

## Krankheitsbegriff und Mittelverteilung: Beitrag zu einer konservativen Therapie

Jörg Blech hat kürzlich in einem Spiegel-Titel dargestellt, wie die Pharmaindustrie an einer Ausweitung des Krankheitsbegriffs arbeitet. Das geschieht manchmal auf unspektakuläre Weise, indem die Schwellenwerte, von denen an bestimmte Zustände als krankhaft eingestuft werden, herabgesetzt werden; manchmal aber auch, indem teils kurios anmutende Phantasiekrankheiten wie das »Sisi-Syndrom« von PR-Agenturen propagiert werden. Die Motive sind in jedem Fall dieselben, denn, so Blech, »[i]st eine erfundene Krankheit erst einmal im öffentlichen Bewusstsein angekommen, zahlen Patienten und Krankenkassen wie selbstverständlich für die entsprechenden Medikamente und Therapien«.<sup>1</sup>

### **§ 11 SGB V Leistungsarten**

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen,

1. Nummer 1 gestrichen durch G vom 1.11.1996 (BGBl II S. 1631).

2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b), Neugefasst durch G vom 21.8.1995 (BGBl II S. 1050), geändert durch G vom 1.11.1996 (BGBl II S. 1631) und 22.12.1999. (BGBl II S. 2626).

3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26).

4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52).

Nummer 5 gestrichen durch G vom 26.5.1994 (BGBl II S. 1014). Satz 2 gestrichen durch G vom 14.11.2003 (BGBl II S. 2190) (1.1.2004).

(2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht.

Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des SGB IX erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. Neugefasst durch G vom 26.5.1994 (BGBl II S. 1014). Satz 1 neugefasst und Satz 3 angefügt durch G vom 19.6.2001 (BGBl II S. 1046). Zu § 11: Ab 1.7.2004 werden in Absatz 1 Satz 1 durch G vom 27.12.2003 (BGBl II S. 3022) in Nummer 4 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt: »5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.«

(3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.

(4) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

<sup>1</sup> Blech 2003a; fast zeitgleich Lemke 2003; vgl. Blech 2003b.

Freilich zahlen die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nicht aus Gefälligkeit. Sie sind zur Zahlung verpflichtet – wer anerkanntermaßen krank ist, hat *prima facie* einen Anspruch auf Kassenleistungen. Denn, so heißt es in § 1,1 des fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V): »Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.« Hieraus ergibt sich der in § 11 SGB V festgeschriebene »Anspruch« gesetzlich Versicherter »auf Leistungen [. . .] zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung [. . .], zur Früherkennung von Krankheiten« sowie »zur Behandlung einer Krankheit«. (Weitere Ansprüche beziehen sich auf Maßnahmen der Empfängnisregelung und Geburtenkontrolle.) Versicherte haben freilich keinen Anspruch auf *beliebige* derartige Leistungen. Es gibt Einschränkungen. Die wichtigste nennt sich *Wirtschaftlichkeitsgebot* und findet sich in §12 I SGB V: »Die Leistungen«, so heißt es da, »müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.« Eine weitere Einschränkung betrifft so genannte »Bagatellarzneimittel«, aber das sind Details, die hier nicht vertieft werden sollen. Vielmehr geht es mir um das Grundsätzliche: Welche Leistungen die GKV erbringen müssen, hängt wesentlich davon ab, ob diese Leistungen der Diagnose, Prävention, Linderung oder Therapie einer *Krankheit* dienen. Von entscheidender Bedeutung ist also, was als Krankheit zählt und was nicht. Die Unterscheidung »krank/gesund« dient im Recht der GKV als zentrales Kriterium für die Eingrenzung des Leistungsspektrums. Zugleich existiert aber im Sozialrecht keine Legaldefinition des Krankheits- oder Gesundheitsbegriffs. Nirgendwo im Sozialgesetzbuch wird festgelegt, was Krankheit ist. Der Krankheitsbegriff ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Seine genauere Interpretation ist Sache der Sozialgerichte.

### *Zur sozialrechtlichen Auslegung des Krankheitsbegriffs*

In der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) haben sich bestimmte Auslegungsformeln etabliert. An ihnen orientieren sich die Sozialgerichte, wenn sie über den Krankheitswert eines bestimmten Zustandes entscheiden müssen. Bei näherer Betrachtung erweisen sich diese Formeln allerdings teils als ihrerseits sehr unbestimmt, teils auch als tautologisch. Laut BSG ist »unter Krankheit [. . .] ein regelwidriger [. . .] Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der ärztlicher Behandlung bedarf oder [. . .] Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat«.

**BSG-Definition von »Krankheit«:**

*Körper- oder Geisteszustand,  
der  
regelwidrig  $\wedge$  (behandlungsbedürftig  $\vee$  arbeitsunfähigmachend)  
ist.*

Das erste Teilkriterium der Regelwidrigkeit ist unklar: »Will man [. . .] die Abweichung von einer Norm oder Regel als Kriterium einführen«, so hebt Dirk Lanzerath hervor, »dann muss deutlich werden, was hier unter Norm oder Normalität verstanden werden kann«<sup>2</sup>: Handelt es sich um einen *statistischen* Begriff im Sinne eines Durchschnittswertes? Oder ist ein *wertender* (evaluativer) oder *vorschreibender* (präskriptiver) Sinn von Normalität gemeint? Und, gesetzt Letzteres träfe zu: Woher werden die maßgeblichen Werte oder Normen bezogen? Sind sie Gegenstand biomedizinischer Erkenntnis – oder moralphilosophischer Erkenntnis? Sind sie aus dem Grundgesetz oder einfachen Gesetzen zu schöpfen? Entstammen sie dem freien Selbstentwurf der Betroffenen? Oder der »Arzt/Patient-Kommunikation«? Sind sie Produkte eines sozialen »labelling« oder Resultate biopolitischer Einflussnahme? Alle diese Auffassungen sind in der vielstimmigen interdisziplinären Diskussion über den Krankheitsbegriff vertreten worden. Welche Position die Sozialgerichte für maßgeblich halten, ist aber weitgehend unklar.

*Regelwidrigkeit*

Freilich hat sich das Bundessozialgericht um eine Präzisierung des Kriteriums der Regelwidrigkeit bemüht. Seit 1967 definiert es Regelwidrigkeit als *Abweichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm*.<sup>3</sup> Der Übergang vom Krankheits- zum Gesundheitsbegriff nützt allerdings wenig. Denn der Gesundheitsbegriff wird im Sozialrecht ebenso wenig definiert wie der Krankheitsbegriff. Der Begriff des Leitbildes ist ebenfalls unklar. Manche meinen, dass das »Leitbild« letztlich aus den jeweils gesellschaftlich vorfindbaren Gesundheitsidealen destilliert werden muss, und sehen darin gar einen Vorteil. »[D]er Umfang des Versicherungsrisikos der GKV« werde dadurch »abhängig vom Wandel der gesellschaftlichen Anschauungen«.<sup>4</sup> Ein solcher »dynamische[r] Krankheitsbegriff« (ebd.) hätte

2 Lanzerath 2000, S. 140; vgl. v. a. Canguilhem 1996; sowie Bobbert 2000, S. 410 ff.; Mordacci 1995, S. 478 ff.

3 Vgl. BSGE 26, 240, 242; detailliert auch zum Folgenden: Mazal 1992, S. 60 ff.

4 Schimmelpfeng-Schütte 2000, S. 513.

freilich zur Folge, dass die Sozialrechtsprechung sich blind den gesellschaftlichen und medizinisch-technischen Entwicklungen anpassen müsste. Die Funktion des Sozialrechts würde sich darauf beschränken, Ansprüche dort abzuweisen, wo sie nicht – oder *noch* nicht – von einer öffentlichen Erwartungshaltung getragen werden. Eine Eingrenzung von Leistungsansprüchen wäre damit kaum zu leisten.

Natürlich ist das BSG bestrebt, solche Konsequenzen zu vermeiden. Es betont, dass »nicht jede Abweichung von der [. . .] Idealnorm [. . .] schon eine Regelwidrigkeit im Sinne des aufgezeigten Krankheitsbegriffes«<sup>5</sup> darstelle. Vielmehr bedinge erst das Vorliegen von *Funktionsstörungen* die Regelwidrigkeit. Diese liege erst dann vor, wenn eine wesentliche körperliche oder psychische Funktion nicht (mehr) im befriedigenden Umfang ausgeübt werden könne.<sup>6</sup> Woran bemisst sich aber, ob der Umfang der Funktionsausübung »befriedigend« ist? Was sind »wesentliche« Funktionen? Die Zuschreibung von *Organismusfunktionen* ist notwendig auf die Zuschreibung von *Organismuszielen* bezogen. Was sind aber die entscheidenden Organismusziele?

### *Behandlungsbedürftigkeit*

Nicht minder problematisch ist der Rekurs auf Behandlungsbedürftigkeit als Teilkriterium für den Krankheitswert. Denn der Krankheitswert eines Zustandes soll ja gerade begründen, dass tatsächlich ein – sozialrechtlich verstandener – Behandlungsbedarf besteht, aus dem dann Ansprüche der Versicherten folgen können. Es besteht daher die Gefahr einer Tautologie: Versicherte haben Anspruch auf Behandlung dessen, was der Behandlung bedarf.<sup>7</sup> Die übliche Erläuterung besagt, dass als behandlungsbedürftig ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand dann anzusehen ist, wenn er ärztlicher Behandlung zugänglich ist und nicht ohne ärztliche Hilfe behoben, gebessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann, oder wenn ärztliche Behandlung erforderlich ist, um Schmerzen oder sonstige Beschwerden zu lindern oder das Leben des Patienten zu verlängern.<sup>8</sup> Diese Formel verweist im ersten Teil wieder auf das problematische Kriterium der Regelwidrigkeit zurück. Der zweite Teil lässt erkennen, dass das Ziel der Lebensverlängerung, der Schmerzlinderung und der Linderung sonstiger Beschwerden einen Behandlungsbedarf – und damit einen Anspruch auf medizinische Leistungen – begründen kann. Das ist immerhin – endlich! – eine klar erkennbare normative

5 BSGE 35, 10, 12.

6 Mazal 1992, S. 63.

7 Vgl. Schäfer 1976, S. 19 f.

8 BSGE 26, 288, 289; DOK 1966, 364, 366; BSG, Urteil vom 20. Oktober 1972 – Az: 3 RK 92/71 – in SozR Nr. 52 zu § 182 RVO.

Festlegung. Allerdings ist das Ziel der Linderung sonstiger Beschwerden zu weit gefasst, wenn daran eine Eingrenzung des medizinischen Leistungsspektrums orientiert werden soll. Denn zweifellos können, dem ganzen Sinn der Regelung nach, nicht einfach irgendwelche »sonstigen« Beschwerden, sondern nur *krankheitsbedingte* Beschwerden gemeint sein. Da von den »sonstigen Beschwerden« aber in einer Formel die Rede ist, die selbst erst Krankheit definieren soll, wäre eine entsprechende Ergänzung ebenfalls problematisch. Damit hängt alles an der Formulierung, dass ärztliche Behandlung »erforderlich ist«, ohne dass klar wird, was dies genau heißt. Dass bestimmte Beschwerden durch ärztliche Behandlung gelindert werden *könnten*, impliziert ja noch nicht, dass ärztliche Behandlung »erforderlich ist« – es könnte etwa sein, dass andere, sinnvollere Möglichkeiten zur Beseitigung dieser Beschwerden existieren. Da »X ist erforderlich« in normaler Rede genauso viel heißt wie »es besteht ein Bedarf nach X«, muss man hier wiederum eine Tautologie konstatieren: Behandlungsbedarf wird als Bedarf an einer Behandlung definiert. Vergleichsweise am wenigsten unklar ist vermutlich das Teilkriterium der Arbeitsunfähigkeit. Aber dieses allein reicht natürlich für eine Krankheitsdefinition nicht aus.

Insgesamt wird man sagen dürfen, dass der von den Sozialgerichten herangezogene Krankheitsbegriff äußerst vage und intransparent ist. Es ist nicht einmal so, dass der Krankheitsbegriff im Recht der GKV grundsätzlich zu eng oder zu weit wäre, eine eindeutige biomedizinische oder sozialmedizinische Schlagseite hätte oder sonst irgendwie auf voraussehbare Weise zu bestimmten Diskriminierungen führen würde. Er ist einfach zu unklar und zu verquer formuliert. Das schadet der Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen zur Leistungseingrenzung, und dies ist, ganz unabhängig von der Qualität dieser Entscheidungen selbst, ein erhebliches Manko.

### *Krankheitskonzepte in der medizintheoretischen und philosophischen Diskussion*

#### *Grundansätze*

Angesichts dessen liegt es nahe, auf externe Expertise zurückzugreifen. Es existiert ja eine umfangreiche wissenschaftliche – und auch öffentliche – Diskussion über den Krankheitsbegriff. Tatsächlich knüpfen die Überlegungen der Sozialgerichte vielfach »an die medizinischen Krankheitsbegriffe an«.<sup>9</sup> Die medizintheoretische und philosophische Diskussion über das allgemeine Krankheitskonzept ist indes ihrerseits von einer Vielfalt unterschiedlicher und

9 Seewald 1989, S. 651.

teils unvereinbarer Definitionsvorschläge gekennzeichnet. Umstritten ist schon die Frage, ob eine allgemein gültige Krankheitsdefinition überhaupt möglich ist, oder ob Krankheit nicht ein vollständig kulturrelativer Begriff ist. Man könnte die Vertreter dieser Positionen »Krankheitsuniversalisten« bzw. »Krankheitsrelativisten« nennen. Während sich die Relativisten durch den Wandel des Krankheitsbegriffs bestätigt sehen – ihre Standardbeispiele sind Masturbation, Homosexualität oder »Drapetomania« (eine besonders ausgeprägte Neigung von Sklaven, sich der Sklaverei zu entziehen, von Dr. Samuel Cartwright 1851 als psychische Krankheit diagnostiziert<sup>10</sup>) –, verweisen die Krankheitsuniversalisten darauf, dass ein hinreichend großer Kernbereich vom Wandel des Krankheitsbegriffs ausgenommen sei. Zudem wenden sie ein, dass man ein universalistisches Krankheitsverständnis benötige, um Krankheitsbilder wie »Drapetomania« kritisieren zu können.

Neben der Unterscheidung zwischen Universalisten und Relativisten gibt es die weitaus gebräuchlichere Unterscheidung zwischen »Normativisten« und »Naturalisten«. Die »Naturalisten« behaupten, dass die Unterscheidung »krank/gesund« sozusagen »wertfrei« getroffen werden könne. Die »Normativisten« meinen, dass diese Unterscheidung stets auf bestimmte Wertungen oder Normen bezogen sei. Naheliegenderweise sind alle Naturalisten auch Universalisten. Umgekehrt impliziert der Normativismus nicht notwendig eine relativistische Position. Es ist auch möglich zu behaupten, dass der Krankheitsbegriff auf Normen oder Werte bezogen ist, die universelle Gültigkeit haben.

|  | »Relativismus«<br>Krankheitsbegriffe sind<br>wesentlich kontextrelativ | »Universalismus«<br>Es gibt einen allgemein<br>gültigen Krankheitsbegriff |
|--|--|---|
| »Naturalismus«<br>Der Krankheitsbegriff ist<br>schlechthin »wertfrei«          | X  | Christopher Boorse u.a.   |
| »Normativismus«<br>Krankheitsbegriffe sind<br>auf Normen oder Werte<br>bezogen | Lennart Nordenfelt<br>Joseph Margolis<br>Lawrie Reznek u.a.            | Monika Bobbert<br>Kataryna Fedoryka u.a.                                  |

Auch innerhalb der einzelnen Definitionstypen ist noch eine große Vielfalt spezifischer Krankheitskonzepte anzutreffen. Das gilt vor allem für die normativistischen Krankheitskonzepte. Sie unterscheiden sich untereinander in wenigstens drei Hinsichten: *erstens* bezüglich der Frage, *wessen* Wertungen

10 Vgl. Cartwright 1981.

bzw. Normierungen es sind, auf die im Rahmen des Krankheitskonzepts jeweils rekurriert wird; *zweitens* bezüglich der Frage, *welcher Art* diese Wertungen bzw. Normierungen sind, und *drittens* in Bezug auf die Frage, *welche Bedeutung* den Werturteilen bzw. Normen im Rahmen des Gesamtkonzepts zukommt. Die erste Frage wird von manchen Normativisten mit dem Hinweis auf die jeweils Betroffenen beantwortet,<sup>11</sup> von anderen mit dem Hinweis auf die Gesellschaft oder bestimmte politische Akteure,<sup>12</sup> und wieder andere sehen die entscheidenden Wertungen aus Aushandlungsprozessen in der Arzt-Patient-Kommunikation hervorgehen<sup>13</sup>. Nicht weniger bedeutsam sind Unterschiede bezüglich der Frage nach der »Natur« der Werte und/oder Normen, auf die Normativisten rekurrieren. Diese werden teils als subjektive Präferenzen verstanden,<sup>14</sup> teils als Werte im Sinne einer quasi-aristotelischen Theorie natürlicher Güter,<sup>15</sup> teils als universell gültige Normen im Sinne einer deontologischen Ethik<sup>16</sup>. In Bezug auf die Bedeutung, die den Wert- oder Normurteilen im Rahmen der Krankheitskonzepte insgesamt zugesprochen wird, lässt sich mit Boorse<sup>17</sup> zwischen »stark« und »schwach normativistischen« Krankheitskonzepten unterscheiden: Erstere deuten Krankheitszuschreibungen *ausschließlich* als Ausdruck von Wertungen oder normativen Urteilen, Letztere sehen Krankheitsurteile als »gemischte« Urteile an, in denen auch deskriptive Anteile enthalten sind. Schließlich kann man alle Vorschläge für eine Definition des Krankheitsbegriffs, gleich ob naturalistisch oder normativistisch, nach ihrer Intention unterscheiden: Geht es lediglich darum, den faktischen Sprachgebrauch zu rekonstruieren? Oder geht es darum, einen bestimmten Krankheitsbegriff zur Verwendung zu empfehlen, auch wo er partiell vom faktischen Sprachgebrauch abweicht?

### Beispiele

Nach dieser abstrakten Systematisierung möchte ich einige wenige Beispiele vorstellen. Die einfachste Möglichkeit, Krankheit naturalistisch zu interpretieren, wäre eine rein statistische Krankheitsdefinition. Krankheit wäre demgemäß als Abweichung von statistischen Durchschnittswerten zu verstehen. Tatsächlich spielen Durchschnittswerte im Rahmen vieler Krankheitsdiagnosen eine Rolle – etwa bei »zu hohem« oder »zu niedrigem« Blutdruck etc. Trotzdem ist leicht zu sehen, dass sich die Unterscheidung »krank/gesund«

11 Nordenfelt 1987.

12 Margolis 1976, v.a. S. 252; vgl. auch Göckenjan 1985, S. 59 ff.

13 Honnefelder 1996; Lanzerath 2000.

14 Nordenfelt 1987.

15 Fedoryka 1997.

16 Bobbert 2000.

17 Boorse 1981.

nicht rein statistisch interpretieren lässt. Manche Normabweichungen sind nicht krankhaft – z.B. das absolute Gehör –, und es gibt Krankheiten, die statistisch normal sind – z.B. Karies.<sup>18</sup>

Weit plausibler als eine rein statistische Deutung ist das so genannte biostatistische Modell von Christopher Boorse. Boorse zufolge lässt sich Gesundheit als normales Funktionieren eines Organismus definieren und Krankheit im theoretischen Sinn – Krankheit als »disease« – als signifikante Abweichung eines biologischen Organismus vom Zustand der »normalen Funktionsfähigkeit«, der sich bei einer vergleichbaren »Referenzklasse« dieses Organismus feststellen lässt. Die »Normalität« der normalen Funktionsfähigkeit ist dabei zwar zunächst statistisch zu verstehen. Jedoch interpretiert Boorse Organismen als funktional integrierte, teleologisch organisierte Einheiten. Als Organismusziele werden von Boorse individuelles Überleben und Reproduktion angesetzt. Dementsprechend wird nicht jede beliebige Abweichung von einem statistischen Mittelwert als krankhaft interpretiert, sondern nur diejenige, die eine überlebens- oder reproduktionsdienliche Organfunktion unter das Niveau absinken lässt, das für die jeweilige Referenzklasse des Organismus typisch ist.<sup>19</sup> Zusätzlich zum objektivistischen Begriff von Krankheit qua »disease« kennt Boorse noch einen erlebnisbezogenen Krankheitsbegriff »illness«, der allerdings kriteriologisch vom »disease«-Begriff abhängig ist.

**Christopher Boorse naturalistische Deutung von Gesundheit und Krankheit**

»Eine Krankheit ist eine Art innerer Zustand, der entweder eine Minderung der normalen Funktionsfähigkeit darstellt, d.h. eine Reduzierung einer oder mehrerer Funktionsfähigkeiten unter das Maß der typischen Effizienz, oder eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit, die durch Umweltfaktoren verursacht ist. Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.« (Boorse 1977, S. 567)

»Organismusfunktionen sind auf die Ziele individuelles Überleben und Reproduktion bezogen.«

Boorse Modell kann die Probleme der rein statistischen Deutung des Krankheitsbegriffs indes nicht vollständig überwinden – wie sich am Beispiel Karies zeigen lässt. Zu bemerken ist auch, dass statistisch »normale« Alterserscheinungen wie Osteoporose in Boorse Modell nicht als Krankheit verstanden werden. Unhaltbar scheint mir Boorse naturalistischer Anspruch, Organfunktionen strikt wertneutral bestimmen zu können. Denn die Zuschreibung

18 Vgl. Bobbert 2000, S. 410 ff.; Boorse 1981, S. 546; D'Amico 1995, S. 557; Lanzerath 2000, S. 131 ff.; zum Kontext klassisch Canguilhem 1996.

19 Boorse 1976; Boorse 1977; Boorse 1981; für eine differenzierte Rekonstruktion vgl. Schramme 2000, S. 144 ff.



der Organismusziele »individuelles Überleben« und »Reproduktion« ist keine wertfreie Feststellung, sondern eine wertende Deutung organismischer Lebensprozesse.<sup>20</sup>

Einer der schärfsten Kritiker des Boorse'schen Naturalismus ist Lennart Nordenfelt. Er definiert Gesundheit wie folgt: Eine Person »P ist gesund, wenn und nur wenn P, unter normalen Umweltbedingungen, fähig ist, seine oder ihre maßgeblichen Ziele zu erreichen. Ps maßgebliche Ziele legen die Menge der Zustände fest, die nötig und insgesamt hinreichend sind für Ps minimales Glück.«<sup>21</sup>

**Nordenfelts normativistischer Gesundheitsbegriff**

»P ist gesund, wenn und nur wenn P, unter normalen Umweltbedingungen, fähig ist, seine oder ihre maßgeblichen Ziele zu erreichen. Ps maßgebliche Ziele legen die Menge der Zustände fest, die nötig und insgesamt hinreichend sind für Ps minimales Glück.« (Nordenfelt 1993, S. 8)

Nordenfelts Position ist die eines Normativismus individualistischer Spielart. Maßgeblich sind die Wertorientierungen der Betroffenen selbst. Die Definition ist überdies gemäßigt relativistisch. Welche Ziele eine Person für ihr Wohlbefinden erreichen muss, kann unterschiedlich sein, aber es gibt Nordenfelt zufolge viele Überlappungen – bestimmte Ziele wollen alle, oder zumindest nahezu alle, Personen erreichen. Dass nur ein »minimales Glück« erforderlich ist – was immer das allerdings genau sein mag –, unterscheidet Nordenfelts Position von der bekannten und heftig umstrittenen Formulierung in der Präambel der WHO, wonach »Gesundheit« einen »Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens«<sup>22</sup> bezeichnet. Vielfach werden auch Krankheits- oder Gesundheitsmodelle vertreten, die stärker relativistisch sind als dasjenige Nordenfelts. So möchte Horst Baier Gesundheit gleich ganz »als persönliches Lebenskonzept« verstanden wissen,<sup>23</sup> und Lawrie Reznek formuliert: »Wenn wir darüber entscheiden, ob ein bestimmter Zustand eine Krankheit ist, entscheiden wir im Grunde darüber, was für eine Art Menschen wir sein wollen.«<sup>24</sup> Andere bemühen sich aus kulturelrelativistischer Perspektive um die vollständige Dekonstruktion des Krankheitsbegriffs. Der Krankheitsbegriff bringt ihnen zufolge nur die unfundierten, höchstens ideologiekritisch erklärbaren Werturteile bestimmter gesell-

20 Vgl. Searle 1995, S. 14 ff.

21 Nordenfelt 1993, S. 8, Übersetzung M.H.W.

22 Aus der Präambel der Verfassung der WHO, Übersetzung M.H.W.

23 Baier 1999; vgl. Baier 1997.

24 Reznek 1987, S. 166.

schaftlicher Gruppen oder der breiten Mehrheit der Gesellschaft zum Ausdruck.<sup>25</sup> Eine gänzlich andere, nämlich universalistische Spielart des Normativismus vertritt Monika Bobbert, die das Krankheitskriterium vor allem in der Einschränkung grundlegender Handlungskompetenzen sieht. Dabei geht sie mit Alan Gewirth von einem letztbegründbaren Grundrecht auf die Bedingungen der Handlungsfähigkeit aus. Der Krankheitsbegriff ist somit an eine Norm gebunden, die als allgemein zustimmungsfähig angesehen wird.<sup>26</sup>

### *Relevanz für die Leistungseingrenzung*

Bevor wir uns ganz im Dickicht der verschiedenen Deutungsvorschläge verlieren, möchte ich abbrechen und fragen: Welche Bedeutung haben die verschiedenen Krankheitsdefinitionen für die Eingrenzung des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenkassen? Offenbar sind vor allem zwei Merkmale dieser Modelle von Bedeutung: erstens natürlich – trivialerweise – die Extension. Ein einfaches Beispiel: Boorse zufolge zählen Befindlichkeitsstörungen oder Leidenszustände, denen keine Funktionsstörung zu Grunde liegt, ebenso wenig als Krankheiten wie statistisch »normale« Alterserscheinungen. In diesen Bereichen käme man im Ausgang von Boorse Definition also zu einer engeren Eingrenzung des Leistungsspektrums als etwa im Ausgang von Nordenfelts Definition. Weil Nordenfelts Krankheitsbegriff an individuelle »vital goals« gebunden ist, schwimmt in seinem Modell die Grenze zwischen Therapie und Enhancement (einer Eigenschaftsverbesserung über das Maß des Normalen hinaus),<sup>27</sup> dies würde zu einer Ausdehnung des Leistungsspektrums führen.<sup>28</sup>

Unabhängig von der Frage der Extension der Krankheitsdefinition ist auch die Frage von Bedeutung, ob und inwiefern Krankheit relativistisch oder universalistisch definiert wird. Wenn Krankheitszuschreibungen im Sinne der kulturrelativistischen Deutung *nichts anderes* als die Vorurteile bestimmter sozialer Gruppen – oder bestimmter Epochen – widerspiegeln würden, wäre es bedenklich, bei der Eingrenzung des medizinischen Leistungsspektrums den Krankheitsbegriff heranzuziehen. Wenn Krankheit wiederum – gemäß der individualistischen Spielart des Relativismus – vollständig als eine Sache der Selbstausslegung der Betroffenen verstanden werden müsste und die individu-

25 »Zwar haben Fachleute einen wichtigen Einfluss auf die Meinungsbildung; letztlich ist es aber das Urteil der Mehrheit der Gesellschaft, das darüber entscheidet, ob einige ihrer Mitglieder als krank, kriminell, exzentrisch oder unmoralisch anzusehen sind.« Gregory 1968, S. 32, Übersetzung M.H.W.

26 Vgl. Bobbert 2000.

27 Vgl. Lenk 2002, S. 214, 217 ff.

28 Vgl. am Beispiel der Reproduktionsmedizin Zeiler 2003.

ellen Krankheitsdeutungen grundlegend verschieden wären, wäre ein solidarisches Gesundheitssystem kaum noch tragfähig – denn dieses basiert ja nicht zuletzt auf dem Gedanken, dass sich die Mitglieder solidarisch gegen mehr oder weniger die gleichen Schicksalsschläge absichern wollen; eine gewisse Homogenität der Interessen muss also gegeben sein. Daher ist es kein Zufall, dass diejenigen, die im Gesundheitsbereich auf radikale Marktlösungen setzen – etwa Tristram J. Engelhardt oder Horst Baier –, zugleich ein individualistisch-relativistisches Krankheitskonzept vertreten. Diejenigen, die für sozialstaatliche Lösungen plädieren, brauchen hingegen Kriterien für Leistungseingrenzungen, die für alle gleichermaßen akzeptabel sind – wohl aus diesem Grund bezieht sich Norman Daniels auf das Krankheitsmodell von Christopher Boorse.

### *Denkbare Regelungsoptionen*

Ich fasse die Problemlage noch einmal zusammen: Die Eingrenzung des Leistungsspektrums ist von zentraler Bedeutung. Das im Sozialrecht vorgesehene primäre Kriterium für diese Eingrenzung, der Krankheitsbegriff, ist hochgradig unklar und – wie man am Streit um Viagra sehen kann<sup>29</sup> – zunehmend kontrovers. Drittens gibt es auch in der medizintheoretischen Diskussion keinen Konsens über die korrekte Interpretation des Krankheitsbegriffs. Wie ließe sich auf diese Situation reagieren?

Eine *erste* Möglichkeit wäre, die Rechtsunsicherheiten einfach dezisionistisch durch irgendeine Positivierung eines hinreichend klaren und trennscharfen Krankheitsbegriffs auszuräumen. Aber das ist natürlich keine befriedigende Lösung. Im Hintergrund der Rechtsunsicherheit stehen schließlich Fragen der gerechten Verteilung solidarisch erbrachter Ressourcen, Fragen des individuellen und gemeinschaftlichen guten Lebens und auch Fragen der Medizinteorie, Fragen also, die nicht nach *irgendwelchen* Antworten, sondern nach *überzeugenden* Antworten verlangen.

Eine *zweite* Möglichkeit wäre, die Unklarheiten bestehen zu lassen. Man würde dabei in Kauf nehmen, dass sich jede Interessengruppe auf diejenige Deutung des Krankheitsbegriffs bezieht, die ihren Interessen entgegenkommt. Man könnte aber darauf setzen, dass sich im Zuge gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse – in den Sozialgerichten, in der öffentlichen Diskussion, in Gremien wie dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen usw. – schon irgendeine brauchbare Regelung finden wird.

29 Hierzu ausführlich Werner und Wiesing 2002.

### Denkbare Regelungsoptionen

1. »Dezisionismus«- Politische Präzisierung des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffs »irgendwie«
2. »Durchwursteln« – Vertrauen auf bestehende gesellschaftliche Aushandlungsprozesse
3. »Rasenmäher« – Pauschale Sparbemühungen (z.B. durch Budgetierung, Zuschüsse o.Ä.)
4. »Tabula rasa« – Abkoppelung der Leistungseingrenzung vom Krankheitsbegriff
5. »Runder Tisch« – Einrichtung neuer Entscheidungsverfahren
6. Sonstige Alternativen?

Damit gut vereinbar wäre die *dritte* Möglichkeit, die darin besteht, die weiterhin fehlende Klarheit hinsichtlich Leistungsspektrum und Prioritäten durch pauschale Sparaufgaben, Budgetierungszwänge oder Ähnliches zu kompensieren – was impliziert, dass Notwendigkeits- und Wirtschaftlichkeitsaspekte auf unklare Weise konfundiert werden. Auch die Optionen zwei und drei sind offenbar nicht wirklich bestechend.

Eine *vierte* Option wäre es, die Frage der Eingrenzung des Leistungsspektrums vom Krankheitsbegriff zu entkoppeln und nach anderen Kriterien für die Zuerkennung von Leistungsansprüchen zu suchen. Diese Option kann freilich erst dann beurteilt werden, wenn hinreichend klare Alternativkriterien benannt sind, die einen funktionalen Ersatz bieten könnten. Meine Vermutung ist, dass es schwierig sein dürfte, Ersatzkriterien zu finden, die nicht mit ganz ähnlichen Problemen behaftet sind wie der Krankheitsbegriff. Interessanterweise sind die Kriterien, die als Alternativen vorgeschlagen worden sind, zum Teil ohnehin schon als Interpretamente des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffs in Gebrauch. So hat Birnbacher als Ersatz für das Krankheitskriterium das Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit vorgeschlagen.<sup>30</sup> Behandlungsbedürftigkeit ist aber, wie wir gesehen haben, bereits eines der – keineswegs unproblematischen – Teilkriterien des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffs.

Eine *finfte* Möglichkeit wäre die Prozeduralisierung des Problems durch die Einrichtung neuartiger – möglicherweise partizipativer – Deliberationsverfahren. Auch dieser Vorschlag bedarf zumindest der Präzisierung – wer genau soll in welcher Form eine Einigung worüber genau erzielen? Dass es keine Lösung sein kann, über den Krankheitswert jeder einzelnen Befindlichkeitsstörung öffentliche Diskursverfahren zu initiieren, scheint jedenfalls klar.

30 Vgl. Birnbacher 2002.

## *Ein vorsichtiger Revisionsvorschlag*

Ich komme jetzt zu meinen konstruktiven Bemerkungen, und möchte dabei zu vier Fragen Stellung nehmen: Sollten wir bei der Festlegung des Leistungsspektrums überhaupt auf den Krankheitsbegriff Bezug nehmen? Wenn ja, wie sollten wir ihn interpretieren? Inwieweit genau kann der Krankheitsbegriff bei der Eingrenzung des Leistungsspektrums hilfreich sein? Welche Fragen bleiben offen, und in welcher Richtung müsste man für sie eine Antwort suchen?

Unbedingt sinnvoll scheint mir, die Frage, was Krankheit »ihrem Wesen nach« ist, zunächst einmal zurückzustellen zugunsten der Frage, welche normativen Kriterien denn eigentlich in sozialrechtlicher und ethischer Sicht für die Zuschreibung berechtigter Behandlungsansprüche maßgeblich sein könnten. Diese Schwerpunktsetzung hat das BSG ja, freilich auf problematische Weise, selbst vorbereitet, indem es Behandlungsbedürftigkeit als Element der Krankheitsdefinition interpretierte. Anders als die Anhänger der »Tabularasa«-Option bin ich nicht davon überzeugt, dass der Krankheitsbegriff aus dem Sozialrecht gestrichen werden sollte. Mein Vorschlag wäre, zuvor noch einmal, hegelsch gesprochen, nach der Vernunft im Wirklichen zu suchen und zu fragen, welche Elemente der verschiedenen Krankheitsdeutungen im Hinblick auf die Berechtigung von Leistungsansprüchen relevant sein könnten.

Eine wohlwollende Interpretation der Sozialrechtsprechung kann den Krankheitsbegriff zunächst auf folgende drei auch verfassungsrechtlich geschützte Grundwerte beziehen: 1. Leben; 2. Freiheit von nicht nur geringfügigem subjektivem Leiden; 3. allgemeine Handlungsfähigkeit (als Inbegriff von Arbeitsfähigkeit und Freiheit von »sonstigen Beschwerden«). Darüber hinaus wird man gut daran tun, das vage »Leitbild des gesunden Menschen« über Bord zu werfen und dem Kriterium der Regelwidrigkeit eine exaktere Bedeutung zu geben, indem man sie nach dem Muster der biostatistischen Normalität interpretiert. Boorse hat das biostatistische Normalitätsverständnis zwar im Rahmen eines problematischen Naturalismus entwickelt; kombiniert man seine teleologische Organismusdeutung jedoch mit der Orientierung an den genannten Grundwerten Leben, Leidfreiheit und Handlungsfähigkeit, so lässt sich ein plausibler Krankheitsbegriff gewinnen, der die Probleme des Boorse'schen »Naturalismus« weitgehend vermeidet. Krankheit lässt sich dann als ein vom »normalen Funktionieren« des Organismus abweichender physischer oder psychischer Zustand verstehen, der lebensbedrohlich ist und/oder die Handlungsfähigkeit einschränkt und/oder ein nicht nur geringfügiges subjektives Leiden zur Folge hat.

### Reformulierung des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffs

Körper- oder Geisteszustand,  
der von der biostatistischen Norm abweicht

- ^ (lebensbedrohlich ist
  - ∨ die Handlungsfähigkeit einschränkt
  - ∨ ernstes Leiden verursacht)

Nehmen wir an, die Sozialgerichte würden sich explizit an einer entsprechenden Definition orientieren – was wäre damit gegenüber der bisherigen Auslegung gewonnen?

Im Ergebnis, was die erwartbaren Entscheidungen angeht, wohl nicht allzu viel; was die Nachvollziehbarkeit dieser Entscheidungen angeht, aber doch mehr als nichts.

Allerdings wäre dieser Krankheitsbegriff *nicht hinreichend*, um sozusagen die Außengrenzen des sozial finanzierten medizinischen Leistungsspektrums zu bestimmen. *Erstens* finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen in manchen Fällen mit guten Gründen auch die Behandlung von Zuständen, die nicht ohne weiteres unter die genannte Krankheitsdefinition fallen. Von den im Sozialgesetzbuch eigens geregelten Ausnahmen (»Empfängnisverhütung, [. . .] Sterilisation und [. . .] Schwangerschaftsabbruch«; § 11, 2 SGB V) abgesehen, gilt dies vor allem für »statistisch normale« Alterserscheinungen, die gemäß der biostatistischen Deutung des Regelwidrigkeitskriteriums nicht als krankhaft gelten können. Inwieweit bezüglich solcher Alterserscheinungen ein Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter besteht, ist, soweit ich sehe, juristisch nicht zweifelsfrei geklärt. Während Otfried Seewald betont, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen beziehe sich im Prinzip nicht auf Maßnahmen, die gegen »normale« Alterserscheinungen gerichtet sind,<sup>31</sup> betont das Bundessozialgericht im so genannten SKAT-Urteil<sup>32</sup>, . . . »auch bei Alterserscheinungen wie der Minderung des Seh- und Hörvermögens und ähnlichen Erscheinungen« sei »unbestritten, dass insoweit die gesetzliche Krankenversicherung einzustehen hat« (Az: B 8 KN 9/98 KR R). Alles spricht dafür, dass das Problem auch nicht allein durch sozialethische Argumente entschieden werden kann. Letztlich geht es nämlich um die Frage, für welche Möglichkeiten einer medizinisch induzierten Lebensverlängerung und Lebenswertsteigerung die gesetzlich Versicherten nicht mehr gemeinschaftlich Vorsorge treffen wollen. Es ist wichtig sich klar zu machen, dass dies, da alle Menschen altern, im Prinzip weniger eine Frage der Mittelverteilung zwi-

31 Seewald 1989.

32 Das Urteil bezieht sich auf die »Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie« zur Behandlung von erektiler Dysfunktion.

schen verschiedenen sozialen Gruppen ist als eine Frage der klugen Verteilung medizinischer Ressourcen über die ganze Lebensspanne aller einzelnen Versicherten hinweg.<sup>33</sup> Zweitens können schlechthin nicht alle Maßnahmen finanziert werden, die der Behandlung von Krankheiten dienen. Dass jemand krank ist, begründet also nur einen *Prima-facie*-Anspruch auf medizinische Leistungen. Angesichts knapper Ressourcen ist eine zusätzliche Leistungseinschränkung unumgänglich.

#### **Leistungen des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffs**

##### **Funktionen:**

- *Prima-facie*-Begründung von Leistungsansprüchen
- *Prima-facie*-Ausgrenzung von Leistungsansprüchen

##### **Probleme:**

- »Normale« Alterserscheinungen
- Kriterien für zusätzliche Rationierung (Krankheitsbegriff bedingt hilfreich)
- Prioritätensetzung innerhalb des Leistungsspektrums

Kann der Krankheitsbegriff auch bei solchen Rationierungsentscheidungen noch Orientierung bieten? Ein wenig ja – überraschenderweise. Wenn man den Krankheitsbegriff in der vorgeschlagenen Weise auf die Grundwerte Leben, Handlungsfähigkeit und Freiheit von schwerem Leiden bezieht, bewirkt dies nämlich eine Relativierung der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf andere Politikbereiche. Ansprüche auf solidarisch finanzierte medizinische Leistungen können jedenfalls nicht so weit reichen, dass aufgrund der Vernachlässigung anderer Gemeinschaftsaufgaben (z.B. Bildung, Umweltschutz oder innere Sicherheit) die *Gesamtbilanz* für Leben, Handlungsfreiheit und Wohlergehen der Bürger, verglichen mit anderen Ressourcenverteilungen, deutlich negativ ausfällt. Derartige Überlegungen transformieren die gesundheitspolitische Rationierungsaufgabe auf der Makroebene gewissermaßen in eine *gesamtpolitische Rationalisierungsaufgabe*. In *ethischer Hinsicht* bringen sie freilich das Problem mit sich, auch heterogene Werte – Leben, Handlungsfähigkeit und Freiheit von schwerem Leiden – gegeneinander abwägen zu müssen. Dieses Problem stellt sich erst recht auf der Mesoebene der Prioritätensetzung innerhalb des Gesundheitssystems; es lässt sich durch den vorgeschlagenen Krankheitsbegriff nicht aus der Welt schaffen. Zwar scheint es trivial, dass es schwere und leichtere Erkrankungen gibt, und in vielen Fällen sind entsprechende Unterscheidungen auch ohne weiteres konsensfähig – aber nicht immer: Verschiedene Formen des Leidens, verschiedene Ein-

33 Vgl. Norman Daniels' Konzept des *prudential lifespan account* in Daniels 1988; zum Problem auch Kondratowitz 1990.

schränkungen der Handlungsfähigkeit können unterschiedlich wahrgenommen oder gewichtet oder unterschiedlich gegeneinander oder gegen Lebensrisiken abgewogen werden. Ob jemand eine bestimmte Einschränkung seiner Handlungsfähigkeit, ein bestimmtes Maß an Schmerzen oder eine bestimmte Minderung seiner Lebenserwartung als gravierender ansieht, ist in weiten Grenzen eine Frage des guten Lebens, auf die es keine allgemein gültigen Antworten gibt. Gleichwohl müssen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung Gewichtungen vorgenommen werden, die für alle gleichermaßen verbindlich sind. Jenseits eines weniger strittigen, auch grundrechtlich geschützten Kernbereichs von Leistungsansprüchen<sup>34</sup> bleibt daher erheblicher Spielraum für eine – man möchte wünschen: möglichst transparente und partizipative – politische Prioritätensetzung.

### *Versuch eines Fazits*

Halten wir fest: Faktisch ist der Krankheitsbegriff im Sozialrecht ein zentrales Kriterium der Leistungseingrenzung. Die gängigen sozialrechtlichen Auslegungsformeln sind in der vorliegenden Form nicht überzeugend. In der wissenschaftlichen Diskussion wird eine Pluralität teils unvereinbarer Krankheitsmodelle vertreten. Eine wohlwollende Rekonstruktion kann den sozialrechtlichen Krankheitsbegriff als einen vom »normalen Funktionieren« des Organismus abweichenden physischen oder psychischen Zustand verstehen, der lebensbedrohlich ist und/oder die Handlungsfähigkeit einschränkt und/oder ein nicht nur geringfügiges subjektives Leiden zur Folge hat. Dieser Krankheitsbegriff kann im Wesentlichen der Begründung von *Prima-facie-Ansprüchen* auf solidarisch finanzierte medizinische Leistungen dienen – und damit auch der *Prima-facie-Ausgrenzung* anderer Ansprüche. Wer unbedingt zwei Meter groß sein will, um im Basketball zu brillieren, kann einen entsprechenden *Prima-facie-Anspruch* ebenso wenig geltend machen wie derjenige, der sich aus rituellen oder ästhetischen Gründen ein Fingerglied amputieren lassen möchte. Beides dient, dem vorgeschlagenen Krankheitsbegriff zufolge, eindeutig *nicht* der Krankheitsbehandlung. (Auf der Basis von Nordenfelts Modell wäre dies keineswegs so klar!) Die Solidargemeinschaft kann sich indes darauf verständigen, auch medizinische Leistungen zur Behandlung nicht krankheitswertiger Zustände zu gewähren. Jenseits einer schon grundrechtlich verbürgten Mindestversorgung besteht hinsichtlich der Gewichtung der verschiedenen *Prima-facie-Ansprüche* beträchtlicher Spielraum, der durch gesundheitspolitische Prioritätensetzung auszufüllen ist. Zu fordern ist, dass

34 Vgl. Seewald 1981.



diese möglichst transparent und partizipativ organisiert sein sollte – beispielsweise durch die Einbeziehung öffentlicher Leitbilddiskurse in den Prozess der politischen Entscheidungsfindung.

### *Literatur*

- Baier, Horst (1997), *Gesundheit als Lebensqualität: Folgen für Staat, Markt und Medizin*, Zürich: Edition Interfrom.
- Baier, Horst (1999), »Gesundheit als organisiertes Staatsziel oder persönliches Lebenskonzept: Zur Sozialgeschichte und Soziologie des Wohlfahrtsstaates«, in: Häfner, Heinz (Hg.): *Gesundheit – unser höchstes Gut?*, Berlin u. a.: Springer, S. 31-59.
- Bimbacher, Dieter (2002), »Krankheitsbegriff, Gesundheitsstandards und Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung«, in: Brand, Angela/Engelhardt, Dietrich von/Simon, Alfred, et al. (Hg.): *Individuelle Gesundheit versus Public Health? Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.*, Hamburg 2001, Münster: LIT, S. 152-163.
- Blech, Jörg (2003a), »Die Abschaffung der Gesundheit«, in: *Der Spiegel*, 33, S. 116-126.
- Blech, Jörg (2003b), *Die Krankheitserfinder*, Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Bobbert, Monika (2000), »Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-informativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth«, in: *Ethica*, 8, S. 405-440.
- Boorse, Christopher (1976), »What a Theory of Mental Health Should be«, in: *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 6, S. 61-84.
- Boorse, Christopher (1977), »Health as a Theoretical Concept«, in: *Philosophy of Science*, 44, S. 542-573.
- Boorse, Christopher (1981), »On the Distinction between Disease and Illness«, in: Caplan, Arthur L./Engelhardt, Tristram/McCartney, James J. (Hg.): *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Reading, Mass.: Addison-Wesley, S. 545-560.
- Canguilhem, Georges (1996), *Das Normale und das Pathologische*, Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- Cartwright, Samuel A. (1981), »Report of the Diseases and Physical Peculiarities on the Negro Race«, in: Caplan, Arthur L./Engelhardt, Tristram H./McCartney, James J. (Hg.): *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Reading, Mass.: Addison-Wesley, S. 305-326.
- D'Amico, Robert (1995), »Is Disease a Natural Kind?« in: *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20, S. 551-569.
- Daniels, Norman (1988), *Am I my Parents Keeper? An Essay on Justice between the Young and the Old*, New York; Oxford.
- Fedoryka, Kateryna (1997), »Health as a Normative Concept: Towards a New Conceptual Framework«, in: *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, S. 143-160.
- Göckenjan, Gerd (1988), *Kurieren und Staat machen: Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gregory, Ian (1968, Hg.): *Fundamentals of Psychiatry*. Philadelphia: Saunders.

- Honnefelder, Ludger (1996), »Humangenetik und Pränataldiagnostik: Die normative Funktion des Krankheits- und Behinderungsbegriffs: Ethische Aspekte«, in: Gethmann, Carl F./Honnefelder, Ludger (Hg.): Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Band 1, Berlin; New York: Walter de Gruyter, S. 121-127.
- Kondratowitz, Hans-Joachim v. (1990), »Sozialpolitik in Verlegenheit: Normative Unbestimmtheiten im gegenwärtigen Diskurs über das Alter«, in: Sachße, Christoph/Engelhardt, Tristram H. (Hg.): Sicherheit und Freiheit: Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 228-255.
- Lanzerath, Dirk (2000), Krankheit und ärztliches Handeln: Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg i. Br.; München: Karl Alber.
- Lenke, Thomas (2003), »Ein neues Bild von Gesundheit und Krankheit: Ist Altern therapiebedürftig? Der biopolitischen Debatte in der Medizin fehlt die sozialwissenschaftliche Perspektive«, in: Frankfurter Rundschau, 29.07.2003.
- Lenk, Christian (2002), Therapie und Enhancement: Ziele und Grenzen der modernen Medizin, Münster: LIT.
- Margolis, Joseph (1976), »The Concept of Disease«, in: The Journal of Medicine and Philosophy, 1, S. 238-255.
- Mazal, Wolfgang (1992), Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung: Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, Wien: Wilhelm Braumüller.
- Mordacci, Roberto (1995), »Health as an Analogical Concept«, in: The Journal of Medicine and Philosophy, 20, S. 475-497.
- Nordenfelt, Lennart (1987), On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach, Dordrecht: D. Reidel.
- Nordenfelt, Lennart (1993), Quality of Life, Health and Happiness, Aldershot u. a.: Avebury.
- Reznek, Lawrie (1987), The Nature of Disease, London: Routledge & Kegan Paul.
- Schäfer, Hans (1976), »Der Krankheitsbegriff«, in: Blohmke, Maria (Hg.): Handbuch der Sozialmedizin, Stuttgart: Enke, Bd. 3: Sozialmedizin in der Praxis, S. 15-31.
- Schimmelpfeng-Schütte, Ruth (2000), »Zur Reform des ambulanten Leistungsrechts der Gesetzlichen Krankenversicherung«, in: Medizinrecht, 18, S. 512-516.
- Schramme, Thomas (2000), Patienten und Personen: Zum Begriff der psychischen Krankheit, Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- Searle, John R. (1995), The Construction of Social Reality, London: Penguin Books.
- Seewald, Otfried (1989), »Krankheit: 2. Recht«, in: Eser, Albin/Lutterotti, Markus von/Sporcken, Paul (Hg.): Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Freiburg; Basel; Wien: Herder, S. 653-659.
- Werner, Micha H./Wiesing, Urban (2002), »Lehren aus dem Fall Viagra? Der Krankheitsbegriff im Sozialrecht am Beispiel der erektilen Dysfunktion«, in: Das Gesundheitswesen, 64, S. 398-404.
- Zeiler, Kristin (2003), Transgressive Technologies in Reproductive Medicine: Do They Call for a Revision of Notions of Health?, Bd. 133-148, Amsterdam; New York: Rodopi.