, kognitive und physische Behinderungen. Die Autoren definieren solche Fähigkeiten anhand eines Beispiels: Person A hat die kognitive (physische) Fähigkeit eine Handlung X durchzuführen, wenn (und nur wenn) A diese bestimmte Handlung X bereits mehrfach durchführen wollte und wenn es für A einen angemessenen Grund gibt, die bestimmte Handlung X nun durchzuführen. Analog hat jemand eine kognitive (physische) Behinderung, wenn er die kognitive (physische) Fähigkeit zur Durchführung einer Handlung nach einer bestimmten Stufe seines Lebens, nach welcher die Handlung in der Norm für die Spezies liegt, nicht besitzt. (ASA, 175)

Willensmäßige Fähigkeit definieren die Autoren so, dass jemand fähig sein muss einerseits eine Handlung durchzuführen, andererseits aber auch eine Handlung unterlassen zu können. (ASA, 177) Das heißt, dass eine Handlung nur dann geschehen könne, wenn das Individuum dieser aktiv zustimmt und diese dann aus eigenem Willen durchführt. Im Gegensatz hierzu könnten Handlungen auch abgelehnt und nicht durchgeführt werden, wenn das Individuum dies so entscheidet.

4.1.5.3.2 Handlungen

Clouser, Culver und Gert klassifizieren auch den Begriff der Handlungen. Hierzu unterteilen sie Körperbewegungen in Handlungen und Nichthandlungen. Nichthandlungen träten z.B. bei Krankheiten wie Epilepsie oder dem Tourette-Syndrom auf, bei denen die Betroffenen ihren Körper nicht willentlich steuern können. Die Handlungen werden weiter in beabsichtigte und nicht beabsichtigte Handlungen unterteilt, was bedeutet, dass die Konsequenzen der Handlung vom Urheber getragen bzw. nicht getragen werden. Als Beispiel hierzu nennen die Autoren ein erhöhtes Unfallrisiko, welches somit einer nicht beabsichtigten Handlungsfolge entspricht. Beabsichtigte Handlungen werden weiter in freiwillige und unfreiwillige Handlungen unterteilt, welche durch Freiwilligkeit bzw. Behinderung der Freiwilligkeit gekennzeichnet sind. Letzteres trete bei Krankheitsbildern wie Phobien oder Zwängen

auf, bei denen die Patienten das Gefühl haben bestimmte Handlungen ausführen zu müssen. Freiwillige Handlungen werden unterteilt in freie und unfreie Handlungen. Freies Handeln bedeute somit, dass die Handlung frei, freiwillig und beabsichtigt sei. Unfreies Handeln sei dadurch gekennzeichnet, dass es nicht frei, sondern aus einem körperfremden Anreiz entstehe. Unter einer freien Handlung verstehen die Autoren z.B. eine simulierte Krankheit. (ASA,179-185)

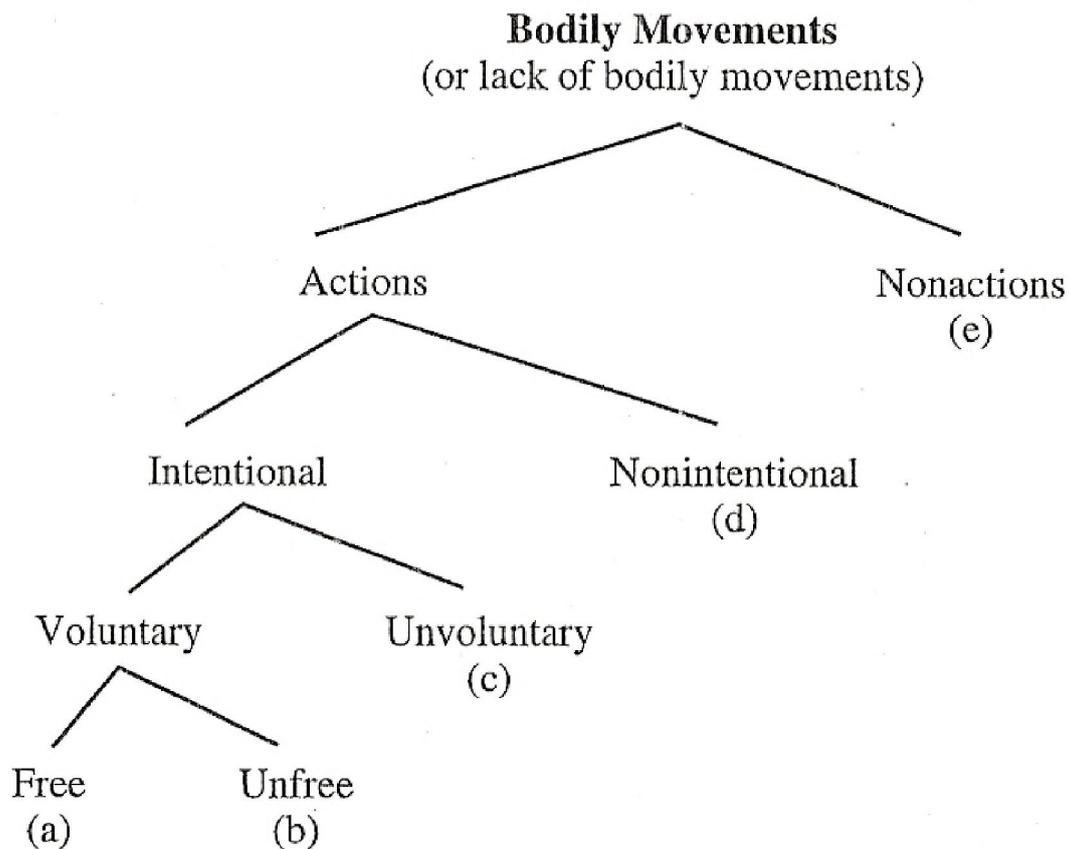


Abb. 5: *Bodily Movements*⁹¹

⁹¹ Abb. 5: ASA, 180

4.1.5.4 Leidenskonzept

In diesem Abschnitt werden die Vorteile der Leidenstheorie von Clouser, Culver und Gert selbst herausgearbeitet. Das Konzept des Leidens sei, so die Autoren in ihrem ersten Artikel ⁹², ein universell anwendbares und objektives Konzept. Objektivität bedeutet hier, dass alle rational denkenden Personen dem vorliegenden Konzept zustimmen. Diese Aussage beinhaltet Objektivität und Universalität. Universalität sei gegeben, weil die Mehrheit der Personen, nämlich alle rational denkenden, dem Konzept zustimmen. Gleichzeitig sei es wertend und die Werte seien wiederum universell anwendbar. (NTD, 40)

Zudem sehen Clouser, Culver und Gert in ihrer Theorie den Vorteil, dass die Inadäquatheit der aktuellen Auffassung, eine Krankheit mithilfe von subjektiv, kulturell oder ideologisch beeinflussten Faktoren zu betrachten, deutlich wird. Dies bedeute, dass ihre Theorie nicht von diesen Faktoren abhängen, sondern zu jeder Zeit gleich zu verstehen sei. Ein weiterer Vorteil der Leidenstheorie sei die Unterscheidung zwischen verschiedenen kulturellen Auffassungen des Leidens. Dies sei zwar nur in wenigen Beispielen der Fall, trotzdem sehen die Autoren dies als wichtige Komponente an. (PIM, 81)

Zudem sieht Gert den Begriff des Leidens auch als allgemeingültigen, universellen, objektiven Begriff und fügt hinzu, dass ein Leiden alle Krankheitsbilder einschließt, die offensichtlich ein Leiden seien und jene ausschließt, die kein Leiden darstellen. Die Unterscheidung falle hier zumeist recht deutlich aus, es gebe jedoch einige Krankheitsbilder, die, so Clouser, Culver und Gert, definatorische Grenzfälle darstellen, auf die ich in einem gesonderten Kapitel eingehen werde. (CGM, 149)

⁹² NTD

Ein weiterer Vorteil des Leidensbegriffes liege darin, dass es sich um ein generelles Wort handelt, welches sich auf die Gattung aller verwandten Krankheitskonditionen bezieht. Trotz seiner Allgemeingültigkeit sei der Begriff des Leidens explizit, präzise und praktisch anwendbar. Dennoch räumen Clouser, Culver und Gert ein, dass ihre Theorie dennoch bestimmte Unklarheiten aufweist. Diese werden in Form der Anwendung auf verschiedene Krankheitsbilder diskutiert. (NTD, 40)

Im Artikel der Autoren aus dem Jahr 1997⁹³ wird dies bestätigt und erweitert. Das Leidenskonzept eliminiere soviel Subjektivität wie möglich und sei somit, wie vorher erwähnt, nahezu objektiv. Demzufolge lasse dieses Konzept keinen bzw. kaum Raum für mögliche Manipulationen. Zudem sei das Leidenskonzept systematisch und logisch aufgebaut, was eine Verbesserung und Erleichterung der Anwendung auf klinische Krankheitsbilder zur Folge habe. Ein Krankheitsbild sei somit in den meisten Fällen mühelos klassifizierbar und es entstehe kein Problem der Benennung dieses Krankheitsbildes als ein Leiden. Außerdem gehen Clouser, Culver und Gert davon aus, dass das Leidenskonzept Verbindungen zur gängigen Moralvorstellung aufweise, was darauf zurückzuführen sei, dass die Leidenstheorie auf der Basis der Theorie der Moral von Bernard Gert entstanden ist. Das Leidenskonzept basiere zudem auf universellen Merkmalen der menschlichen Natur. Die Universalität des Konzeptes wird auch hier von den Autoren wieder betont. Diese Aussage beinhalte aber auch die Existenz von Werten, diese seien jedoch objektiv und universell anwendbar. Die Existenz von Werten bestätige die Anlehnung der Theorie an den Normativismus, der das Auftreten von Werten beinhalte. (MAL, 179)

Clouser, Culver und Gert vergleichen ihr Leidenskonzept mit Farben, denn Farben seien objektiv und universal. Wenn man eine Farbe sieht, dann sei diese Farbe für alle Individuen, welche sie sehen, dieselbe Farbe. Über eine Farbe könne man demzufolge nicht diskutieren, sie ist immer gleich. Genauso verhält es sich mit dem Leidenskonzept der Autoren. Über das Konzept könne nicht diskutiert werden, da es immer gleich ist

⁹³ MAL

und keinen bzw. kaum Raum für Interpretationen lässt. (MAL, 184) Mögliche Interpretationen behandeln die Autoren selbst in den Grenzfällen, welche später diskutiert werden. Abnormität spielt im Konzept des Leidens eine eher untergeordnete Rolle und ist somit nicht das Hauptargument der Autoren in Bezug auf die Entstehung einer Krankheit. Unter Zuhilfenahme des Begriffes der Abnormität unterscheiden die Autoren zwischen den Begriffen der Behinderung, des erhöhten Risikos und des separaten, aufrechterhaltenden Grundes. Abnormität wird demzufolge nur bei Definitionsfragen angewandt und nicht in Bezug auf das Leiden selbst. Auch im nächsten Artikel ⁹⁴ stellen die Autoren klar, dass Abnormität allein kein Leiden ausmacht. Auch eine Abweichung vom Normalen sei nicht hinreichend um eine Kondition ein Leiden nennen zu können. (MAL, 176)

Das Konzept des Leidens weise, so Clouser, Culver und Gert, wichtige bioethische Merkmale auf, insbesondere in Richtung der Genetik und der Psychiatrie. Dies bilde eine bedeutende Grundlage für die Erstellung eines Gesundheitsplanes, d.h. eines Konzeptes, wie das Individuum von seinem Leiden gesunden kann. Hier wird deutlich, dass das Leidenskonzept nicht nur den derzeitigen Ist-Zustand, sondern auch die zukünftigen Zustände einschließt. (ASA, 130)

4.1.5.5 Behinderung

Auf die Behinderung, einen Unterpunkt der Übel, gehen die Autoren weiter ein und konkretisieren zudem den Begriff des Schmerzes. Schmerz bedeute nicht ausschließlich physischen Schmerz, sondern auch unerwünschte Gefühle wie Angst, Traurigkeit und Missfallen. Behinderung solle sich dementsprechend nicht ausschließlich auf physische Behinderung beziehen, sondern, analog zum Beispiel des Schmerzes, gleichermaßen auf mentale und physische Behinderung. (NTD, 34)

⁹⁴ MAL

Eine weitere wichtige Feststellung treffen Clouser, Culver und Gert in Bezug auf den Begriff der Behinderung dahingehend, dass eine Behinderung mit dem Fehlen einer bestimmten Fähigkeit einhergehe, die das Individuum, wenn es gesund wäre, besäße und fähig wäre diese auszuführen. Ginge man davon aus, dass eine Behinderung eine eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit bedeutet, so wären kleine Kinder vor ihrem Reifepunkt per se behindert. Kinder seien nicht in der Lage alle Fähigkeiten auszuüben, die eine erwachsene Person ausüben kann, wie z.B. Laufen, Sprechen oder Schreiben. Um dieses Problem zu umgehen, unterscheiden die Autoren zwischen den Zuständen der Behinderung und der Unfähigkeit. Eine Behinderung sei somit eine Einschränkung mit Bezug auf das Alter des Individuums zu seiner jeweiligen Referenzklasse. Eine Behinderung trete erst nach dem sogenannten Reifepunkt auf. Dieser Punkt sei erreicht, wenn alle Fähigkeiten des Organismus entwickelt sind, was bei der menschlichen Spezies größtenteils mit dem Erwachsenwerden überstimme. Als Beispiel für eine Behinderung wird angeführt, dass man vorher eine Fähigkeit besessen habe und diese dann weg falle. Die Fähigkeiten, die das menschliche Individuum während seiner Entwicklung vom Säugling zum Erwachsenen erlernt, seien nach einem Stufenprinzip aufgebaut. Das Kind erlerne entwicklungsgemäß nicht alle Fähigkeiten zum gleichen Zeitpunkt, sondern dieser Vorgang geschehe in verschiedenen Schritten. Außerdem seien die Fähigkeiten auch bei Erwachsenen unterschiedlich (gut) ausgeprägt. Ein Individuum könne vielleicht nur fünf Schritte machen und muss sich dann ausruhen, ein anderes Individuum könne die komplette Marathonstrecke laufen. Aber beide Individuen besäßen die Fähigkeit zu laufen, lediglich der Grad der Ausprägung dieser Fähigkeit variere. Erst ab einer bestimmten unteren Grenze, die vorher festgelegt wird, gelte ein Individuum nicht mehr als unfähig, sondern als behindert und unterhalb dieser Grenze würden keine Abstufungen der noch vorhandenen Fähigkeit mehr gemacht. Hier sieht man auch die enge Verwandtschaft von Normalität und einer Unfähigkeit. Eine Unfähigkeit beinhalte, wie eine Behinderung auch, das Fehlen einer Fähigkeit, allerdings beschränke sich dies auf die Entwicklung vor dem Reifepunkt, denn davor könne das Individuum die Fähigkeit entwicklungsgemäß noch nicht aufweisen. Die Unterscheidung zwischen einer Behinderung und einer Unfähigkeit ist, laut Clouser, Culver und Gert, in manchen Fällen schwierig zu treffen. Als Richtlinie gelte hier jedoch, dass eine fehlende Fähigkeit immer dann keine Behinderung sein könne und

somit eine Unfähigkeit sein muss, wenn die Mehrheit der Individuen der beobachteten Spezies diese Fähigkeit nicht besitze. Hier würden nur Individuen einbezogen, die ihren Reifepunkt erreicht haben, aber noch nicht dem beginnenden körperlichen Verfall unterliegen. Die Fähigkeit sei eventuell nicht ausgeprägt, weil dazu spezielles Training notwendig wäre, wie z.B. bei Spitzensportlern. (NTD, 37)

Ein Fehlen von Fähigkeit sei eher eine Unfähigkeit als eine Behinderung, wenn:

- 1) dies charakteristisch für die Spezies oder für Mitglieder der Spezies sei, bevor ein bestimmter Reifepunkt erreicht wird
- 2) dieses Fehlen deshalb auftrete, weil kein spezielles, nicht natürliches Training erfolgt ist (PIM, 75-76)

Zur Unterscheidung zwischen Fähigkeit und Behinderung stellen die Autoren eine Normalkurve der durchschnittlichen Fähigkeiten einer Spezies auf. Hierzu reiche eine einfache Mehrheit der Ausprägungen der jeweiligen Fähigkeit aus, um eine Kurve darzustellen. Liegt nun der Wert der Fähigkeit eines Individuums unterhalb der Normalkurve, so wird von einer Behinderung bezüglich dieser speziellen Fähigkeit gesprochen. Bei IQ-Tests wird beispielsweise so verfahren, dass ein Punktwert über 80 eine normale Intelligenz, ein Wert zwischen 70 und 80 unterdurchschnittliche Intelligenz und ein Punktwert unter 70 eine mentale Behinderung bedeutet. (NTD, 37) Dies beziehe sich auf den unteren Bereich der Normalkurve, es existiere jedoch auch ein oberer Bereich, der demzufolge außergewöhnlich gute Fähigkeiten beinhalte. Weise jemand überdurchschnittliche Fähigkeiten auf, so könne bei Verlust dieser Fähigkeit nicht von einer Behinderung gesprochen werden, da sie sich noch im Normalbereich der Kurve aufhält. Dieser Zustand sei somit nicht intraindividuell, sondern immer in Bezug auf die Spezies zu ihrem Reifepunkt, d.h. zu ihrer maximal ausgeprägten Entwicklung dieser bestimmten Fähigkeit zu verstehen. (MAL, 194)

Resümierend stellen Clouser, Culver und Gert fest,

„ dass eine Person eine Behinderung erleidet, wenn ihm oder ihr eine Fähigkeit fehlt, die für die Spezies charakteristisch ist oder wenn sie einen außergewöhnlich niedrigen Grad dieser Fähigkeit besitzt.“ (NTD, 37)

Die Autoren ergänzen dies im folgenden Artikel ⁹⁵ durch den Zusatz, dass geschlechtsbedingte Unfähigkeiten nicht der Norm der Spezies zugerechnet werden können. Männer könnten keine Kinder bekommen, was aber nicht heiÙe, dass sie dadurch in ihrer Spezies einen Nachteil den gegenüber den Frauen erfahren. Hier müsse man eine Unterscheidung zwischen der Norm der Männer und der Norm der Frauen treffen, um einen adäquaten Wert der Fähigkeit bzw. Unfähigkeit angeben zu können. (MAL, 193)

⁹⁵ MAL

4.2 Krankheitsbilder - Clouser/ Culver/Gert

4.2.1 Einleitung

Nachdem Clouser, Culver und Gert ihre Leidenstheorie („Malady“) aufgestellt haben, zeigen sie verschiedene Krankheitsbilder auf, die in der medizintheoretischen Literatur diskutiert werden. Sie bezeichnen diese Krankheitsbilder als Grenzfälle, da es teilweise schwierig scheint, ein Krankheitsbild tatsächlich als ein Leiden zu klassifizieren. Clouser, Culver und Gert geben einige Grenzfallbeispiele, bei denen sie Pro- und Contra-Argumente für bzw. gegen ein Leiden aufzeigen. Zudem versuchen sie die Leidenstheorie anhand dieser Grenzfälle aufzuzeigen. Die praktische Anwendung ihrer Theorie und Standpunkte aus Sekundärliteratur zu den Ausführungen von Clouser, Culver und Gert sollen Bestandteil dieses Kapitels sein. In den folgenden Ausführungen werden unter dem Punkt a) eine Definition des angesprochenen Krankheitsbildes aus der 261. Auflage des Pschyrembels, unter b) die Ausführungen von Clouser, Culver und Gert und unter Punkt c) Sekundärliteratur zum jeweiligen Krankheitsbild zu finden sein. Punkt d) enthält meine eigene Meinung.

4.2.2 Körperliches Leiden

4.2.2.1 Schwangerschaft

a) Als Schwangerschaft wird der Zustand der Frau von der Konzeption bis zum Eintritt der Geburt bezeichnet. Es kommt zu Veränderungen von Uterusschleimhaut und Ovarium in der Frühschwangerschaft.⁹⁶

b) Zuerst nennen Clouser, Culver und Gert das „Krankheitsbild“ der Schwangerschaft. Schwangerschaft könne als Leiden gemäß ihrer Theorie definiert werden, da es ein von rationalen Überzeugungen und Wünschen unabhängiger Zustand des Individuums ist,

⁹⁶ Pschyrembel. 261. Auflage S 1742

welchen eine Frau, vor allem in den letzten Monaten der Schwangerschaft, erleidet oder der ein erhöhtes Risiko darstellt Übel zu erleiden. Zudem könne ein Fötus kein separater, aufrechterhaltender Grund sein, da er nicht leicht und schnell entfernbar und biologisch in den Körper der schwangeren Frau integriert ist. Dies spreche ebenfalls dafür, dass Schwangerschaft als Leiden definiert werden müsse. Ein Fötus könne im Mutterleib zudem ein Übel für die Mutter hervorrufen, z.B. in Form einer aus der Schwangerschaft resultierenden Krankheit, wie z.B. einer Schwangerschaftsdiabetes. Der schon erwähnte Aspekt, dass ein Fötus nicht ohne weiteres aus dem Mutterleib entfernt werden könne, wird von den Autoren aufgegriffen. Der Fötus könne erst durch spezielle Instrumente und Wissen in Form eines Schwangerschaftsabbruches entfernt werden. All diese Punkte qualifizieren eine Schwangerschaft nach Clouser, Culver und Gert zum Leiden.

Zudem weisen die Autoren das Argument zurück, dass Schwangerschaft kein Leiden sei, weil sie für Frauen eine normale, biologische Kondition darstelle und zumeist eine gewollte oder erwünschte Kondition sei und bezeichnen eine Begründung als nicht stichhaltig für eine normale Betrachtung einer Schwangerschaft. (MAL, 205-207)

c) Hier sieht Martin das Problem, dass in der Theorie von Clouser, Culver und Gert die Frau als potentieller Risikofaktor für ein Leiden während ihrer Schwangerschaft betrachtet wird. Martin steht auf dem Standpunkt, dass Frauen, sollte eine Schwangerschaft als ein Leiden betrachtet werden, in der Chance einen gleichwertigen Beruf wie Männer auszuüben, eingeschränkt seien. Diese Sichtweise schätzt Martin als sexistisch ein, denn er geht davon aus, dass Frauen, wenn sie ein potentielles Leiden haben, besser von den Männern in ihre Schranken verwiesen werden können, so auch im Fall der Schwangerschaft. Hier sieht Martin einen Nachteil des gesamten weiblichen Geschlechts. Eine Schwangerschaft als ein Leiden anzusehen fördere somit traditionelle Vorurteile gegen Frauen. (Martin, 1985, 335)

Auf die Ausführungen von Martin entgegen Clouser, Culver und Gert, sie gingen nicht davon aus, dass bei einer Bezeichnung der Schwangerschaft als Krankheit schwangere Frauen schlechter behandelt würden als jemand, der kein Leiden hat. Im Gegenteil

würden Individuen, welche ein Leiden haben, besser behandelt, da diese Menschen mehr Mitgefühl erfahren. Der Standpunkt der Autoren unterstützt somit keinerlei Diskriminierung oder Abwertung gegenüber einem Individuum mit einem anderen Leiden. (MAL, 208)

d) Im Folgenden vertrete ich meine Ansicht, dass eine Schwangerschaft keine Krankheit sein kann, und ich werde dies anhand der bisher aufgeführten Argumente verdeutlichen. Meiner Ansicht nach haben Clouser, Culver und Gert einen falschen Ansatz für die Betrachtungsebene der Schwangerschaft gewählt. Eine Schwangerschaft dient primär der Reproduktion und die Reproduktion ist der Vorgang, der das Überleben der Spezies sichert. Es existiert jedoch keine Alternative zur Reproduktion, sodass eine eingeschränkte Reproduktionsfähigkeit als krankhaft angesehen werden muss. Eine Schwangerschaft ist somit nicht als Krankheit zu betrachten. Es ist jedoch möglich, dass bestimmte Verlaufsformen einer Schwangerschaft zu einer Krankheit führen können, beispielsweise einer Schwangerschaftsdiabetes. Hier möchte ich allerdings deutlich machen, dass nicht die Schwangerschaft selbst in diesem Fall die Krankheit darstellt, sondern die Diabetes. Gäbe es nun aber Konditionen, die unter anderen Umständen als Krankheit gelten, die aber bei einer Schwangerschaft immer auftreten würden, so wäre diese Kondition nicht pathologisch. Die Aussage von Clouser, Culver und Gert, dass ein Fötus nicht ohne spezielles Werkzeug aus der Gebärmutter zu entfernen sei, ist zwar meiner Ansicht nach korrekt, aber kein hinreichendes Argument dafür, dass eine Schwangerschaft eine Krankheit ist. Der Einwand von Martin, dass die Thesen von Clouser, Culver und Gert sexistisch seien, kann ich in der Form nicht nachvollziehen. Es ist zwar richtig, dass Frauen manchmal auf einen guten Arbeitsplatz verzichten müssen, weil sie schwanger werden könnten. Die Folgerung, dass Männer sie somit in ihre Schranken verweisen, ist jedoch, wie ich finde, nicht logisch. Diese Argumentation von Martin zielt darauf ab, dass die Gesellschaft die schwangere Frau bewertet, und dies ist meines Erachtens kein gültiges Kriterium einer Krankheit.

4.2.2.2 Menopause

a) Die Menopause ist der Zeitpunkt der letzten spontanen Menstruation, der retrospektiv ein Jahr lang keine weitere ovariell gesteuerte uterine Blutung folgt. Dies erfolgt meist zwischen dem 50. und 52. Lebensjahr.⁹⁷

b) Clouser, Culver und Gert betrachten die Menopause nicht in einer derart biologischen und physiologischen Weise wie die Definition des Pschyrembels. Sie sprechen hier von einem Leiden, da die „Behinderung“ der Frau, schwanger zu werden, eintrete und somit ein Übel bestehe, auch wenn viele Frauen oftmals gar nicht mehr schwanger werden wollen. Es reiche nicht aus, dass der Eintritt der Menopause ab einem bestimmten Alter als normal betrachtet werde, somit bleibe die Menopause ein Leiden. Clouser, Culver und Gert sehen die Menopause als Unfähigkeit zum Gebären von Kindern an und setzen dies mit einer Vasektomie des Mannes gleich. (MAL, 207)

c) Martin stellt zum Aspekt der Menopause die These auf, dass Clouser, Culver und Gert mit ihrer Theorie gegenüber Frauen und älteren Menschen voreingenommen seien. Er sieht hier eine Ungleichheit gegenüber jungen Mädchen, die ihre Regelblutung noch nicht haben, denn dies werde von Clouser, Culver und Gert als Unfähigkeit, nicht aber als Leiden aufgefasst. Frauen nach der Menopause jedoch hätten ein Leiden. Diese Unterscheidung sieht Martin als unnötig und auch als sexistisch an, da nur Frauen diesen definitorischen Nachteil haben können. Martin sieht die Theorie von Clouser, Culver und Gert in Bezug auf die Menopause als zu sehr auf die biologische Rollenverteilung fixiert an. (Martin, 1985, 333)

d) Ich halte die Meinung der Autoren, auch hier von einem Leiden zu sprechen für genauso falsch wie bei dem Aspekt der Schwangerschaft. Clouser, Culver und Gert gehen in ihrer Theorie davon aus, dass der Höhepunkt des Lebens mit perfekten körperlichen Funktionen einhergeht. Alle Konditionen, die zeitlich nach diesem Höhepunkt auftreten, seien Leiden. Diese Argumentation ist nach meiner Ansicht nicht richtig. Der Höhepunkt des Lebens sollte nicht der wichtigste Punkt für die Definition

⁹⁷ Pschyrembel. 261. Auflage S 1206

der Menopause als Krankheit sein. Zudem ist das Alter unvermeidlich und somit für Frauen auch der Eintritt in die Menopause. Mit einer solchen Aussage legen die Autoren generell fest, dass jede Frau mit Beginn ihrer Menopause ein Leiden hat, was eine in meinen Augen falsche Auffassung von biologischen Vorgängen widerspiegelt. Analog zum Beispiel der Schwangerschaft kann man auch hier erst von einer Krankheit sprechen, wenn aufgrund der Menopause ein krankhafter Zustand, wie z.B. eine Depression, auftritt. Die Menopause selbst ist aber auch in dem Fall keine Krankheit, sondern lediglich die Depression.

4.2.2.3 Menstruation und Prämenstruelles Syndrom

a) Die Menstruation ist die mit einer Blutung einhergehende Abstoßung des Stratum functionale der Gebärmutterschleimhaut (am Anfang eines jeden Menstruationszyklus) als Hormonentzugsblutung nach ovulatorischem biphasischem Zyklus.⁹⁸

Unter einem prämenstruellen Syndrom versteht man ein charakteristisches, zyklisch wiederkehrendes Beschwerdebild, das 4-14 Tage vor der Menstruation beginnt und bis zum Einsetzen der Blutung andauert. Es kommt bei 30-70% der menstruierenden Frauen vor. Es führt z.B. zu schmerzhaften Verspannungen und Schwellung der Brust, Völlegefühl, Kreuzschmerzen, Dyspareunie, Vulvaödem mit Pruritus, Kopfschmerzen, vegetative Labilität, Gewichtszunahme durch Flüssigkeitseinlagerung, Ödembildung, Stimmungslabilität, Ruhelosigkeit, Antriebslosigkeit und Angst. Ursächlich findet sich eine multifaktoriell bedingte psychoendoneurokrine Dysfunktion, evtl. auch eine Sensitivitätssteigerung auf normale Hormonspiegel. Die Therapie besteht in Entspannungs- und Psychotherapie, drospirenonhaltigen, oralen hormonalen Kontrazeptiva, Diuretika oder Pyridoxin.⁹⁹

⁹⁸ Pschyrembel. 261. Auflage S 1206

⁹⁹ Pschyrembel. 261. Auflage S 1874

b) Die Menstruation wird von Clouser, Culver und Gert als Grenzfall diskutiert. Da die Menstruation für Frauen normal sei, werde sie selbst nicht als Leiden angesehen, sei jedoch oft von Leiden begleitet, wie z.B. dem Erleiden von Schmerzen. Auf der anderen Seite könne die Menstruation als Leiden gelten, wenn die Übel als zum Bild der Menstruation gehörig angesehen werden. Es sei demzufolge der Auslegung des jeweiligen Betrachters unterworfen, Menstruation als Leiden zu klassifizieren. (MAL, 207-208) Das Prämenstruelle Syndrom (PMS) hingegen sei in jedem Fall ein Leiden. Hier erleide die Frau stets Übel wie Schmerzen und Stimmungsschwankungen. Sollte sie dies nicht erleiden, dann bestehe auch kein PMS. (MAL, 208)

c) Auch hier bezieht Martin sich wieder auf die Ungerechtigkeit der Rollenverteilung in der Theorie der Autoren. Die Ausführungen von Clouser, Culver und Gert korrelierten mit traditionellen, kulturellen Tabus und Mythen über Menstruation. Diese Sichtweise sei, so Martin, zu sehr generalisiert, da die Frau jeden Monat in eine bestimmte Rolle gedrängt werde. Clouser, Culver und Gert würden somit zulassen, dass die Frau während ihrer Regelblutung mit Vorurteilen betrachtet werden und herablassend behandelt werden kann, weil sie ein Leiden hat. (Martin, 1985, 334)

d) Hier bin ich teilweise einer Meinung mit Clouser, Culver und Gert. Auch die Menstruation sehe ich, wie auch die Schwangerschaft und die Menopause, als natürlichen Vorgang an, der in natürlicher, also normaler, Ausprägung nicht krankhaft ist und auch nicht als Leiden gemäß Clouser, Culver und Gert definiert werden kann. Soweit stimme ich mit der Meinung der Autoren überein. Das Erleiden von Schmerzen allerdings sehe ich nicht generell als Kriterium dafür, die Menstruation als Krankheit zu betrachten. Viele, wenn nicht sogar die meisten Frauen leiden während ihrer Menstruation unter Schmerzen, lediglich die Ausprägung dieser Schmerzen variiert von Frau zu Frau. Leider gehen Clouser, Culver und Gert nicht auf die verschiedenen Ausprägungsgrade dieser Schmerzen ein, sondern sehen jede Art von Schmerz als Leiden an. Dies sehe ich nicht so, denn nur Schmerzen, die eine bestimmte Intensität

überschreiten, sollten tatsächlich als Krankheit gelten.¹⁰⁰ Dies führt mich zum PMS, welches oftmals mit Schmerzen, Wasseransammlungen, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Übelkeit oder Krämpfen einhergeht. Das PMS ist meiner Ansicht nach eine Krankheit, da nicht jede Frau diesen Zustand während ihrer Menstruation durchlebt, sondern es auch Frauen gibt, die gar kein PMS haben. Wäre es jedoch so, dass alle Frauen unter PMS litten, so wäre das PMS keine Krankheit. Dies ist jedoch in der medizinischen Praxis nicht der Fall.

4.2.2.4 Homosexualität

a) Homosexualität ist eine Bezeichnung für sexuelle Orientierung, Erregbarkeit und Aktivität mit Bezug auf Partner gleichen Geschlechts. Die Genese ist weitgehend unklar. Biographisch zeigt sich eine frühe Entstehung, die Entdeckung erfolgt aber meist erst im Jugendalter und ist oft verbunden mit heftigen Abwehrmechanismen, die erst im Rahmen der homosexuellen Identitätsfindung (sog. Coming-out) überwunden werden. Eine eingetragene Lebenspartnerschaft ist als eigenständiger familienrechtlicher Status möglich (mit überwiegend eheähnlichen Rechtsfolgen) mit dem „Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft“, sog. Lebenspartnerschaftsgesetz vom 16.2.2001 (BGB.I S.266), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6.2.2005 (BGB.I S.203).¹⁰¹

b) Die Homosexualität ist ein primär von Gert¹⁰² diskutiertes Krankheitsbild. In früheren Zeiten ging man davon aus, dass Homosexualität eine psychische Störung sei, weil Homosexualität nicht als normale sexuelle Orientierung anerkannt war, sondern als abnorm galt. Heutzutage jedoch wird die Homosexualität nach Gert nicht mehr ohne

¹⁰⁰ Eine Diskussion über die verschiedenen Ausprägungsgrade von Schmerzen würde an dieser Stelle zu weit führen. Dennoch sei erwähnt, dass diese Intensitätsunterschiede getroffen werden sollten. In welcher Weise dies geschehen sollte führt hier aber zu weit vom eigentlichen Thema weg.

¹⁰¹ Psyhyrembel. 261. Auflage S 834

¹⁰² WGK

weiteres als psychische Störung klassifiziert, sondern gilt als normale sexuelle Prägung. Kurz vor der Veröffentlichung von Gerts Artikel im Jahr 1999 ließ, so Gert, die angebliche Entdeckung eines Gens für Homosexualität die Diskussion um die Abnormitätstheorie wieder aufleben. Gert geht jedoch davon aus, dass eine Abnormität weder notwendiges noch hinreichendes Merkmal eines Leidens sein kann. Demzufolge sieht er die Homosexualität nicht als ein Leiden an. (WGK, 258-260)

c) –

d) Ich bin nicht der Überzeugung, dass Clouser, Culver und Gert im Rahmen ihrer Leidenstheorie Homosexualität als Leiden klassifizieren würden, denn die Abnormität spielt in ihrer Definition von Leiden lediglich eine untergeordnete Rolle. Es kann allerdings eine Krankheit entstehen, wenn der Homosexuelle mit seiner Situation unzufrieden ist. Dies könnte z.B. der Fall sein, wenn er seine Sexualität aufgrund seiner homosexuellen Neigung nicht ausleben könnte. Er würde einen Verlust der Freiheit, seine Sexualität auszuleben, erleiden und dies könnte als Krankheit klassifiziert werden. Dies sind jedoch lediglich Vermutungen, denn Clouser, Culver und Gert gehen auf das Thema der Homosexualität in ihren gemeinsamen Artikeln nicht explizit ein. Trotzdem möchte ich dieses Thema in diese Arbeit aufnehmen, weil ich es als wichtiges, kontrovers diskutiertes potentiell Krankheitsbild betrachte.

Ich selbst bin auch nicht der Überzeugung, dass Homosexualität als Krankheit gesehen werden kann. Es ist vielmehr eine, zwar von der allgemeinen Norm abweichende, aber trotzdem existierende sexuelle Prägung. Es kann jedoch auch hier eine Krankheit entstehen, wenn man aufgrund eines ausschweifenden Sexuallebens eine Krankheit, z.B. AIDS, bekommt. Auch hier ist jedoch nicht die Homosexualität die Krankheit, sondern das AIDS-Virus, welcher den Körper befällt. Dies ist aber natürlich auch bei heterosexuellen Menschen möglich. Das Problem, welches die Diskussion über Homosexualität überhaupt aufkeimen lässt, ist, dass die Gesellschaft Homosexualität als krankhaft betrachtet. Somit ist nicht die Homosexualität selbst die Krankheit, sondern die Gesellschaft macht diese dazu. Es gibt also keinen kausalen Zusammenhang

zwischen Homosexualität und Krankheit, sondern lediglich einen indirekten Zusammenhang.

4.2.2.5 Kleinwuchs

a) Unter Kleinwuchs versteht man ein krankhaft vermindertes Längenwachstum. Man unterscheidet zwei Formen des Kleinwuchses: Zum einen Kleinwuchs im weiteren Sinn, wobei die Körperlänge das 10. Perzentil der Wachstumskurve für das entsprechende Alter unterschreitet (Endgröße beim Mann <150cm, bei der Frau <140cm). Zum anderen den Kleinwuchs im engeren Sinn, welcher mit einer Unterschreitung des 3. Perzentils einhergeht (Endgröße < 120cm).¹⁰³

b) Kleinwuchs ist nach Meinung der Autoren mit dem Verlust von bestimmten Freiheiten verbunden, z.B. der Freiheit bestimmte Sportarten auszuüben oder ein Model zu werden. Trotzdem werde hier nicht von einem Leiden gesprochen, da nicht zwangsläufig Schmerz, Behinderung oder ein erhöhtes Todesrisiko auftreten. Sollte dies jedoch der Fall sein, dann sei dieser Zustand auch ein Leiden. (MAL, 209) Diese These stellt jedoch einen Widerspruch gegenüber dem dar, was die Autoren sonst als Leiden klassifizieren. Eigentlich müsste es definitorisch ausreichend sein, dass Kleinwüchsige in bestimmten Handlungen eingeschränkt sind und somit einen Verlust von Freiheiten hinnehmen müssen, um ein Leiden zu haben. Die Probleme, welche beim Kleinwuchs auftreten, seien eher sozialer Natur. Die kleinwüchsige Person werde eventuell von anderen Mitgliedern ihrer Spezies aufgrund der von der Norm abweichenden Größe verspottet. Dies lässt sich jedoch nach Clouser, Culver und Gert nicht als Leiden bezeichnen. (MAL, 209)

Gert geht weiter auf das Thema Kleinwuchs ein. Er attestiert, dass ein kleinwüchsiger Mensch in der Gesellschaft sein Leben lang eine gewisse Außenseiterrolle einnimmt, die für den Kleinwüchsigen als bedrückend empfunden wird. Würde man Eltern, die ein

¹⁰³ Pschyrembel. 261. Auflage S 990

kleinwüchsiges Kind erwarten, eine Gentherapie offerieren, welche dem Kind eine normale Größe sichern würde, so geht Gert davon aus, dass alle Eltern diese Therapie für ihr Kind fordern würden. Deshalb stellt Gert in einem späteren Artikel ¹⁰⁴ die These auf, dass Kleinwuchs doch als Leiden klassifiziert werden müsse, weil Kleinwuchs stets von den betroffenen Personen unerwünscht sei. (CGM, 161)

c) –

d) Hier wird deutlich, dass zwei verschiedene Theorien entstanden sind, einmal die von Gert, dass Kleinwuchs ein Leiden sei, und zum anderen die von Clouser, Culver und Gert gemeinsam, wonach Kleinwuchs kein Leiden sei. Ich stimme der Sichtweise von Clouser, Culver und Gert zu, da ich davon ausgehe, dass Kleinwuchs nicht per se eine Krankheit ist. Auch ich denke, dass ein kleinwüchsiger Mensch tatsächlich nur unter seinem Minderwuchs leidet, weil er gesellschaftlich ausgegrenzt und beobachtet wird. Hier darf es nach meiner Ansicht nicht ausschlaggebend sein, wie die Gesellschaft diesen individuellen Zustand betrachtet. Gert führt wieder das Argument der gesellschaftlichen Ausgrenzung an, welches ich auch in diesem Fall nicht als gültiges Argument für eine Krankheit betrachten kann. Würde die Gesellschaft den Kleinwüchsigen nicht besonders behandeln, so käme der Kleinwüchsige gar nicht auf den Gedanken, dass seine Größe abnorm sein könnte. Eine weitere Frage ist die, ob Kleinwüchsige tatsächlich in ihrer Freiheit eingeschränkt sind. Ich sehe dies nicht so, denn ich denke, dass Kleinwüchsigen lediglich eine andere Verteilung von Möglichkeiten gegeben ist. Ein normal großer Mensch kann beispielsweise nicht unter einem niedrigen Zaun herkriechen, ein Kleinwüchsiger kann dies schon. Auf der anderen Seite reicht ein Kleinwüchsiger nicht an einen Basketballkorb heran, ein großer Mensch jedoch reicht heran.

¹⁰⁴ CGM

4.2.2.6 Körperliche Entstellung

a) -

b) Auch eine körperliche Entstellung ist nach Clouser, Culver und Gert stets als ein Leiden klassifiziert, da sie mit einem Verlust von Freiheit einhergehe und es nahezu immer mit einer depressiven Episode und Angstzuständen verbunden sei. Zudem erwecke eine sichtbare Entstellung bei dem Beobachter stets das Gefühl, dass die entstellte Person nicht der Norm entspricht, also abnorm wirkt. Jedoch sei eine Entstellung von Kultur zu Kultur unterschiedlich definiert. Als Beispiel nennen die Autoren Verbrennungsoffer. Diese können niemals komplett gesund sein, auch wenn sie alle Fähigkeiten zurückerlangt haben, keinen physischen Schmerz mehr spüren und behaupten, dass sie auch psychisch nicht mehr leiden. (PIM, 80)

c) -

d) Hier stellt sich mir zunächst die Frage, was Clouser, Culver und Gert unter einer körperlichen Entstellung verstehen. Sind hiermit lediglich Verbrennungen, auf die sie eingehen, gemeint? Oder meinen sie damit auch z.B. durch Operationen hervorgerufene Narben, durch Unfälle fehlende Gliedmaßen oder angeborene Fehler? Hier fehlt in meinen Augen eine genaue Definition. Das Beispiel der körperlichen Entstellung ist, lässt man diese Fragestellung außen vor, eines, bei welchem ich keine klare Zuordnung treffen kann, ob es eine Krankheit darstellt oder nicht. Zum einen findet sich auch hier wieder die gesellschaftliche Komponente, welche, nach meiner Ansicht, nicht ausreicht um eine Krankheit zu definieren. Wie die Autoren bereits festgestellt haben, können bestimmte Entstellungen kulturell unterschiedlich bewertet werden. Es liegt jedoch eine Krankheit vor, wenn die körperliche Entstellung derartig ausgeprägt ist, dass eine Störung in den normalen Funktionen des Körpers entsteht. Letztendlich sind nach meiner Ansicht zum einen die Schwere der Entstellung¹⁰⁵ und die mögliche Einschränkung körperlicher Funktionen ausschlaggebend.

¹⁰⁵ Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die einzelnen Schweregrade von Entstellungen aufzuzeigen.

4.2.2.7 Transplantation

a) Eine Transplantation ist die Übertragung von Zellen, Geweben oder Organen auf ein anderes Individuum oder an eine Körperstelle zu therapeutischen Zwecken, z.B. Bluttransfusion, Teile der Cornea, Gefäßen, Haut, Niere, Leber, Knochenmark, Herz, Lunge, endokrine Organe, Knochen, Thymus, Dünndarm. Das Transplantat wird zunächst explantiert und konserviert und wird dann nach Zuweisung eines geeigneten Empfängers transportiert. Dann erfolgt das operative Einbringen in den Empfängerorganismus, bei substitutiver orthotoper Transplantation des zu ersetzenden Organs.¹⁰⁶

b) Die Transplantation ist auch laut der Autoren Clouser, Culver und Gert ein Grenzfall. Erfolge eine Transplantation, so werde dadurch das Ende eines Leidens oder ein Wegfall des erhöhten Risikos Übel zu erleiden angestrebt und bestenfalls erreicht, somit sei ein Zustand nach Transplantation kein Leiden. Aber wenn durch die Transplantation Übel auftreten, sprechen Clouser, Culver und Gert von einem Leiden.¹⁰⁷ (MAL, 210-211)

c) –

d) Ich stimme der Aussage von Clouser, Culver und Gert zu, dass Transplantationen grundsätzlich keine Krankheit darstellen. Eine Transplantation ist, wie auch Clouser, Culver und Gert schon erwähnten, ein Vorgang, der bei einem durch andere Methoden

¹⁰⁶ Pschyrembel. 261. Auflage S 1943-1944

¹⁰⁷ In ihrem ersten Artikel (NTD) sagen Clouser, Culver und Gert, dass chirurgisch implantierte Metallplatten, die einen Knochendefekt bedecken, ein Leiden eliminieren. Ein defekter Herzschrittmacher würde Teil eines Leidens sein, wenn die Fehlfunktion Übel oder ein erhöhtes Risiko für ein Übel hervorrufen würde. Die Leidenstheorie der Autoren deckt zudem die Fehlfunktion, das Abschalten, den Zerfall oder das Zusetzen von Herzschrittmachern und anderen künstlichen Körperteilen ab.

unheilbaren Leiden angewandt wird um die allgemeine Leidenssituation zu verbessern. Inwieweit man dann von einer Heilung des Leidens oder lediglich einer Verbesserung sprechen kann, ist sicherlich von Fall zu Fall unterschiedlich zu bewerten. Ich denke, dass man zwischen einer Krankheit und einer behandelten Krankheit unterscheiden muss. Die Transplantation würde in diesem Fall die Behandlung der eigentlichen Krankheit darstellen. Wird die Transplantation durchgeführt, so können entweder Gesundheit, eine Residualkrankheit oder krankhafte Folgen entstehen. Krankhafte Folgen sind als eine neu aufgetretene Krankheit durch die Transplantation zu bewerten.

4.2.2.8 Hypothyreoidismus

a) Hierunter versteht man eine Unterfunktion der Schilddrüse und unzureichende Versorgung der Körperzellen mit Schilddrüsenhormonen. Symptome des Erwachsenen sind Apathie und andere psychische Störungen, Myxödem mit aufgedunsenem Gesicht und schlitzförmig verschmälerten Augen infolge periorbitalem Ödem, verdickte Lippen, Makroglossie, trockene raue und verdickte Haut, glanzloses und struppiges Haar, heisere raue und tiefe Stimme, leichte Ermüdbarkeit, Gewichtszunahme, oft extreme Obstipation, Hypothermie mit kühler Haut und Kälteintoleranz, Hypotension, Bradykardie, u.U. Herzdilatation, Perikarderguss, Parästhesien, Muskelkrämpfe, Schwerhörigkeit, sowie auffällige Verlangsamung der Reflexe. Die Therapie besteht in der Substitution von Schilddrüsenhormonen.¹⁰⁸

b) Clouser, Culver und Gert diskutieren auch das Krankheitsbild des Hypothyreoidismus. Es handele sich in diesem Fall um eine Unterfunktion der Schilddrüse, die Auswirkungen auf den gesamten Organismus hat. Sicher sei das Krankheitsbild für sich genommen als ein Leiden zu klassifizieren. Doch stellen sie nun die Frage, ob durch eine lebenslange Hormontherapie, welche die Auswirkungen der Krankheit normalisiert, auch das Leiden nicht mehr existent sei. Dennoch gehen die Autoren davon aus, dass das Individuum ein Leiden hat, da die Krankheit selbst noch

¹⁰⁸ Pschyrembel. 261. Auflage S 878-879

existiert und lediglich die Auswirkungen auf den Organismus kontrolliert werden und zudem das Individuum in seiner Freiheit eingeschränkt ist, da es ja nicht die Freiheit hat die Medikation abzusetzen. (NTD, 39)

c) –

d) Hier stimme ich Clouser, Culver und Gert zu, dass das Bild des Hypothyreoidismus als Krankheit klassifiziert werden muss. Sicher haben die Autoren diesen Fall als Beispiel genommen und diese Ansicht ist auf andere, ähnliche Krankheitsbilder übertragbar. Der betroffene Organismus leidet nun an einer Krankheit, die durch lebenslange Hormonsubstitution ausgeglichen wird. Hierbei fallen die körperlichen Begleiterscheinungen weg und der Organismus erscheint „gesund“. Dies ist jedoch nach meiner Ansicht keine Heilung im eigentlichen Sinn, sondern eine behandelte Krankheit analog dem Beispiel der Transplantation. Eine Krankheit besteht nach wie vor, da der Organismus nicht selbstständig in der Lage ist den „gesunden“ Zustand zu erhalten.

4.2.2.9 Allergien

a) Eine Allergie ist eine angeborene oder erworbene spezifische Änderung der Reaktionsfähigkeit des Immunsystems gegenüber körperfremden, eigentlich unschädlichen und zuvor tolerierten Substanzen, die als Allergen erkannt werden. Die Entwicklung einer Allergie erfolgt nach klinisch stummem Erstkontakt in einer Sensibilisierungsphase (mind. 6 Tage). Nach erneutem Kontakt treten Entzündungsreaktionen an individuell unterschiedlichen Organsystemen (Haut, Konjunktiven, Nasen-, Rachen-, Bronchialschleimhaut, Magen-Darm-Trakt) oder am gesamten Gefäßsystem auf.¹⁰⁹

b) Allergien sind weit verbreitete Krankheiten, die den Menschen teilweise jahreszeitlich bedingt und teilweise auch ständig belasten. Einerseits, so die Autoren,

¹⁰⁹ Pschyrembel. 261. Auflage S 51

könnte man die These vertreten, dass eine Allergie kein Leiden im eigentlichen Sinn sei, da man sich der Allergenexposition entziehen könne. Wie bereits oben erwähnt, sei eine Allergie jedoch, so Clouser, Culver und Gert, sehr wohl ein Leiden, denn sie gehe immer mit mindestens einem der Übel einher, nämlich stets mit dem Verlust der Freiheit. Wenn ein Individuum darauf angewiesen sei, eine allergenfreie Umgebung aufzusuchen, dann sei es in seiner Freiheit seinen Aufenthaltsort zu wählen, eingeschränkt. Auch wenn das Individuum nun keinen Nachteil darin sehe in eine allergenfreie Umgebung zu wechseln, so sei seine Allergie als Leiden anzusehen. Als Beispiel nennen die Autoren einen Mann, der nach Arizona umzieht um in einer allergenfreien Umwelt leben zu können. Nach dem Umzug sei dieser Mann frei von jeglicher allergischer Reaktion, leide aber unter dem Verlust seiner Freiheit oder von Chancen, weil er nicht die Möglichkeit habe, an bestimmten Orten des Landes zu wohnen. Er habe demzufolge ein Leiden. (PIM, 80)

Auch könne ein Allergen eventuell auf den ersten Blick als ein separater, aufrechterhaltender Grund gelten, da die Allergie bei Entfernung des Allergens verschwinde. Dies lehnen Clouser, Culver und Gert jedoch ab. Sie gehen davon aus, dass die Allergie nicht sofort bei Entfernung des Allergens beendet ist, sondern darüber hinaus eine gewisse Zeit andauert. Somit wäre die Krankheit körpereigen und als Leiden zu verstehen. (MAL, 195)

c) –

d) Auch hier bin ich einer Meinung mit Clouser, Culver und Gert. Auch ich denke, dass eine Allergie stets eine Krankheit darstellt. Allerdings fehlt mir bei Clouser, Culver und Gert eine Differenzierung zwischen einer Allergiedisposition und einer tatsächlichen allergischen Reaktion. Eine allergische Reaktion ist augenscheinlich eine Krankheit. Aber auch die reine Disposition gilt, so meine ich, als Krankheit, da der Körper durch krankhafte Vorgänge unfähig ist sich einem potentiellen Allergen zu widersetzen. Ich gehe zudem davon aus, dass eine symptombezogene Therapie nicht die Krankheit selbst, sondern tatsächlich nur die Ausprägung der Krankheit verbessert. Sie dient primär dazu, dass sich der Patient durch seine Allergie nicht mehr so stark

eingeschränkt fühlt. Das Therapiekonzept der Desensibilisierung ist meines Erachtens mit einer Chance auf Heilung der Krankheit verbunden. Hierbei werden dem Körper steigende Dosen des Allergens verabreicht und dieser ist dann selbstständig in der Lage sich dem Allergen dahingehend anzupassen, dass auch in höheren Dosierungen keine Allergie mehr auftritt. Ob tatsächlich eine Heilung eintritt oder nicht, hängt davon ab, wie gut das Immunsystem des Patienten auf die Desensibilisierung reagiert. Ist die Reaktion nicht ausreichend, so bricht die Allergie wiederum aus und es verbleibt eine Krankheit.

4.2.2.10 Alkoholismus

a) Alkoholismus ist der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol mit somatischen, psychischen oder sozialen Folgeschäden. Die Ursache ist multifaktoriell. Diskutiert werden bestimmte genetische (Defekt der Alkoholdehydrogenase), lerntheoretische (Modelllernen) und soziale (begünstigende Situation in unterprivilegierten Gruppen) und psychische Faktoren (z.B. Krisensituationen). Eine Therapie ist zumeist mehrstufig und in der Regel finden eine stationäre Entziehung und Entwöhnung und Psychotherapie statt.¹¹⁰

b) Auch auf dieses Krankheitsbild gehen Clouser, Culver und Gert ein. Die meisten Alkoholiker gingen davon aus, dass sie gar nicht krank sind, sondern dass ihr erhöhter Alkoholkonsum eher eine schlechte Angewohnheit sei. Um den Betroffenen jedoch die Verantwortung für ihre Sucht zu nehmen, könne man betonen, dass Alkoholismus eine Krankheit sei, welche den Alkoholiker befallen habe, ihn zum Opfer gemacht habe und er nun eine medizinische Behandlung benötige. Die Autoren sehen daher den Alkoholismus als Leiden an, denn der Alkoholiker sei in seiner Sucht gefangen und ein Opfer seines eigenen Verlangens. Die oben erwähnte eigene Meinung des Alkoholikers zu seinem Zustand sehen Clouser, Culver und Gert lediglich als Versuch der

¹¹⁰ Pschyrembel. 261. Auflage S 49

subjektiven Befreiung von seiner eigenen Schuld am Alkoholismus an. Somit sei Alkoholismus in jedem Fall ein Leiden. (ASA, 132)

c) Wiesemann sieht es jedoch als schwierig an, einem Süchtigen wie dem Alkoholiker ein Leiden zuzuschreiben. Sie sagt, dass die normalen Körperfunktionen, die in einem strengen Rahmen ablaufen, nur unter Einfluss des Suchtmittels tatsächlich normal seien. Wäre der Alkoholiker „auf Entzug“, so wäre z.B. sein Puls beschleunigt und das EKG und der Blutdruck wären auch verändert. Die Körperökonomie habe sich voll und ganz auf das Suchtmittel eingestellt und die Funktionen hätten sich diesem untergeordnet. Dieser Umstand mache es schwierig den Zustand des Alkoholikers als krankhaft zu definieren, da alle Körperfunktionen im normalen Rahmen lägen. (Wiesemann, 1999, 280)

d) Alkoholismus ist meiner Ansicht nach eine überaus gefährliche Krankheit. Man spricht nicht umsonst von einer Sucht. Der Betroffene ist in den meisten Fällen freiwillig am Alkoholismus erkrankt, bzw. hat angefangen zu trinken und dann eventuell unbemerkt die Alkoholdosen gesteigert, sodass er in eine Suchtspirale geraten ist. Ein Ausbrechen aus dieser Suchtspirale ist ohne fremde Hilfe meines Erachtens kaum möglich. Ich sehe zwei Argumente, warum Alkoholismus eine Krankheit ist: Zum einen, weil die Abhängigkeit die Willensfreiheit des Betroffenen einschränkt; zum anderen hat der Alkohol eine toxische Wirkung auf den Körper und die Körperfunktionen laufen nicht normal ab. Hier sehe ich besonders einen Kritikpunkt bei der Argumentation von Wiesemann. Die Körperfunktionen scheinen zwar normal, jedoch haben sich diese lediglich an einen pathologischen Zustand adaptiert. Demzufolge sind diese Körperfunktionen selbst pathologisch. Die nächste Frage scheint mir hier, inwieweit Alkoholismus überhaupt geheilt werden kann. Zwar kann mit professioneller Hilfe das Verlangen nach Alkohol gebremst werden, indem dem Betroffenen aufgezeigt wird, wie er seine Trauer oder den Stress in anderer Form bewältigen kann und somit nicht mehr auf den Alkohol als „Trostspender“ angewiesen ist. Dennoch bleibt ein großes Restrisiko. Viele „trockene“ Alkoholiker werden bei erneutem Alkoholgenuss wieder abhängig. Dem lässt sich nur dadurch vorbeugen, dass für den Rest seines Lebens absolut gar kein Alkohol mehr konsumiert wird. Dies spricht

für mich zusätzlich dafür, dass Alkoholismus eine Krankheit sein muss, da das Leben nach einer Behandlung mit erheblichen Einschränkungen im Alltag einhergeht und immer noch eine krankhafte Disposition, wenn auch kontrolliert, vorliegt.

4.2.2.11 Alter

a) Das Altern beschreibt einen degenerativen biologischen Prozess, der mit zunehmendem Alter zu psychischen und physischen Abnutzungserscheinungen führt und meist zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr beginnt. Die Differenz zwischen sogenanntem chronologischem Alter und dem biologischen Alter beeinflussen v.a. folgende Faktoren: sozioökonomische Bedingungen (v.a. Beruf, Lebensweise und Ernährung), genetische Konstitution, emotionaler Umgang mit Problemen, lang dauernde Kontamination mit Schadstoffen und chronische Erkrankungen. Es kommt zu geringerer Hormonproduktion, oxidativ geschädigten Enzymen, evtl. Verlangsamung geistiger Funktionen, bei beeinträchtigtem Kurzzeitgedächtnis Vergesslichkeit, evtl. sozialer Isolierung, Verarmung, depressiver Stimmung, verminderter Wasserspeicherung im Gewebe, reduzierter Regenerationsfähigkeit, Elastizitätsverlust der Haut, spröden Knochen, nachlassender Leistungsfähigkeit der inneren Organe, Nerven, Muskeln, Sinnesorgane und des Gehörs.¹¹¹

b) Das Alter eines Menschen wird von den Autoren nicht als Leiden betrachtet. Es werde bis heute nicht klar, inwieweit das Alter eine Kondition des Individuums selbst ist. Jedes Individuum altere zwar, jedoch sei nicht klar, ob dies ein biologischer Vorgang des Individuums selbst sei. Allerdings gehen die Autoren davon aus, dass sich Zellen oder Organe verändern können. Hierzu sollte man aber die veränderten Zellen und Organe separat vom Organismus betrachten und lediglich diese Veränderungen als krankhaft bezeichnen. Solche Veränderungen können auf das Alter, aber auch auf andere Faktoren zurückzuführen sein. Es sei also hier nicht hilfreich ein Individuum allein aufgrund seines Alters zu charakterisieren. (MAL, 209-210)

¹¹¹ Pschyrembel. 261. Auflage S 56-57

c) –

d) Ich sehe dies ähnlich wie Clouser, Culver und Gert. Auch wenn ein Mensch alt ist, so ist dies keine Kondition, die allein als Krankheit betrachtet werden kann. Ich sehe das Altern als einen natürlichen Vorgang an, der keinem Menschen erspart bleibt. Das bedeutet, dass das Alter universell und geschlechterübergreifend ist. Da sich niemand dem Altern entziehen kann, gibt es auch keinen Menschen, der auf einer Altersstufe verweilen kann. Demzufolge kann das Alter keine Krankheit sein, weil es ja kaum einen Menschen gibt, der diesen Zustand ohne besondere Vorfälle nicht erleben wird. In dem Argument der Autoren, dass zelluläre Veränderungen nicht nur auf das Alter des Individuums zurückzuführen sind, stimme ich mit ihnen überein. Sicher ist es richtig, wenn man sagen würde, dass das Alter ein erhöhtes Risiko für zelluläre Veränderungen darstellt, da die Zellen mehr Zeit haben sich zu verändern. Mit steigendem Alter wächst somit das Risiko zu zellulären Veränderungen durch andere Einflüsse.

4.2.2.12 Trigeminalneuralgie

a) Eine Trigeminalneuralgie beschreibt anfallartig, meist einseitig auftretende Schmerzen im Versorgungsgebiet des N. trigeminus, evtl. mit Kontraktionen der mimischen Muskulatur (Tic douloureux). Zudem finden sich eine Rötung des Gesichts und eine vermehrte Tränen- und Schweißsekretion. Die Therapie kann konservativ, zumeist mit Antiepileptika, operativ durch mikrovaskuläre Dekompression des N. trigeminus in der hinteren Schädelgrube oder perkutan am Ganglion Gasseri oder auch radiochirurgisch erfolgen.¹¹²

¹¹² Pschyrembel. 261. Auflage S 1954

b) Bei dem Krankheitsbild der Trigeminusneuralgie sind Clouser, Culver und Gert eindeutig der Meinung, dass es ein Leiden darstellt. Unter einer Trigeminusneuralgie verstehe man einen äußerst schmerzhaften Reizzustand des fünften Hirnnervs. Da das betroffene Individuum Schmerzen erleide, sei die Trigeminusneuralgie klar als ein Leiden einzustufen. Hier reiche eines der Übel, der Schmerz, aus, um diesen Zustand als ein Leiden zu klassifizieren. (PIM, 87)

c) –

d) Ich meine auch, dass eine Trigeminusneuralgie eine Krankheit darstellt. Auch die Argumentation der Autoren ist für mich logisch, denn der Patient erleidet Schmerzen, die subjektiv zumeist als sehr schlimm empfunden werden. Zudem treten diese Schmerzen bei kleinsten Reizzuständen, wie z.B. dem täglichen Zähneputzen, auf. Durch diesen nahezu ständigen, starken Schmerz sind die Patienten nach meiner Ansicht stark in ihrem Leben eingeschränkt, und nicht selten resultiert aus einer solchen Krankheit eine zusätzliche Krankheit, nämlich beispielweise eine Depression.

Das Bild der Trigeminusneuralgie gehört eigentlich nicht zu den definitorischen Grenzfällen, die Clouser, Culver und Gert beschreiben, sondern zeigt ein Beispiel auf, bei dem die Klassifikation als Krankheit ohne Zweifel vorgenommen werden kann.

4.2.2.13 Wunden und Verbrennungen

a) Eine Wunde beschreibt die Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergeweben mit oder ohne Substanzverlust. Eine Wunde kann mechanisch, thermisch, strahlenbedingt und chemisch (akut) hervorgerufen werden oder chronisch auftreten.¹¹³

Eine Verbrennung ist eine thermische Schädigung infolge externer Hitzeeinwirkung oder Elektrounfall. Eine Verbrennung wird durch initiale Kaltwasserbehandlung,

¹¹³ Pschyrembel. 261. Auflage S 2082

Abdecken offener Flächen mit steriler Folie, Infusionstherapie, sukzessive Nekroseabtragung und Hauttransplantation (abhängig vom Schweregrad) behandelt.¹¹⁴

b) Auch die Krankheitsbilder der Wunden und Verbrennungen werden von Clouser, Culver und Gert entsprechend ihrer Theorie interpretiert. Diese entstünden zwar durch einen separaten, aufrechterhaltenden Grund, wie z.B. thermische Strahlung, blieben aber nach dem Wegfall der Strahlung bestehen und seien somit körpereigen geworden. Hier träfe es zu, dass ein separater, aufrechterhaltender Grund das Leiden auslösen kann, dies aber zu einem körpereigenen Leiden wird. (PIM, 95-98)

c) –

d) Dieses Beispiel haben die Autoren meiner Ansicht nach gewählt um zu betonen, dass ein separater, aufrechterhaltender Grund eine Krankheit nicht definieren kann. Die Autoren umgehen dieses Problem, indem sie sagen, dass ein separater, aufrechterhaltender Grund nur dann eine Krankheit hervorrufen kann, wenn das Leiden auch nach dem Wegfall dieses Grundes weiter besteht. Ich denke, dass hier jedoch nicht das Anhalten des pathologischen Zustandes ausschlaggebend sein sollte, sondern die tatsächlich entstandenen körperlichen Veränderungen. Meiner Ansicht nach ist es auch möglich eine Krankheit zu haben, wenn der separate, aufrechterhaltende Grund existent ist. In diesem Fall liegt nach meiner Ansicht bei Wunden und Verbrennungen in jedem Fall eine Krankheit vor.

4.2.3 Mentales Leiden

4.2.3.1 Intelligenz

a) Intelligenz ist eine Bezeichnung für kognitive psychische Fähigkeiten (z.B. Konzentration, Vorstellung, Gedächtnis, Denken, Lernen, Sprache, Fähigkeit zum Umgang mit Zahlen und Symbolen). Im engeren Sinn versteht man unter Intelligenz

¹¹⁴ Pschyrembel. 261. Auflage S 2028-2029

geistige Begabung und Beweglichkeit, die Menschen befähigt sich schnell in neuen Situationen zurechtzufinden, Sinn- und Beziehungszusammenhänge zu erfassen sowie neuen Gegebenheiten und Anforderungen durch Denkleistungen sinnvoll zu entsprechen. Die Ausprägung ist von genetischen, kulturellen und sozialen Faktoren abhängig.¹¹⁵

b) Bei mangelnder Intelligenz sei zwar nicht zwangsläufig an ein Leiden zu denken, diese könne aber bei besonders unterdurchschnittlicher Ausprägung als Leiden gewertet werden. Clouser, Culver und Gert beziehen zu diesem Thema Stellung, indem sie davon ausgehen, dass eine Behinderung nicht stets präsent oder nicht präsent ist. Sie distanzieren sich hier von der These, dass es beim Begriff der Behinderung nur die Optionen gibt, dass eine Behinderung gegeben ist oder, wenn sie nicht gegeben ist, dass sie abwesend ist. Es könne auch der Fall eintreten, dass eine Behinderung gewisse Abstufungen habe. Analog zum Begriff der Behinderung weise auch eine Fähigkeit oftmals Abstufungen auf. Dies werde im Fall der Intelligenz durch das Aufstellen eines Intelligenzquotienten verdeutlicht, welcher einen bestimmten Punktwert annimmt und mit welchem man genaue Abstufungen der Intelligenz vornehmen kann. Je weiter eine Fähigkeit nach unten abgestuft werde, desto näher komme man dem Zustand der Behinderung, welcher ab einer gewissen Grenze erreicht sei. Somit leide eine Person, die eine nur leicht unterdurchschnittliche Intelligenz aufweist, nicht an einer Behinderung. Eine Behinderung erleide nur derjenige, welcher weit unter dem Durchschnitt der geistigen Fähigkeiten liege. Zwar seien die Abstufungen hilfreich, dennoch müsse eine allgemeingültige Grenze zwischen der Fähigkeit der Intelligenz und der Behinderung der Intelligenz gezogen werden. Diese liege bei einem Punktwert von 70. Es sei zudem noch nicht vollständig geklärt, so Clouser, Culver und Gert, inwieweit die genetische Struktur und die Erziehung bei der Ausbildung der Intelligenz ineinandergreifen. Zudem gehen die Autoren davon aus, dass eine mentale Behinderung genetisch bedingt ist, wenn zum einen der IQ unterhalb von 70, also unterhalb der Normwerte liegt (Normwerte: 70-100), und wenn zum anderen eine genetische

¹¹⁵ Pschyrembel. 261. Auflage S 922

Aberration dafür verantwortlich und die Intelligenz somit nicht steigerungsfähig ist. (CGM, 158)

c) Wiesemann sieht hier die Schwierigkeit in der Bestimmung von Werten wie z.B. dem IQ von 70. Diese Werte seien statistisch ermittelt und auf ein Kollektiv anzuwenden. Hierbei werde völlig außer Acht gelassen, dass auch eine individuelle Fähigkeit zur Normsetzung gegeben ist. (Wiesemann, 1999, 282)

d) Auch für mich ergibt sich das Problem, eine klare Linie ziehen zu müssen, um eine geistige Leistung zu bewerten. In diesem Fall sehen Clouser, Culver und Gert einen Punktwert von 70 als Grenze zwischen einer Fähigkeit und einer Behinderung an. Auf der einen Seite muss nach meiner Ansicht eine solche Grenze gezogen werden, um definitorische Klarheit zu gewinnen und um den Patienten über seine Intelligenz nachvollziehbar aufzuklären. Auf der anderen Seite kann der Patient mit einem Punktwert von unter 70 in anderen geistigen Bereichen deutlich besser abschneiden, sodass eventuell nur eine Behinderung in bestimmten Teilbereichen vorliegt. Auch ein Patient mit einem Punktwert knapp über 70 kann, meiner Meinung nach, eine Behinderung in Teilabschnitten der Gesamtleistung seiner Intelligenz aufweisen. Jedoch ist es nötig einen Wert festzulegen, um die Entscheidung zu treffen, ob der Betroffene nun eine Krankheit hat oder nicht. Ich unterstütze auch die These der Autoren, dass es gewisse Abstufungen der Intelligenz gibt. Zudem bin ich der Meinung, dass eine Behinderung unterhalb eines bestimmten Punktwertes vorliegen muss. Wenn diese Behinderung vorliegt, dann ist klar von einer Krankheit zu sprechen. Es ist jedoch fraglich, ob und inwieweit der Patient sich selbst als leidend einstufen würde. Es wäre möglich, dass er mit seiner geistigen Kapazität zufrieden ist, weil er das Ausmaß seiner Behinderung nicht erkennen und einordnen kann. In diesem Fall, so meine ich, geht der Betroffene nicht davon aus, dass er eine Krankheit hat. Die Gesellschaft jedoch stuft den Betroffenen unterhalb des Punktwertes von 70 als krank ein.

4.2.3.2 Schizophrenie

a) Die Schizophrenie ist nach DSM und ICD eine nichtorganische Psychose mit charakteristischen, jedoch vielgestaltigen Störungen der Persönlichkeit (des Ichs oder Selbsterlebens), des Denkens, der Wahrnehmung, der Realitätskontrolle und der Affektivität ohne Beeinträchtigung der Klarheit des Bewusstseins, ohne erkennbare hirnorganische Erkrankung und ohne Einwirkung von Psychedelika. Als Ursache wird das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Problem diskutiert. Eine Schizophrenie äußert sich u.a. in Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen, Ambivalenz, Autismus, psychomotorischen Störungen, Störungen der Affektivität, Ich-Erlebensstörungen. Ein Drittel der Ersterkrankten wird geheilt, ein Drittel der Patienten kann eigenständig mit Beeinträchtigungen im privaten und beruflichen Bereich leben, ein Drittel benötigt langfristige, u.U. dauerhafte Betreuung.¹¹⁶

b) Schizophrenie wird von den Autoren als Mentales Leiden bezeichnet, da schizophrene Patienten Symptome wie z.B. bizarren Wahn oder unorganisiertes Verhalten aufweisen, die nicht auf separaten, aufrechterhaltenden Gründen basieren. Eine Schizophrenie könne von drei ätiologisch verschiedenen Wegen ausgehen. Zum einen wird konstatiert, dass einige Schizophreniepatienten eine vererbte Abnormität des Nervensystems aufweisen. Der zweite Weg sei ein traumatisches Erlebnis in der Kindheit und als drittes könne eine Schizophrenie durch eine Kombination aus den beiden vorher genannten Zuständen entstehen. Eine Schizophrenie sei deshalb kein rein körperliches Leiden, weil der Großteil der betroffenen Individuen eine Schizophrenie nicht aufgrund von Abnormitäten des Nervensystems aufweise. Diese drei Möglichkeiten der Genese seien der Grund, warum die Schizophrenie als ein Mentales Leiden klassifiziert sei. Außerdem erlitten die Patienten Übel und hätten oftmals irrationale Wünsche und Überzeugungen. All dies spräche für ein Leiden. (PIM, 87-88, 99)

c) Biller-Andorno sagt zum Thema der psychiatrischen Krankheiten, dass der Krankheitsbegriff in diesem Teilgebiet nicht nur theoretisch, sondern auch im Hinblick

¹¹⁶ Pschyrembel. 261. Auflage S 1716

auf praktische Beispiele pointiert diskutiert wurde. (Biller-Andorno, 2002, 46) Hier sagt sie leider nicht, von wem die psychiatrischen Krankheiten pointiert diskutiert wurden. Ich gehe davon aus, dass sie sich allgemein auf die Literatur zu diesem Thema bezieht. Diese Diskussionen bezögen sich zumeist auf die Kernfrage, ob jemand mit einer psychiatrischen Erkrankung zurechnungsfähig sein kann. Die zweite Diskussion bezöge sich auf die Einordnung psychiatrischer Krankheiten entweder in real kranke vs. delinquente Zustände. Im Bereich der Psychosomatik sieht Biller-Andorno es als naheliegend an, die Frage nach dem, was Krankheit ist, mit der Frage der Behandlungsbedürftigkeit zu verknüpfen. (Biller-Andorno, 2002, 46)

d) Auch nach meiner Meinung muss die Schizophrenie als Krankheit gelten. Eine Schizophrenie geht meistens mit Denkstörungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Ich-Störungen¹¹⁷, depressiven Symptomen, motorischen und/oder kognitiven Defiziten einher. Diese Symptome zeigen deutlich, dass der Betroffene unter verschiedenen, abnormen Zuständen leiden kann. Genau wie beim Aspekt der Intelligenz besteht allerdings die Frage, inwieweit sich der Betroffene selbst als leidend einschätzt. Oftmals wird eine Schizophrenie vom Betroffenen verkannt oder geleugnet.

4.2.3.3 Bipolare Störungen und depressive Episoden

a) Unter einer bipolaren Störung wird der Komplex der manisch-depressiven Erkrankung zusammengefasst. Dies ist eine Form der affektiven Störung mit wiederholten (mind. 2) Episoden, in denen Stimmungs-, Antriebs- und Aktivitätsniveau des Betroffenen durch das Auftreten von Symptomen einer Depression oder Manie, aber auch von hypomanischen, subdepressiven oder Mischzuständen vermindert sind (bis zu 40% der Patienten). Der Erkrankungsbeginn liegt häufig um das 20. Lebensjahr;

¹¹⁷ Unter Ich-Störungen versteht man Derealisation (Umgebung erscheint fremd), Depersonalisation (das Ich wird als fremd empfunden), Gedankeneingebung (Gedanken werden von außen eingegeben und nicht selbst gedacht), Gedankenausbreitung (andere denken die Gedanken mit), Gedankenentzug (andere „stehlen“ die eigenen Gedanken), Transitivity (Projektion eigenen Krankheitsseins auf andere) und Verkennungen (Bekanntes wird fremdartig wahrgenommen)

Quelle: http://www.thieme.de/viamedici/lernen/spickzettel/psy_ichstoerung.html

manische Phasen: in der Regel abrupter Beginn, Dauer ca. 2 Wochen bis 4-5 Monate; depressive Phasen: Dauer im Mittel 6 Monate. Zwischenzeitlich treten häufig eine komplette Remission oder übergangslose Wechsel zwischen den polaren Zuständen der Depression und der Manie auf. Therapeutisch werden Neuroleptika, Antidepressiva, Psycho- und Soziotherapie angewendet.¹¹⁸

b) Bipolare Störungen und ausgeprägte depressive Episoden werden von den Autoren, wie Schizophrenien auch, als Mentales Leiden klassifiziert, da das erlittene Übel zu Traurigkeit, Verlust jeglicher Energie, Unschlüssigkeit, Gefühl von Wertlosigkeit usw.¹¹⁹ führe. Auf der anderen Seite träten bei Manien oftmals Symptome wie großartige Illusionen, rücksichtsloses Fahren oder das Verprassen von Geld auf. (PIM, 99)

c) Zur Thematik der psychischen Krankheitsbilder sagt Lenk, dass viele psychische Erkrankungen auch physische Symptome zeigen. Als Beispiel führt er eine Klaustrophobie an, bei der der Betroffene neben seinen Angstzuständen auch schweißnasse Hände, einen schnelleren Herzschlag, Schwindel, Übelkeit, Hyperventilation und zittrige Beine verspürt. Lenk geht davon aus, dass in der Theorie von Clouser, Culver und Gert eine Klaustrophobie nicht als Mentales Leiden bezeichnet werden würde, denn das Erleiden eines Übels beziehe notwendigerweise noch andere Teile des Körpers als das Gehirn mit ein. Es scheint für Lenk jedoch eher plausibel die Klaustrophobie als Mentale Krankheit zu betrachten, weil man keine organische Ätiologie vorweisen kann. Er sieht den Lösungsansatz seitens Clouser, Culver und Gert zur Unterscheidung von physischen und psychischen Krankheiten als ungenügend an. (Lenk, 2002, 171)

d) Analog zum Beispiel der Schizophrenie ist auch hier nach meiner Meinung von einer Krankheit zu sprechen. Am Beispiel der Depression wird dies besonders deutlich. Der Betroffene zieht sich sozial völlig zurück, ist traurig, fühlt sich wertlos und überflüssig.

¹¹⁸ Pschyrembel. 261. Auflage S 1836-1837

¹¹⁹ Siehe DSM-III. 1980 S 213-215

Oftmals verbringen diese Menschen längere Zeit in ihrem Bett, ohne jegliche Energie für alltägliche Dinge aufzubringen. In vielen Fällen wird eine Depression auch von Suizidgedanken oder sogar Suizidabsichten oder –versuchen begleitet. Diese Umstände klassifizieren eine Depression klar als eine Krankheit. Beim Krankheitsbild der Manien ist es oftmals schwerer dies überhaupt festzustellen. Der Betroffene zeigt sich antriebsgesteigert und macht nach außen hin den Eindruck, als sei er momentan besonders positiv gestimmt. Dies ist jedoch nicht der Fall, denn der Betroffene befindet sich in einer Krankheitsspirale, in welcher er das Ausmaß seiner Übertreibungen in jeglicher Form, seien es große Geldausgaben oder besonders gute Laune, gar nicht mehr erfassen kann. Auch hier ist es zumeist wieder der Fall, dass der Betroffene sich selbst nicht als krank einstufen würde. Trotzdem muss in meinen Augen auch die Manie als Krankheit betrachtet werden.

4.2.3.4 Bipolare Störungen und Zwänge

a) Unter einer Zwangshandlung versteht man eine wiederholte, an sich zweckgerichtete, absichtlich und nach festen Regeln oder stereotyp ausgeführte Verhaltensweise, die ihre ursprüngliche Funktion verloren hat und als unsinnig und Ich-fremd erlebt wird. Sie wird meist in der Absicht ausgeführt, Unannehmlichkeiten oder Katastrophen zu verhindern. Bei versuchter Unterlassung treten starke Anspannung und Angst auf.¹²⁰

b) Auch Phobien und Zwänge definieren Clouser, Culver und Gert als Mentale Leiden. Phobische Patienten würden oftmals von Panikattacken heimgesucht, Patienten mit Zwängen wiesen eine willensmäßige Behinderung und eine Störung ihres Lebens, hervorgerufen von der Notwendigkeit, das gefürchtete Objekt zu vermeiden auf¹²¹, sodass beide Übel erleiden, was diese Krankheiten als Leiden qualifiziert. Zwänge sind durch zwanghaftes Verhalten charakterisiert. Als Beispiel nennen die Autoren einen Menschen, der sich zwanghaft die Hände waschen muss. Hier spielten nicht nur die

¹²⁰ Pschyrembel. 261. Auflage S 2112

¹²¹ Siehe DSM-III. 1980 S 225-232

Hygiene eine Rolle, sondern auch die daraus entstehenden Konsequenzen wie z.B. wund gescheuerte Haut. (PIM, 99)

c) Zum Themengebiet der psychiatrischen Krankheiten sagt Hösle, dass nicht immer derjenige, der einen Psychiater aufsucht, auch tatsächlich objektiv derjenige ist, der an einer Krankheit leide. Es sei sogar der Fall, dass sich viele Menschen abnorm verhalten und deren Angehörige, z.B. Kinder oder Partner, die Hösle hier als „Opfer“ bezeichnet, einen Psychiater kontaktieren. Das subjektive Krankheitsempfinden, in Hösles Fall der Angehörigen, reicht seiner Meinung nach augenscheinlich nicht aus, um Krankheit zu definieren. Allerdings räumt Hösle ein, dass er keine konkrete Lösung für dieses Problem kennt. (Hösle, 1999, 272-273)

d) Auch hier stimme ich den Ausführungen der Autoren zu. Bipolare Störungen sind, wie ich meine, deshalb als eine Krankheit zu klassifizieren, weil sie aus Manie und Depression bestehen.¹²²

Auch Zwänge sind nach meiner Ansicht eine Krankheit. Unter einem Zwang versteht man eine Handlung, die der Betroffene nicht unterdrücken kann. Er ist somit in seinem freien Willen zu handeln eingeschränkt. Zudem leidet der Betroffene selbst unter dem ständigen Zwang zu bestimmten Handlungen.

4.2.3.5 Trauer

a) Eine Trauerreaktion ist die Reaktion auf den Verlust einer Person oder eines Objektes. Es existieren zwei Formen der Trauerreaktion: zum einen die normale Trauerreaktion mit Niedergeschlagenheit (Depression), unwillkürlichen Erinnerungen (Intrusionen) und körperlichen Beschwerden (Atembeschwerden, Essstörungen, Erschöpfung). Zum anderen gibt es die komplizierte oder pathologische Trauerreaktion, die u.U. nach Monaten oder Jahren mit psychischer Fixierung auf Verlust und

¹²² Siehe hierzu Punkt 2.3

Erinnerung, Fehlanpassung an die Realität oder scheinbar fehlender Betroffenheit einhergeht.¹²³

b) Clouser, Culver und Gert analysieren den Zustand der Trauer anhand eines Artikels von George Engel aus dem Jahr 1961¹²⁴, der davon ausgeht, dass

„es ein Leiden und eine Behinderung der Leistung der Funktionen beinhaltet, was Tage, Wochen oder sogar Monate andauern kann. Wir können einen konstanten ätiologischen Faktor, nämlich einen echten, bedrohlichen oder sogar phantasierten Verlust der Ziele identifizieren. Es erfüllt alle Kriterien eines eigenständigen Syndroms, welches eine relativ vorhersagbare Symptomatik und einen vorhersagbaren Ablauf hat.“ (PIM, 95)

Clouser, Culver und Gert gehen davon aus, dass diese Definition nicht ausreicht um Trauer als eine Krankheit anzusehen. Die erste Aussage, dass Trauer ein Erleiden oder eine Behinderung der Leistung der Funktion sei, ist nach Clouser, Culver und Gert nicht hinreichend detailliert. Die zweite Aussage, nämlich dass eine konstante Ätiologie vorliegt, ist nach Ansicht der Autoren als sehr problematisch anzusehen. Es existierten auch separate, aufrechterhaltende Gründe, die auf einer konstanten Ätiologie basieren können, die aber in keinem Zusammenhang mit einem Leiden stehen. Deshalb sei diese Aussage von Engel in der Form schlichtweg nicht korrekt. Der als dritte Punkt genannte vorhersagbare Ablauf sei zwar häufig, jedoch nicht immer bei Krankheiten zu finden. Es könne auch der Fall sein, dass ein völlig neues Krankheitsbild auftritt, welches dementsprechend weder eine vorhersagbare Symptomatik noch einen vorhersagbaren Ablauf haben kann. Clouser, Culver und Gert gehen zudem nicht davon aus, dass Trauer ein Leiden im Sinn ihrer Theorie sein kann, da die Trauer zumeist auf einem separaten, aufrechterhaltenden Grund basiere und der Begriff des Leidens für Krankheiten, die

¹²³ Pschyrembel. 261. Auflage S 1947

¹²⁴ Engel G (1961) Is grief a disease? Psychosomatic Medicine 23: 18-22 zit. nach Culver CM/Gert B (1982) Philosophy in Medicine: Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry. New York/Oxford

primär auf einer Störung der Person selbst basieren, vorbehalten sein sollte. (PIM, 95-96)

c) –

d) Ich gehe davon aus, dass eine Trauerreaktion dann keine Krankheit ist, wenn sie die übliche Trauerzeit über anhält und nicht infolge der Trauer eine andere Mentale Krankheit auftritt. Sollte jedoch aufgrund der Trauer z.B. eine Depression entstehen, muss von einer Krankheit gesprochen werden.

4.2.4 Sexuelle Leiden

a) –

b) Laut Clouser, Culver und Gert existieren auch sexuelle Leiden, die sie in ego-syntonische und ego-dystonische Phantasien differenzieren. Ego-syntonische Phantasien seien generell keine Leiden, da es hier lediglich bei sexuell abnormen Phantasien bliebe und diese nicht in die Tat umgesetzt würden und darüber auch nicht nachgedacht werde. Diese Person werde von ihrer sexuellen Phantasie nicht gequält und fühle auch keine Qual durch ihr sexuelles Verlangen. Jedoch gebe es folgende Ausnahmen:

- 1) Das Vorliegen einer willensmäßigen Behinderung
- 2) Die Gefahr von anderen entdeckt zu werden

Ego-dystonische Phantasien hingegen seien stets ein Leiden, da Unbehagen auftrete, die Person Übel erleide und kein separater, aufrechterhaltender Grund vorliege. Hier sei die Person sehr wohl einem Leiden unterworfen, da ihre sexuelle Neigung sie quäle und dies somit eine belastende Situation darstelle. (PIM, 102-103) Menschen, die ein sexuelles Leiden erleben, sähen zumeist nicht die Notwendigkeit, deshalb einen

Psychiater aufzusuchen. Dies erfolge nur dann, wenn ihr abnormes Verhalten sie in einen Konflikt mit der Gesellschaft bringt. (PIM, 105)

c) –

d) Ein denkbare Beispiel hierfür ist in meinen Augen ein pädophil veranlagter Mann. Das alleinige Verlangen, seine Pädophilie auszuleben, steht nicht in einem Konflikt mit der Gesellschaft. Dieser Konflikt tritt erst dann ein, wenn der Mann entweder mit jemandem über sein Verlangen spricht oder er ein Kind unsittlich berührt.

4.2.41 Paraphilien

a) Eine Paraphilie ist eine medizinische Fachbezeichnung für abweichendes Sexualverhalten. Nach DSM-IV wird diese folgendermaßen definiert: sexuelle Phantasien, dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die mindestens 6 Monate bestehen und sich nicht auf menschliche Objekte, auf Leiden oder Demütigung der eigenen Person oder anderer, auf Kinder und andere nicht einwilligende oder nicht einwilligungsfähige Personen beziehen. Dieses Verhalten muss zu klinisch bedeutsamem Leiden oder zu sozialen oder beruflichen Beschränkungen führen.¹²⁵

b) In einem speziellen Artikel¹²⁶ gehen Clouser, Culver und Gert auf Paraphilien ein. Eine Paraphilie sei primär durch eine Abweichung vom normalen sexuellen Verhalten gekennzeichnet, könne jedoch auch mit einem Erleiden von Qualen einhergehen. Paraphilien bezögen sich gedanklich entweder auf nichtmenschliche Wesen, auf Situationen, in denen das Individuum selbst oder sein Partner Schmerzen erfahre oder auf Kinder und andere nicht mit der sexuellen Handlung einverständene Personen. Diese drei Arten von Phantasien hegten Menschen mit einer Paraphilie, wobei diese Phantasien einzeln oder auch in Kombination auftreten könnten. Die Diagnose einer

¹²⁵ Pschyrembel. 261. Auflage S 1436

¹²⁶ DOP

Paraphilie könne gestellt werden, wenn der Betroffene dadurch an einer Qual leide. Die abweichenden sexuellen Phantasien könnten zudem entweder immer vorhanden sein oder sie könnten andererseits auch episodisch auftreten, z.B. in Stresssituationen. Oftmals sind die abweichenden sexuellen Gedanken die einzigen sexuellen Gedanken, die ein betroffenes Individuum hat. Menschen mit einer Paraphilie litten zumeist sehr unter ihrem Zustand, weil dieser im Gegensatz zu den Überzeugungen der Gesellschaft stehe. Meistens sähen sich diese Menschen jedoch selbst nicht als krank an, sondern es trete ein Konflikt mit den Sexualpartnern oder der Gesellschaft auf. Laut Clouser, Culver und Gert ist Paraphilie jedoch streng genommen nicht als ein Mentales Leiden klassifizierbar, da das abweichende Verhalten stets ein Teil der Person selbst sei. Bei der Paraphilie werde das abweichende Verhalten jedoch erst im Vergleich mit anderen Individuen sichtbar. (DOP, 161-162)

c) –

d) Meiner Ansicht nach stellt eine Paraphilie ein besonders schlimmes Leiden dar. Zum einen wird der Betroffene von seinen Phantasien eingenommen, er kann sich dieser nicht entledigen. Zum anderen beziehen sich diese sexuellen Phantasien auf andere Personen, Kinder oder Tiere, und genau hier liegt in meinen Augen die Brisanz. Die Phantasien beschränken sich zumeist auf Lebewesen, die mit einer möglichen sexuellen Handlung nicht einverstanden sind. Sollte es zu einer solchen Handlung kommen, so wird dem anderen Lebewesen auch ein Leiden zugefügt. Man muss natürlich auch die gängigen Moralvorstellungen der heutigen Zeit berücksichtigen, nach denen der Geschlechtsverkehr mit nicht einverstanden Personen als verwerflich betrachtet wird. Wären die Moralvorstellungen anders, so würde hier der Leidensbegriff sicherlich anders angewendet werden.

4.2.42 Transvestitischer Fetischismus

a) Unter Transvestismus versteht man das Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts. Im engeren Sinn ist dies mit sexueller Erregung verbunden (Form des

Fetischismus). Transvestismus ist von Transsexualität und Homosexualität zu unterscheiden und ist weitaus häufiger bei Männern als bei Frauen und meist mit einer heterosexuellen Orientierung verbunden.¹²⁷

b) Ähnlich verhält es sich bei dem Bild des Transvestitischen Fetischismus. Hier kleiden sich vorwiegend heterosexuelle Männer in Frauenkleidung und können so ihre sexuellen Phantasien ausleben. Nur wenn jemand unter dem Transvestitischen Fetischismus Qualen erleidet, dann sprechen Clouser, Culver und Gert von einer mentalen Störung. Wenn der Betroffene allerdings nur Qualen erleidet, weil er weiß, dass seine sexuelle Vorliebe im Gegensatz zur gesellschaftlichen Norm steht, so sprechen die Autoren nicht von einer mentalen Störung, denn eine mentale Störung definieren sie als „unabhängig von realistischen Erwartungen den Grund der Qualen des Individuums zu entdecken und zu bestrafen; wenn es jedoch abhängig von diesen realistischen Erwartungen ist, dann liegt keine mentale Störung vor“.¹²⁸ (DOP, 167)

c) –

d) Auch hier sind nach meiner Ansicht die gängigen Moralvorstellungen ausschlaggebend für die Klassifikation des Transvestitischen Fetischismus als ein Leiden. Zur heutigen Zeit kann man dann von einem Leiden sprechen, wenn der Betroffene selbst darunter leidet. Trifft der Fall zu, dass sich der Betroffene ohne jegliches Missempfinden in Frauenkleidung hüllt, so würde ich nicht von einem Leiden sprechen

¹²⁷ Pschyrembel. 261. Auflage S 1946

¹²⁸ DOP, 167

5. Zusammenfassende Bewertung

Christopher Boorse:

Die Biostatistische Theorie von Christopher Boorse stellt eine Krankheitstheorie dar, welche eher aus einem philosophischen Blickwinkel entstanden ist. Für diesen philosophischen Blickwinkel ist die Krankheitstheorie bis auf einige im Text erwähnte periphere Erklärungen gemäß den naturalistischen Grundlagen schlüssig. Jedoch fällt Boorses BST recht komplex und nicht auf Anhieb verständlich aus. Diese Arbeit stellt allerdings den medizinischen Aspekt der BST in den Vordergrund, da auch Krankheitsbilder diskutiert werden. Der klinische Aspekt wird aufgrund der fehlenden persönlichen Wertungen, die Boorse von seiner Theorie komplett ausschließt, nicht adäquat und realistisch wiedergegeben. Dies stellt, zumindest aus klinischer Sicht, eine Schwachstelle dieser Theorie dar. Zusammenfassend hat Boorse zwar den Anspruch auf eine philosophische Aufstellung eines Krankheitsbegriffes erfüllt, eine gültige medizinisch-klinische Krankheitstheorie stellt er jedoch nicht auf. Diesbezüglich stimme ich folgender Aussage von Lenk zu:

„Wichtiger ist mir allerdings im Moment, die Aufmerksamkeit auf die Frage zu lenken, weshalb Boorses Ansatz keinen Maßstab für das Gesundheitsempfinden des Patienten besitzt: das liegt in der Ausgrenzung der „praktischen Gesundheit“ im Vorfeld der eigentlichen theoretischen Arbeit begründet, welche im Dienst naturwissenschaftlicher Objektivität vollzogen wird.“¹²⁹

Das augenscheinlichste Beispiel hierfür besteht darin, dass Boorse die Homosexualität als Mentale Krankheit ansieht. Hier sehe ich ein schwerwiegendes Problem der BST. Nach meiner Meinung kann Homosexualität nicht als krankhaft bezeichnet werden, da die Krankheitseinschätzung des betroffenen Individuums, die bei Boorse vollständig

¹²⁹ Lenk C (2002) Therapie und Enhancement. Münster

ausgeklammert wird, hier eine wichtige Rolle spielt. Die BST ist, bezogen auf das Thema Homosexualität, somit nicht schlüssig.

Boorse scheint mir zudem das Thema Reproduktion mit zu strengem Blick zu betrachten. Boorse sieht die Reproduktion als höchstes Ziel und somit den sexuellen Akt lediglich als Funktion zum Erreichen dieses höchsten Zieles an. In der Realität ist Sexualität nicht nur auf Reproduktion, sondern auch auf Empfindungen und Lusterfüllung ausgerichtet.

Ein weiteres, schwerwiegendes Problem in der BST bilden die universellen Krankheiten. Boorse sieht universell vorkommende krankhafte Zustände nicht als Krankheiten gemäß seiner Theorie an. Dies betrachte ich als einen weiteren gravierenden Fehler.

K. Danner Clouser, Charles M. Culver, Bernard Gert:

Die Krankheitstheorie von K. Danner Clouser, Charles M. Culver und Bernard Gert ist im Gegensatz zu der Theorie von Boorse sehr gut verständlich und leicht nachvollziehbar. Das „Malady“-Konzept erhebt zudem durch Einbeziehung der normativen Komponente in die Leidentheorie eher den Anspruch auf medizinische und klinische Gültigkeit als die Theorie von Boorse. Kritikpunkte gibt es kaum, sodass diese Theorie auf klinische Sachverhalte größtenteils problemlos anwendbar ist.

Ein Problem der Leidentheorie sehe ich in der Definition von Schwangerschaft, der Menopause und Menstruation als Leiden. Diese Zustände sollten nicht per se als Krankheit betrachtet werden, da es sich um natürliche Vorgänge des weiblichen Organismus handelt.

Ein generelles Problem, welches sich nicht konkret auf das Leidenskonzept bezieht, ergibt sich aber dadurch, dass der Normativismus stets immer die „Gefahr“ der individuellen Bedeutung birgt. Das eine Individuum empfindet einen Zustand als

krankhaft, während ein anderes Individuum diesen Zustand nicht als krankhaft ansieht. Die Konsequenzen beispielsweise in Form einer Behandlung wären dementsprechend verschieden und es liegt somit auch keine wirkliche Vergleichsmöglichkeit von krankhaften Zuständen vor.

6. Literaturverzeichnis

Primärliteratur:

Boorse:

ODT:

Boorse C (1975) On the distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 5: 49-68

WOF:

Boorse C (1976a) Wright on Functions. *Philosophical Review* 85: 70-86

TMH:

Boorse C (1976b) What a Theory of Mental Health should be. *Journal for the Theory Social Behaviour* 6: 61-84

HTC:

Boorse C (1977) Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44: 542-573

PMS:

Boorse C (1987a) Premenstrual Syndrome And Criminal Responsibility. In: Grinsburg BE/ Carter BF (Hrsg) *Premenstrual Syndrome*. New York S 81-124

COH:

Boorse C (1987b) Concepts of Health. In: VanDeVeer D/Regan T (Hrsg) *Health Care Ethics: An Introduction*. Philadelphia S 359-393

ROH:

Boorse C (1997) A Rebuttal on Health. In: Humber JM/ Almeder RF (Hrsg) *What is Disease?*. Totowa, N.J. S 3-134

ROF:

Boorse C (2002) A Rebuttal on Functions. In: Ariew A /Cummins R/Perlman M (Hrsg) *Functions*. Oxford/New York S 63-112

FRA:

Boorse C (2004) *Four Recent Accounts of Health*. University of Delaware

Clouser/Culver/Gert:

NTD:

Clouser KD/Culver CM/Gert B (1981) Malady: A new Treatment of Disease. The Hastings Center Report 11: 29-42

PIM:

Culver CM/Gert B (1982) Philosophy in Medicine: Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry. New York/Oxford

DSM:

Gert B (1990) Irrationality and the DSM-III-R Definition of Mental Disorder. Analyse & Kritik, Jahrgang 12, Heft 1: 34-46

DOP:

Gert B (1992) A Sex caused Inconsistency in DSM-III-R: The Definition of Mental Disorder and the Definition of Paraphilias. The Journal of Medicine and Philosophy 17: 155-171

NHD:

Gert B (1996) Applying Morality to the Nine Huntington Disease Cases. In: Morality and the New Genetics. Sudbury S 97-123

HGP:

Gert B (1996) Moral Theory and the Human Genome Project. In: Morality and the New Genetics. Sudbury S 29-55

CGM:

Gert B (1996) The Concept of Genetic Malady. In: Morality and the New Genetics. Sudbury S 147-166

MAL:

Clouser KD/Culver CM/Gert B (1997) Malady. In: Humber JM/Almeder RF (Hrsg) What is Disease?. Totowa, N.J. S 173-217

RTF:

Gert B/Culver CM/Clouser KD (1997) Bioethics: A Return to Fundamentals. New York/Oxford

WGK:

Gert B (1999) Die Auswirkungen des genetischen Wissens auf unsere Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen. In: Rösen J/Leitgeb H/Jegelka N (Hrsg) Zukunftsentwürfe – Ideen für eine Kultur der Veränderung. Frankfurt/New York S 257-269

ASA:

Gert B/Culver CM/Clouser KD (2006) Bioethics: A Systematic Approach. New York/Oxford

Sekundärliteratur:

1. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition, Washington D.C.
2. American Psychiatric Association (1996) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition, Washington D.C.
3. Biller-Andorno N (2002) Ein objektiver Krankheitsbegriff als medizinethisches Entscheidungskriterium?. In: Groß D (Hrsg) Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin in Lehre, Klinik und Forschung. Würzburg S 37-52
4. Coombes L (1998) Mental Health. In: Chadwick R (Hrsg) Encyclopedia of Applied Ethics. Oxford Brookes University S 197-212
5. Engelhardt HT (1978) Health and Disease – IV Philosophical Perspectives. In: Reich WT (Hrsg) Encyclopedia of Bioethics, Volume 2, New York S 599-606
6. Engelhardt HT/Wildes KW (1995) Health and Disease – IV Philosophical Perspectives. In: Reich WT (Hrsg) Encyclopedia of Bioethics, Volume 3, New York S 1101-1106
7. Engelhardt HT (2004) Health and Disease – IV Philosophical Perspectives. In: Post SG (Hrsg) Encyclopedia of Bioethics, third Edition, New York S 1075-1080
8. Fulford KWM (1998) Mental Illness, Concepts of. In: Chadwick R (Hrsg) Encyclopedia of Applied Ethics, Oxford S 213-233
9. Fulford KWM (2001) What is (mental) disease?: an open letter to Christopher Boorse. *Journal of Medical Ethics* 27: 80-85
10. Höhle V (1999) Gesundheit und Krankheit: Elementare Begriffe mit großen praktischen Konsequenzen – Ein Kommentar zu Bernard Gert. In: Rüsen J/Leitgeb H/Jegelka N (Hrsg) Zukunftsentwürfe – Ideen für eine Kultur der Veränderung. Frankfurt/New York S 270-274
11. Hucklenbroich P (1984) System und Krankheit. Zum Grundproblem der Theoretischen Pathologie. In: Rothschild KE/Toellner R (Hrsg) Konzepte der Krankheitsentstehung. Tecklenburg S 23-46

12. Hucklenbroich P (2007) Krankheit – Begriffserklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie. *Erwägen-Wissen-Ethik* 18, Heft 1: 77-90
13. Hucklenbroich P (2007) Replik: Klärungen, Präzisierungen und Richtigstellungen zur Krankheitstheorie. *Erwägen-Wissen-Ethik* 18, Heft 1: 140-156
14. Hucklenbroich P (2008) Normal – anders – krank: Begriffserklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff. In: Groß D/Müller S/Steinmetzer J (Hrsg) *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin S 3-31
15. Hucklenbroich P (2009) Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre In: Hucklenbroich P/Buyx A/Suhm C (Hrsg) *Wissenschaftstheoretische Aspekte des medizinischen Krankheitsbegriffs*. Paderborn (im Druck)
16. Husak DN (1977) Disease and Christopher Boorse. *Metamed* 1: 297-302
17. Kettner M (2003) Die Konzeption der Bioethik von Bernard Gert, Charles M. Culver und K. Danner Clouser. In: Düwell M/Steigleder K (Hrsg) *Bioethik – Eine Einführung*. Frankfurt S 88-104
18. Kingma E (2007) What is to be healthy?. *Analysis* 67 (294): 128-133
19. Kovacs J (1998) The Concept of Health and Disease. *Medicine, Health Care and Philosophy* 1: 31-39
20. Lanzerath D (2000) *Krankheit und ärztliches Handeln*. Freiburg
21. Lenk C (2002) *Therapie und Enhancement*. Münster
22. Martin M (1985) Malady and Menopause. *The Journal of Medicine and Philosophy* 10: 329-337
23. Pawelzik M (1999) *Krankheit, das gute Leben und die Krise der Medizin*. Münster
24. Pschyrembel W (2007) *Pschyrembel*. 261. Auflage, Berlin/New York
25. Rothsuh KE (1972) Der Krankheitsbegriff (was ist Krankheit?). *Hippokrates* 43: 3-17

26. Schramme T (2002) Patienten und Personen – Zum Begriff der psychischen Krankheit. Frankfurt
27. Wachbroit R (1998) Health and Disease, Concepts of. In: Chadwick R (Hrsg) Encyclopedia of Applied Ethics. San Diego S 533-538
28. Wiesemann C (1999) Norm, Normalität, Normativität – Ein Beitrag zur Definition des Krankheitsbegriffs. In: Rösen J/Leitgeb H/Jegelka N (Hrsg) Zukunftsentwürfe – Ideen für eine Kultur der Veränderung. Frankfurt/New York S 275-282
29. Wright L (1973) Functions. In: Edwards P/Pap A (Hrsg) A Modern Introduction to Philosophy. Third Edition, Oxford S 139-168

Internetquellen:

30. Ereshefsky M (2007) Defining Health and Disease. Quelle: <http://www.ucalgary.ca/~ereshefs/publications/Health%20and%20Disease.doc> (letzter Zugriff: 4.12.2009)
31. links.jstor.org/sici?sici=0093...0.CO%3B2-L (letzter Zugriff: 8.5.2009)
32. McDonald C (2003) Problems with the Biomedical model of health. Quelle: <http://web.aanet.com.au/~cmcdonald/Articles/Problems%20with%20the%20bio%20medical%20model%20of%20health.htm> (letzter Zugriff: 4.12.2009)
33. <http://de.wikipedia.org/wiki/Sichelzellenan%C3%A4mie> (letzter Zugriff: 4.12.2009)
34. http://de.wikipedia.org/wiki/Thomas_Szasz (letzter Zugriff: 4.12.2009)
35. <http://de.wikipedia.org/wiki/Biometrie> (letzter Zugriff: 4.12.2009)
36. <http://de.wikipedia.org/wiki/Sichelzellenan%C3%A4mie> (letzter Zugriff: 4.12.2009)
37. <http://www.dartmouth.edu/~gert/> (letzter Zugriff: 4.12.2009)
38. <http://www.highbeam.com/doc/1G1-66407711.html> (letzter Zugriff: 4.12.2009)
39. http://www.thieme.de/viamedici/lernen/spickzettel/psy_ichstoerung.html (letzter Zugriff: 4.12.2009)

40. www.paulus-akademie.ch/ressourcen/download/20090108165851.pdf (letzter Zugriff: 4.12.2009)
41. http://www.psu.edu/ur/archives/intercom_2000/Oct12/obits.html (letzter Zugriff: 19.5.2009)

8. Danksagung

Diese Dissertation entstammt dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Ich danke besonders Herrn Prof. Dr. Dr. Peter Hucklenbroich, Professor für Theorie und Geschichte der Medizin, für sein Engagement, seine permanente Ansprechbarkeit und seine konstruktive Hilfe. Er betreute meine Arbeit mit fundiertem Wissen und dem nötigen Witz, der mir das Schreiben um einiges erleichterte. Sein Engagement für diese Dissertation ging weit über das gewöhnliche Maß hinaus. Außerdem war er es, der mir sowohl Primärliteratur als auch seine (teilweise noch nicht veröffentlichten) Werke zur Verfügung stellte.

Bedanken möchte ich mich auch bei Christopher Boorse, Thomas Schramme, Bernard Gert und Charles Culver, die mir im E-Mail-Kontakt wertvolle Erklärungen zu ihren Werken haben zukommen lassen. Zudem danke ich Christopher Boorse für das vertrauensvolle Zusenden von Literatur.

Desweiteren danke ich meinen Eltern, Dr. Gerhard und Rita Lachenicht, für Korrekturen, mentale Stärkung und kleine „Aufbauhilfen“ bei diversen Problemen. Sie haben mich immer wohlwollend und liebevoll unterstützt und mir konstruktive Kritik und wertvolle Hinweise zukommen lassen.

Als Letztes danke ich Dominike, der mich moralisch unterstützt hat und mir mit Problemlösungen bei diversen technischen Widrigkeiten hilfreich zur Seite stand.