

Krankheit

Heiner Fangerau¹

Peter Franzkowiak²

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

² Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Germany

Abstract

Verschiedene Modelle von Krankheit und ihre Hintergründe sowie die Bedeutung sozialer und rechtlicher Rahmungen werden vorgestellt. Kausalfade und Verlaufsformen (als mögliche Determinanten unterschiedlicher Krankheitskonzeptionen), Normalitätsvorstellungen und Bewertungsprozesse (im Erleben und Beschreiben von Krankheiten) sowie Klassifikationssysteme werden diskutiert. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell wird um eine historische Dimension ergänzt. Kritiken am Krankheitsbegriff und alternative, interdisziplinäre Zugänge schließen den Beitrag ab.

Keywords: Krankheit, Norm, Bewertung, Modelle, Klassifikation

Einführung

Krankheit ist sowohl „ein Begriff der Lebenswelt als auch ein theoretischer Begriff der medizinischen Wissenschaft“ [1]. Entsprechend weist der Begriff eine oszillierende Deutungsvielfalt auf. Im engeren medizinischen Sinn erscheint er klar als Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit bzw. eine der Voraussetzungen für ärztliches Handeln definiert. Etymologisch fußt der Begriff auf dem mittelhochdeutschen „krancheit“, das so viel wie „Schwäche, Dürftigkeit, Not“ bedeutet [2]. Gleichzeitig gibt es ein Ringen um die Frage, ob der eine oder andere unerwünschte, schmerzhaft, außerhalb einer (jeweils zu definierenden) Norm liegende Zustand als krank bzw. Krankheit definiert werden kann.

So existieren verschiedenste Krankheitsmodelle [3]. Eine Abgrenzung wird etwa vorgenommen zwischen Krankheiten, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft erkannt und benannt werden können, subjektiven Befindlichkeitsstörungen ohne nach jeweiligem Wissensstand objektivierbare medizinische Ursache sowie sozial als krank anerkannte oder nicht anerkannte Zustände. Weit verbreitet ist eine Unterscheidung in körperlich-organische, psychosomatische und psychische Krankheiten.

Krankheit ist überdies ein praktisch-normativer Begriff [4]. Er ist nicht einheitlich (etwa nur und ausschließlich von der Biomedizin geprägt), vielmehr soziokulturell bedingt und wurde in verschiedenen historischen Phasen unterschiedlich definiert [5]. In den Gesellschaften der Moderne ist Krankheit das „geistige Wesen“ oder die nützliche Vorstellung [6], das bzw. die ärztliche Handeln auslöst und damit „Urgrund der sozialen Institution Medizin“ ist [7]. Dabei impliziert der Begriff Krankheit, dass ein so beschriebener Zustand unangenehm, unerwünscht oder widrig ist und geändert werden soll [8].

Krankheit in der Sozialversicherung

Die Vielschichtigkeit des Krankheitsbegriffs zeigt sich auch in seiner Nutzung im deutschen Sozialversicherungswesen. In Deutschland werden die Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Vorschriften des 5. Sozialgesetzbuchs (SGB V, §§ 27 ff.) geregelt. Nach SGB V ist Krankheit die Voraussetzung für eine Zuweisung von Leistungen der Kranken- und Sozialversicherung (damit einhergehend auch für soziale Privilegien der Krankenrolle, siehe auch [9] ([Soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit](#))). Der sozialrechtliche Krankheitsbegriff ist nicht deckungsgleich mit dem medizinischen.

Das SGB V verzichtet auf eine Legaldefinition von Krankheit. Der deutsche Gesetzgeber, so das Bundessozialgericht, habe „bewusst davon abgesehen, den Begriff der Krankheit im Gesetz zu definieren, da sein Inhalt ständigen Änderungen unterliege“ [10]. In der Schweiz hingegen definiert das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts in Art. 3 Krankheit als „jede

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ [11].

In der ständigen Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung und des Arbeitsrechts liegen weiter gefasste Krankheitsdefinitionen aus den späten 1950er und frühen 1970er Jahren vor. Krankheit war hier „jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d. h. beseitigt oder gelindert werden kann“ [12] bzw. „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ [10]. In diesen Formulierungen wird ein Zustand beschrieben, der ein Individuum als krank charakterisiert, die Notwendigkeit einer Heilbehandlung betont (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung ausreicht) und die zeitlich eingeschränkte bzw. verhinderte Arbeitsfähigkeit und Rollenerfüllung herausstellt. Auf die Krankheitsursache kommt es für das Vorliegen eines Versicherungsfalles nach SGB V nicht an.

In der Gesetzlichen Rentenversicherung Deutschlands ist Krankheit jeder regelwidrige körperliche, geistige oder seelische Zustand, der geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit zu mindern. Auch hier ist unerheblich, wodurch die Krankheit entstanden ist; zudem ist eine klare Abgrenzung zum Begriff der Behinderung nicht möglich [13].

Krankheitsmodelle

Die Gesundheitswissenschaften differenzieren drei „Kausalfade“ zur Erklärung von Krankheitsentstehung:

- naturwissenschaftlich
- verhaltensbedingt
- sozio-psycho-somatisch

Die gegenwärtig einflussreichsten Krankheitsmodelle entstammen dem ersten Bereich und sind *naturalistisch-medizinischen Ursprungs*. Sie leiten ärztliches Handeln aus der Kenntnis organisch-funktioneller und pathophysiologischer Begründungszusammenhänge ab, die auf physikalisch und chemisch zu beschreibende Kausalprozesse zurückgeführt werden. Im biomedizinischen Verständnis von Krankheit wird unterstellt, dass eine Krankheit bzw. körperliche Defekte und Fehlfunktionen von eindeutigen Ursachen ausgelöst werden, sie ein eindeutiges Erscheinungsbild mit klaren Folgen haben und daher auch in der Behandlung ursächlich angegangen werden können.

Im so genannten iatrotechnischen Modell tritt die Idee hinzu, dass ärztlicherseits in pathologische Prozesse wiederum technisch durch chemische und physikalische Beherrschung der Fehlfunktionen eingegriffen werden kann und muss, um eine Genesung oder Gesundung herbeizuführen [1], [14]. Das Modell ist so einflussreich, dass es auch die beiden anderen Kausalfade überlagert. In konsequenter Anwendung werden mit diesem Modell auch sozio-psycho-somatische und verhaltensbedingte Ursachen von Krankheit erklärt.

Dabei ist offensichtlich, dass Kausalerklärungen von Krankheit nur selten eindimensional erfolgen können. Das klassische Schema „Erreger/Auslöser – Defekt – spezifische Behandlung – Heilung“ war schon bei den übertragbaren Krankheiten, zu deren Erklärung es historisch entwickelt wurde, nicht durchweg zutreffend. Kaum trifft es die epidemiologische Realität von massenhaften verhaltensbedingten Zivilisationserkrankungen mit multifaktorieller Genese, zunehmender Multimorbidität im Alter und der weiten Verbreitung psychischer Störungen und psychosomatischer Beschwerdebilder.

Neben der biomedizinischen Perspektive, teilweise mit ihr konkurrierend, existieren in jeder Gesellschaft auch ganz andere Krankheitslehren: z. B. supranaturalistische, religiöse, dämonistische, astrologische, anthropologische, soziologische, alltagskulturelle und kulturwissenschaftliche sowie psychosomatische Modellbildungen. Die subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte schöpfen aus all diesen Quellen, sind dabei aber abhängig von Lebensalter, Geschlecht, Lebenslage, Milieuzugehörigkeit und ethisch-religiösen Orientierungen (siehe auch [15] ([Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit](#))) [16].

Die monokausalen medizinischen Krankheitsmodelle der Vergangenheit sind mittlerweile von multifaktoriellen, integrativen Krankheitsmodellen abgelöst worden (siehe auch [17] ([Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell](#)); [18] ([Stress und Stressbewältigung](#)); [19] ([Psychosomatische Perspektive](#))). Zur besonderen Problematik der Neukonfiguration des Krankheitsbegriffs im Kontext der genomischen, molekularen und individualisierten Medizin siehe [20] ([Biomedizinische Perspektive](#)).

Das Normalitätskonzept

Zur Idee von Krankheit gehört ein Normalitätsverständnis, das es überhaupt erlaubt, zwischen gesund und krank, normal und unnormal, physiologisch und pathologisch zu unterscheiden. Das Problem, was denn „normal“ sei, kann hier statistisch bezogen auf eine Referenzgruppe [21], funktional mit einem evolutionstheoretischen Blick auf die an eine Umwelt am günstigsten angepasste Lebensfunktion [22] oder auch entlang von sozialen Werten und Normen beantwortet werden [23]. So kann etwa ein Zustand als krank begriffen werden, dessen Auftreten statistisch selten ist, die Lebensfunktionen beeinträchtigt und der als sozial deviant verstanden wird, weil er zum Beispiel der normativen Forderung nach Arbeitsbeteiligung entgegensteht.

Die historische und kulturelle Dynamik im Normalitätskonzept hat zur Folge, dass mit Blick auf einzelne benannte Erkrankungen zwischen *ontologischen und gradualistischen Modellen* unterschieden werden kann [24]. Gemeint ist damit, dass Krankheiten entweder als feste Einheiten betrachtet werden können, die ähnlich einer botanischen Taxonomie geordnet werden können (s. weiter unten die Ausführungen zu „Klassifikationssystemen“) oder dass sie Umschlagspunkte oder Endpunkte auf einer Skala zwischen gesund und krank darstellen. Die letztere Position geht davon aus, dass es sich bei normalen und pathologischen um identische Phänomene handelt, die sich nur quantitativ unterscheiden. Krankheit sei also eine überschießende, zu schwache oder aufgehobene physiologische Reaktion [25]. Taxonomische und gradualistische Sichtweisen teilen das Problem, dass die Zustände selbst und der Umschlagspunkt definiert werden müssen [26].

Dafür, wie Gesundheit und Krankheit erkannt werden, sind der Stand medizinischen Wissens und Handelns, technische Möglichkeiten und die soziokulturellen Rahmenbedingungen der Krankheitsbeschreibung in einer bestimmten Epoche entscheidend. Da auch das medizinische Wissen im gesellschaftlichen Resonanzraum entsteht, sprechen manche Autorinnen und Autoren von Krankheit als sozialem Konstrukt, was aber kritisiert wird, da eine klare Trennung der Bereiche des Natürlichen und des Kulturellen mit Blick auf menschliche Interaktion mit der Umwelt und damit auch mit Blick auf Krankheit kaum möglich ist [27].

Exemplarisch zu nennen sind Beiträge aus Diversitäts- und Genderperspektiven. Krankheit wird hier „als soziokulturell hervorgebrachte und geschlechterpolitisch wirksame Konstruktion und Deutung körperlicher und psychischer Zustände“ [28] postuliert. Wahrnehmung, Messung und Deutung eines physischen oder psychischen Zustands als gesund oder krank, normakzeptabel oder behandlungsbedürftig, als Diagnose, Erleben oder Rolle unterliegen einer Abhängigkeit von jeweils geltenden, kulturspezifischen Körperwissensbeständen. Diese differenzieren sich epochal nach Geschlecht, Sozialstruktur, Milieu, Region und Alterskohorte. Aus Genderperspektive ist Krankheit immer auch Praxis von „Doing Gender“ (das soziale Handeln, das Geschlechterdifferenzen definiert und reproduziert) [28] im Kontext eines „Gender Regime“ (der normative Rahmen, in dem Geschlechterbeziehungen und Lebensweisen ausgehandelt werden) [29].

Krankheit wie Gesundheit sind folglich schwer zu fassende, multidimensionale Phänomene. Ihre individuelle und gesellschaftliche Wahrnehmung und Bearbeitung sind stark von jeweils unterschiedlichen wissenschaftlichen und anderen Bezugssystemen abhängig.

Bewertungsprozesse bei Krankheit

Die Medizinische Soziologie hat eine dreistufige Ordnung entwickelt, die auf die professionellen, individuellen und sozialen Bewertungsprozesse bei Krankheit aufmerksam macht und dynamische Wechselwirkungen zwischen diesen Zugangsweisen thematisiert.

In Anlehnung an die anglo-amerikanische Wissenschaftstradition wird differenziert zwischen „disease“ als negativer körperlicher Erscheinung (ein Prozess, ein Zustand oder ein Ereignis), wie sie von medizinischen Professionellen begriffen wird, „illness“ als negativer körperlicher Erscheinung in der Wahrnehmung der betroffenen Person selbst und „sickness“ als negativer körperlicher Erscheinung aus Sicht der Gesellschaft und/oder ihrer Institutionen [30]. Damit sind drei verschiedene, miteinander interagierende Bezugssysteme angesprochen, in denen Krankheit definiert wird: die Medizin (Fremdwahrnehmung), die betroffene Person (Selbstwahrnehmung), die Gesellschaft und hier speziell das Sozialversicherungssystem (soziokulturelle und rechtliche Einordnung) (Tabelle 1). Für Gesundheit gibt es noch keine vergleichbare Systematisierung.

Krankheitsverständnis	Schwerpunkte
„ Disease “: Ein veränderter Zustand der Person, des Körpers oder seiner Teile durch Abweichung von physiologischen, organischen oder psychiatrischen Normen	• Biomedizinische Beobachtung und Diagnostik von veränderten, „abnormen“ Zuständen, physiologischen Regulationen oder Funktionsweisen im menschlichen Organismus • Krankheit als objektivierbarer medizinisch-psychiatrischer Befund • Krankheitsbilder und -syndrome werden objektiviert und klassifiziert (z. B. in der ICD-10/11 oder dem DSM-5)
„ Illness “: Das Erleben von Beeinträchtigungen und Unwohlsein	• Subjektive Beobachtung und das persönliche Erleben von veränderten, „abnormen“ Zuständen bzw. Funktionsweisen des menschlichen Organismus • Krankheit als subjektive Störung des Befindens • Beobachtungen und Zuschreibungen werden z. B. in regelmäßigen Umfragen über das Gesundheitsempfinden der Bevölkerung erhoben
„ Sickness “: Die Zuschreibung einer sozialen Rolle mit besonderen Ansprüchen und Privilegien und der Veränderung von Interaktionen	• Gesellschaftliche Zuschreibung der Krankheit und von Krankheitsrollen • Krankheit als definiertes soziales Phänomen („Abweichung“), das einhergeht mit einer Veränderung von sozialen Interaktionsmustern • Krankheiten werden als Rollendysfunktion und Leistungsminderung gedeutet; an Betroffene und Professionelle werden institutionelle Regeln, Ansprüche und gesellschaftliche Erwartungen herangetragen (z.B. Privilegien einer Krankenrolle in Verbindung mit der Obligation, Hilfe aktiv zu suchen oder zu gewähren)

Tab. 1: Differenzierung von „Krankheit“ aus Sicht der Medizinischen Soziologie (eigene Darstellung)

Die dreiteilige Differenzierung ist von analytischer Bedeutung und handlungsleitendem Nutzen sowohl für Medizin und Gesundheitswissenschaften als auch für [Prävention und Krankheitsprävention](#) [31]. Für den Prozess einer Erkrankung und ihrer persönlichen, sozialen und medizinischen Bewältigung können nicht allein die jeweiligen Akteurinnen und Akteure sowie Betroffenen verantwortlich gemacht werden – wie etwa in der klassischen Gesundheitserziehung [32] ([Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung](#)). Auch die sozialen Konsequenzen der Diagnosestellungen, wie persönliche und kulturelle Kontrollversuche oder Zuschreibungen von „Krankheit“ (Abweichung) bzw. „Nicht-Krankheit“ (Normalität), werden in das Bewusstsein gerückt. Genauso wie Krankheitsmodelle und Klassifikationen unterliegen die Normalitätsvorstellungen historischen Veränderungen.

Die Trias kann um eine vierte Dimension erweitert werden: die „*Zeitlichkeit*“. Diese fügt den drei Kernperspektiven auf Krankheit eine zentrale kulturhistorische [33] und sozio-biographische [34] Perspektive zu. So verändern neue technische Verfahren zur Erhebung vorher nicht erkennbarer Zeichen die objektivierende Dimension der „disease“. Bildung und Erziehung, Vorbilder, Lebenswege, sich wandelnde Gender- und Alternskonzepte beeinflussen im historischen Verlauf die subjektive Krankheitswahrnehmung („illness“). Die Entwicklung von Lebens- und Arbeitsverhältnissen, des Sozialrechts oder der demografischen Zusammensetzung einer Gesellschaft können zur Veränderung der sozialen Anerkennung von Krankheitszuständen („sickness“) führen; auch kann sich diese im Zuge

historischer Veränderungen abschwächen oder ganz verschwinden. Zeitliche und kulturelle Verschiebungen im Wahrnehmungs- und Deutungsspektrum jeder einzelnen Dimension führen zu Spannungen im Krankheitsbegriff; sie ziehen Diskussionen über Begriffe und (soziale) Praktiken ebenso nach sich wie Handlungs- und Definitionsdruck auf individueller sowie gesellschaftlicher Ebene [35].

Weder die Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* noch ihre Bedeutungshöfe sind unabhängig voneinander. Etwas zu einer Krankheit zu machen (z. B., indem man etwas einer medizinischen Behandlung oder Manipulation unterwirft), beeinflusst die Zuordnung eines sozialen Status zu der Krankheit. Ebenso werden das Krankheitsgeschehen und -erleben durch medizinisches Wissen beeinflusst. Die individuelle Erfahrung von Beschwerden wird durch die medizinische Terminologie, aber auch durch soziale Normen, Regeln und (Nicht-)Akzeptanzen beeinflusst. Neue Technologien wie bildgebende Verfahren oder mittels Big-Data und Künstlicher Intelligenz generierte Risikozuweisungen können sämtliche Ebenen beeinflussen.

Nicht zuletzt sind die professionellen Fachkräfte durch den sozialen Status und das Ansehen einer Krankheit beeinflusst: Krankheitsbilder unterscheiden sich – auf allen Ebenen – stark in ihrem sozialen und kulturellen Prestige.

Akute und chronische Krankheitsverläufe

Eine Ordnung, die sich weniger an Ätiologie oder Erscheinung einer Erkrankung orientiert, sondern vor allem ihren zeitlichen Verlauf in den Blick nimmt, unterscheidet zwischen akuten und chronischen Verläufen. Akute Krankheiten beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich bis zu einem Höhepunkt bzw. einer „Krise“ zu. Sie klingen von selbst ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar. Dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Akute Krankheiten können aus unterschiedlichen Gründen chronisch werden:

- Eine akute Krankheit erfährt keine optimale (medizinische) Behandlung.
- Ungünstige psychosoziale Lebensweisen und Lebenslagen sowie schädigende Lebensstile und fortgesetztes Risikoverhalten verstärken negative Krankheitsverläufe und -folgen und/oder verhindern angemessene Therapien.
- Bestimmte Krankheiten führen aufgrund ihrer Schwere oder noch nicht vorhandener Heilungsmöglichkeiten zu einem chronischen Verlauf (z. B. bleibende Lähmungen nach einem Schlaganfall; Typ-1-Diabetes im frühen Jugendalter; Typ-2-Diabetes im mittleren und späten Erwachsenenalter; „Long-Covid“-Verläufe nach einer SARS-CoV-2-Infektion).
- Nicht zuletzt entstehen chronische Krankheiten oft als Folge einer kontinuierlichen äußeren Schädigung des Organismus, vielfach in Kombination mit Faktoren wie Alter, Disposition und Risikoakkumulation (z. B. Lungen- und Bronchialkrebs bei Gewohnheitsrauchern; bösartige Neubildungen als Folge einer jahrzehntelangen Exposition am Arbeitsplatz gegenüber Stäuben, Chemikalien oder anderen Noxen).

Chronische Krankheiten haben eine lange Latenzzeit und beginnen meist schleichend oder schubweise. Außer im Fall schwerer akuter Krankheiten mit direkter Behinderungsfolge wirken vielfach Risikofaktoren und/oder eine Vielzahl anderer akuter Krankheiten als Vorläufer und Warnzeichen. Sie beeinträchtigen Menschen über längere Zeiträume oder das gesamte weitere Leben (begrenzte bzw. unbegrenzte Chronizität) und können zu einer Behinderung mit dauerhaften Einschränkungen der Aktivität und gesellschaftlichen Teilhabe bei den Betroffenen führen. Chronische Erkrankungen sind medizinisch schwerer behandelbar, oftmals nur einer begrenzten oder keiner Therapie mehr zugänglich. In den industrialisierten Ländern bestimmen sie seit vielen Jahrzehnten das Spektrum von Krankheiten und Behinderungen. Beobachtet wird – parallel zur demografischen Transition - ein so genannter epidemiologischer Übergang im Vergleich zum 19. und frühen 20. Jahrhundert: Unter den vorzeitigen Todesfällen und den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößert sich ihr Anteil.

Bei der therapeutischen Intervention dominiert weniger die Heilung (kurative Medizin). Vielmehr stehen Förderung der verbliebenen Gesundheit, Symptomverbesserung und Linderung (symptomatische bzw. palliative Therapie, z. B. bei Krebskranken oder Aidskranken im Endstadium) sowie die Abmilderung von sozialen und psychischen Folgen im Vordergrund. Mit der Zeit wächst der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf, der zunehmend an nichtmedizinische Gesundheitsprofessionen herangetragen wird, primär die Pflege. Eigenständige Bedeutung bei der Bewältigung haben auch Selbsthilfegruppen und -organisationen. Sie leisten wechselseitige Hilfe in den Bereichen, in denen das professionelle Gesundheitssystem Defizite oder Mängel aufweist. Zugleich erhöhen sie die Bewältigungskompetenzen, fördern die Selbstbestimmung des Individuums und tragen zur Humanisierung der medizinischen Versorgung bei [36] ([Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung](#)).

Die Entstehung und Bewältigung chronischer Krankheiten folgt nicht dem tradierten Defektmodell. In ihrer Entstehung sind mehrere, darunter immer auch nichtmedizinische Ursachen wirksam. Zudem kann ein und dieselbe Krankheit bei verschiedenen Betroffenen einen höchst unterschiedlichen Verlauf nehmen. Chronische Erkrankungen gehen oft mit Komplikationen bzw. Begleitkrankheiten einher. Sie hinterlassen in der Regel dauerhafte Funktionsstörungen und Folgen bis zur bleibenden Behinderung: z. B. bösartige Neubildungen, Rheuma, chronische Verschleißerkrankungen, koronare Herzerkrankungen, zerebrale Gefäßerkrankungen oder hirnorganische Abbauprozesse (Demenz). Der Krankheitsverlauf wird erheblich durch psychische, familiäre und soziale Faktoren beeinflusst – im Sinne zusätzlicher Belastung, aber auch mit der Wirkung sozialer Unterstützung [37] ([Soziale Unterstützung](#)).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland legte 2004 eine „Chroniker-Richtlinie“ vor (§ 62 SGB V – letzte Fassung März 2018). Menschen gelten danach als „schwerwiegend chronisch krank“, wenn sie sich nachweislich wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befinden sowie mindestens eines der nachfolgenden Merkmale erfüllen: Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des SGB IX; Vorliegen eines Grades der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 60 oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent; Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, Verminderung der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Klassifikationssysteme

Die verschiedenen Verständnisse von Krankheit schließen sich nicht aus, wenn es um die Ordnung und Benennung von einzelnen Krankheiten geht. Der Blick der Professionellen ist hier allerdings spätestens im Prozess der Erstellung von Ordnungssystemen dominant. Dies zeigt sich am deutlichsten in Nosologien und Klassifikationssystemen von Krankheiten, in denen der Versuch gemacht wird, benannte Krankheitszustände systematisch zu ordnen.

Jeder Zustand von Krankheit wird dabei als eine einmalige, unwiederholbare Erscheinung betrachtet – von Seiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen ebenso wie von Seiten der behandelnden Professionellen. Zur wissenschaftlichen, praktischen und rechtlichen Auseinandersetzung mit Krankheit wird in Klassifikationssystemen eine Menge von artverwandten Zuständen des Krankseins unter einer gemeinsamen Bezeichnung zusammengefasst. Die Ordnungssysteme beruhen auf einer wissenschaftlichen Verständigung über intersubjektive Merkmale (z. B. Indikatoren der Symptomatologie, Pathogenese, Ätiologie, Funktionsstörung oder der therapeutischen Prinzipien).

Klassifikationssysteme sind abhängig vom jeweiligen historischen Stand der Medizin und des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheiten. In Europa am weitesten verbreitet ist das von der WHO verabschiedete ICD-Klassifikationssystem („International statistical classification of diseases and health-related problems“). Es existiert seit 2019 in der 11. Revision (ICD-11) und wurde 2022 international in Kraft gesetzt. Die ICD-11 wird in Deutschland noch nicht verbindlich angewendet. Hier ist weiterhin die ICD-10-GM (German Modification) das maßgebliche System für Morbiditäts- und Mortalitätskodierung, für Diagnosen- und Behandlungsverschlüsselung in der ambulanten und stationären ärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung. Auch diese erfährt jährliche Updates (derzeit: ICD-10-GM-2026) [38].

ICD-10 und 11 erheben den Anspruch, deskriptive und weitgehend ätiologiefreie Diagnosen zu stellen. Damit sollen eine Abkehr von den vorher üblichen kategorialen Klassifikationen in Medizin, Psychosomatik und Psychiatrie vollzogen sowie interkulturelle Vergleiche erleichtert werden. Im Bereich der psychischen Störungen (Kapitel V der ICD-10; Kapitel VI der ICD-11) wird dies besonders deutlich am weitgehenden Verzicht auf die klassische Begrifflichkeit der „psychischen Krankheit“ und einem nahezu konsequenten Gebrauch des Wortes „Störung“.

Kritikerinnen und Kritiker warfen dem deskriptiven Ansatz – insbesondere in der auslaufenden ICD-10 – wissenschaftlich-konzeptionelle Unschärfen in der kategorialen Diagnostik, Mängel in den Konstruktvaliditäten sowie eine unbefriedigende Reliabilität von Diagnosestellungen vor [39], [40]. Seit dem letzten Jahrzehnt wurde zudem für die im engeren Sinne psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnosestellungen eine stärkere Basierung in neurowissenschaftlicher Expertise eingefordert [41], [42], [43]. Beide Kritiken werden im entsprechenden Kapitel der revidierten ICD-11 bereits deutlich berücksichtigt [44].

Eine wichtige Fortführung stellt das ökonomisch-medizinische Klassifikationssystem der Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG; englisch: Diagnosis Related Groups) dar. DRG dienen ursprünglich zur Klassifikation medizinisch ähnlicher und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogener Patientenkollektive. Erst später wurden daraus Entgeltsysteme zur Finanzierung vor allem von stationären somatischen Behandlungen. DRG stellen eine Methode dar, mit der sich stationäre Behandlungsepisoden von Patientinnen und Patienten in Kategorien einteilen und messen lassen. Die Betroffenen werden anhand medizinischer und demografischer Daten in Fallgruppen eingeteilt, die nach dem für die Behandlung erforderlichen Ressourcenverbrauch (so genannte Prozedurenkombinationen) unterteilt und bewertet werden. Jeder Fallgruppe wird eine sogenannte Bewertungsrelation zugewiesen.

Maßgeblich für die Zuordnung des Behandlungsfalles zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe für (somatische) Krankenhäuser sind die Hauptdiagnose bzw. die Grunderkrankung, im Krankenhaus durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige Untersuchungen), Nebendiagnosen und Komplikationen, die den Behandlungsverlauf maßgeblich beeinflussen, die Beatmungszeit, mittlere Verweildauer und Entlassungsgrund sowie patientenbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht oder das Geburtsgewicht. Mit Hilfe der DRG-Fallpauschalen und DRG-Zusatzentgelte lässt sich auch die Leistung eines Krankenhauses messen. In Deutschland bildet, gemäß § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), das so genannte G-DRG-System die Grundlage zur Vergütung jedes stationären somatischen Behandlungsfalles [45]. Für die Entgeltsysteme bei Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern gelten neben dem KHG auch die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) sowie das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG).

Alternative Begriffsbildungen, Kritik am Krankheitsbegriff

Die WHO verzichtet auch wegen seiner Vielschichtigkeit auf einen eigenständigen Krankheitsbegriff und fokussiert auf Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ [46]. In der Sozial- und Gemeindepsychiatrie wird die Begrifflichkeit der „Krankheit“ vielfach ebenfalls weitgehend verworfen und ersetzt durch den Begriff der Störung (siehe ICD-10/11 weiter oben) bzw. der „Kränkung“. Dabei wird unterschieden in drei Richtungen: Kränkung des Körpers, der Beziehung und des Selbst [47]. Treten Kränkungen in bestimmten biografischen Phasen auf, spricht man zusätzlich von Lebensalterskränkungen.

Ebenso gibt es in der allgemeinen Psychiatrie und in der theoretischen Medizin zunehmend prinzipielle Zweifel an der Zweckmäßigkeit eines übergreifenden, v. a. monokausalen und biomedizinisch grundierten Krankheitsbegriffs [48], [49]. Insbesondere bei der Ätiopathogenese (v. a. bei den sozio-psycho-somatischen Zusammenhängen bei Gesundheit, Risiko und Störung) und in der Nosologie divergieren Krankheitslehren und -begriffe von Medizin und Psychiatrie erheblich bis fundamental. Dies wird u. a. mit der Relationalität von Definitionen im Feld der psychischen Störungen begründet. Damit sind weder naturalistisch noch sozial eindeutig beschreibbare Phänomene im Blick. Vielmehr werden wertende Zuschreibungen vorgenommen, die zudem einem ständigen historisch-kulturellen Wandel unterliegen. Beispiele sind die Veränderung in der medizinisch-psychiatrischen Bewertung von Homosexualität, die Anerkennung und zunehmende Ausweitung von Suchtstörungen als Krankheiten, ebenso wie die wachsende Tendenz zur Medikalisierung von Alterungsprozessen („Anti-Aging“), der Anstieg von „Neuro-Enhancement“ zur Selbstoptimierung sowie das hochgradig kommerzialisierte Lifestyle-Konzept einer „Longevity“.

Im Leitbegriff Gesundheit [50] werden acht interdisziplinär tragfähige Maximen zur Definition von Gesundheit und Krankheit nach Hurrelmann herausgearbeitet. Aus diesen Leitvorstellungen heraus kann für Krankheit die folgende Definition abgeleitet werden: Krankheit ist ein dynamisches Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit vermittelt einem Menschen eine (akute oder dauerhafte) Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude. Ebenso wie relative Gesundheit existieren auch dynamische Stadien der relativen Krankheit, gekennzeichnet durch ein Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren, teilweise gestörte Bewältigungsfähigkeiten und begrenztes Wohlbefinden [51].

References

1. Hucklenbroich P. Krankheit als theoretischer Begriff der Medizin – Unterschiede zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichem Krankheitsbegriff. J Gen Philos Sci. 2018;49(1):23–58. DOI:[10.1007/s10838-017-9367-y](https://doi.org/10.1007/s10838-017-9367-y)
2. Pfeifer W. Krankheit. In: Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften; [accessed 2026 Jun 08]. Available from: <https://www.dwds.de/wb/Krankheit#etymwb>
3. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3 edn. Bern: Hogrefe; 2012.
4. Engelhardt HT. The concepts of health and disease. In: Engelhardt HT, Spicker SF, editors. Evaluation and explanation in the biomedical sciences. Dordrecht: Reidel; 1975. p. 125–141. (Philosophy and Medicine; 1). DOI:[10.1007/978-94-010-1769-5_9](https://doi.org/10.1007/978-94-010-1769-5_9)
5. Fangerau H, Martin M. Konzepte von Gesundheit und Krankheit: Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität. In: Viehöver W, Wehling P, editors. Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld: Transcript; 2011. p. 51–66. DOI:[10.14361/9783839413197-002](https://doi.org/10.14361/9783839413197-002)
6. Koch R. Das Als-Ob im ärztlichen Denken. München, Leipzig: Rösli; 1924.
7. Labisch A. „Gesundheit“ im Wandel der Zeiten. In: Bundesvereinigung für Gesundheit, editor. Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied, Kriftel: BVG; 1999. p. 1–49.
8. Wiesing U. Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? ZfmE. 1998;44(2):83–97. DOI:[10.30965/29498570-04402002](https://doi.org/10.30965/29498570-04402002)
9. Reibling N. Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I116-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I116-4.0)
10. Ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes: Urteil vom 16.05.1972, 9 RV 556/71; Urteil vom 22. Apr. 2015, B 3 KR 3/14 R; Urteil vom 15.03.2018, B 3 KR 18/17 R.
11. Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz 830.1 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (Stand am 1. Januar 2024). [accessed 2026 Jun 8] Available from: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/510/de>
12. Bundesgerichtshof. Urteil vom 21.03.1958, 2 StR 393/57.
13. Benen E. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Berlin: Deutsche Rentenversicherung. 2025 [accessed 2026 Jun 8]. (Studientext; 17). Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/Studientexte/Rentenrecht/17_renten_wegen_verminderter_erwerbsfaehigkeit.pdf?__blob=publicationFile&v=3
14. Rothschild KE. Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart: Hippokrates; 1978.
15. Badura B, von dem Knesebeck O. Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz; 2012. p. 187–220.
16. Faltermaier T. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I119-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I119-3.0)
17. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2026. DOI:[10.5680/BIOEG:LB-I102-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-I102-1.0)
18. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I118-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I118-2.0)
19. Binneböse M, Frommer J, Franzkowiak P, Junne F. Psychosomatische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I098-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I098-3.0)
20. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0)

21. Boorse C. On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*. 1975;5:49–68.
22. Gammelgaard A. Evolutionary biology and the concept of disease. *Med Health Care Philos*. 2000;3:109–116. DOI:[10.1023/A:1009999502884](https://doi.org/10.1023/A:1009999502884)
23. Szasz TS. *The myth of mental illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper Perennial; 1974.
24. Hofmann B. Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theor Med Bioeth*. 2001;22(3):211–236. DOI:[10.1023/A:1011416302494](https://doi.org/10.1023/A:1011416302494)
25. Canguilhem G. *Das Normale und das Pathologische*. Frankfurt am Main: August; 1977.
26. Grmek M. La conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard. In: Koyre MA editor. *L'aventure de la science*. Vol 1. Paris: Hermann; 1964. p. 208–227.
27. Fangerau H, Labisch A. Spotlight: Natur, Kultur und COVID-19 – ein Essay für eine globale Seuchengeschichte. In: Fehse B, Hucho F, Bartfeld S, Clemens S, Erb T, Fangerau H, Hampel J, Korte M, Marx-Stölting L, Mundlos S, Osterheider A, Pichl A, Reich J, Schickl H, Schick Tanz S, Taupitz J, Walter J, Winkler E, Zenke M. *Fünfter Gentechnologiebericht: Sachstand und Perspektiven für Forschung und Anwendung*. Baden-Baden: Nomos, 2021. p. 434–446. DOI:[10.5771/9783748927242](https://doi.org/10.5771/9783748927242)
28. Zehetner B. Konstruktionen und Kulturen von Krankheit aus Gender-Perspektive. *Psychotherapie Forum*. 2019;23:11–17. DOI:[10.1007/s00729-019-0110-5](https://doi.org/10.1007/s00729-019-0110-5)
29. Padrón Armas AG, González Ramos AM, Serrano-del-Rosal R. Understanding Health and Pain Through the Gender Regime: A Multilevel Framework from a Sociological View. *Soc Sci*. 2025;14(11):636. DOI:[10.3390/socsci14110636](https://doi.org/10.3390/socsci14110636)
30. Hofmann B. Disease, illness, and sickness. In: Solomon M, Simon JR, Kincaid H, editors. *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*. London: Routledge; 2016. p. 16–26. DOI:[10.4324/9781315720739](https://doi.org/10.4324/9781315720739)
31. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BfÖG), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2025. DOI:[10.17623/BfÖG:Q4-i091-4.0](https://doi.org/10.17623/BfÖG:Q4-i091-4.0)
32. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BfÖG), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2025. DOI:[10.17623/BfÖG:Q4-i024-2.0](https://doi.org/10.17623/BfÖG:Q4-i024-2.0)
33. Fangerau H. Gesundheit und Krankheit. In: Deinzer RO, von dem Knesebeck O, editors. *Online-Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie (Kapitel 2.6.3)*. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. DOI:[10.5680/olmps000071](https://doi.org/10.5680/olmps000071)
34. Harrison M, Smith AKJ, Adams S. Matters of time in health and illness. *Health Sociology Review*. 2024;33(1):1–9. DOI:[10.1080/14461242.2024.2319943](https://doi.org/10.1080/14461242.2024.2319943).
35. Dross F. „allerhandt sorten Armer, Krankher vnd Schadhaffter Persohnen“ – Soziale Dynamiken historischer Krankheitsbegriffe. *ZfmE*. 2019;68(2):135–150. DOI:[10.14623/zfme.2022.2.135-150](https://doi.org/10.14623/zfme.2022.2.135-150)
36. Kofahl C, Trojan A. Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BfÖG), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2025. DOI:[10.17623/BfÖG:Q4-i105-3.0](https://doi.org/10.17623/BfÖG:Q4-i105-3.0)
37. Vonnelich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0)
38. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision German Modification, Version 2026. Bonn, Köln: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); [accessed 2026 Jun 8]. Available from <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2026/index.htm>
39. Mombour W, Spitzner S, Reger KH, von Cranach M, Dilling H, Helmchen H. Summary of the qualitative criticisms made during the ICD-10 field trial and remarks on the German translation of ICD-10. *Pharmakopsychiatri*. 1990 Jun;23 Suppl 4:197–201. DOI:[10.1055/s-2007-1014565](https://doi.org/10.1055/s-2007-1014565)
40. Margraf J. Klassifikation psychischer Störungen. In: Margraf J, Schneider S, editors. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie*. 4 edn. Heidelberg: Springer; 2018. p. 143–160.
41. Cuthbert BN. The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*. 2014;13:28–35. DOI:[10.1002/wps.20087](https://doi.org/10.1002/wps.20087)

42. Conway CC, Krueger RF, HiTOP Consortium Executive Board. Rethinking the diagnosis of mental disorders: Data-driven psychological dimensions, not categories, as a framework for mental-health research, treatment, and training. *Current Directions in Psychological Science*. 2021;30(2):151–158. DOI:[10.1177/0963721421990353](https://doi.org/10.1177/0963721421990353)
43. Krueger RF. Recent advances in the conceptualization and evidence supporting the HiTOP approach. *World Psychiatry*. 2025;24(2):267–268. DOI:[10.1002/wps.21318](https://doi.org/10.1002/wps.21318)
44. Renneberg B, Herpertz S. Persönlichkeitsstörungen. *Fortschritte der Psychotherapie*, Band 79. Göttingen: Hogrefe; 2021.
45. InEK. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2026. Siegburg: InEK GmbH; 2025 [accessed 2026 Jun 8]. Available from: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser>
46. World Health Organization. Constitution. Geneva: World Health Organization; [accessed 2026 Jun 8] Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
47. Dörner K, Plog U, Bock T, Brieger P, Heinz A, Wendt F, editors. *Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 25 edn. Köln: Psychiatrie Verlag; 2019.
48. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(7):846–861.
49. Schramme T. Brauchen wir mehrere Krankheitsbegriffe? Einheit und Vielfalt in der Medizin. In: Hucklenbroich P, Buyx A, editors. *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriff*. Münster: Mentis; 2013. p. 85–103.
50. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. 2025. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0)
51. Hurrelmann K, Richter M. *Gesundheits- und Medizinsoziologie*, 8 edn. Weinheim: Juventa; 2013. (Grundlagentexte Soziologie).

Korrespondenz: Prof. Dr. Heiner Fangerau, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Germany, E-mail: heiner.fangerau@uni-duesseldorf.de

Zitierhinweis: Fangerau H, Franzkowiak P. Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i069-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i069-1.0)

Copyright: © 2026 Heiner Fangerau et al.

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>