

Philosophische Aspekte der Diskussion um Übergewicht und Adipositas als systemischen Risiken

Niels Gottschalk-Mazouz (Universität Bayreuth)

(Erscheint in Deuschle, J.; Zwick, M.; Renn, O. (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*, Wiesbaden: VS-Verlag 2011, S. 21-29)

1. Einleitung

Im Jahr 2003 hat die OECD den Bericht *Emerging Risks in the 21st Century: An Agenda for Action* vorgelegt. Darin wird davon ausgegangen, dass sich die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß katastrophaler Ereignisse in Zukunft in ganz unterschiedlichen Bereichen weiter erhöhen wird. Dies liege allgemein gesprochen an Interdependenzen, Verdichtungs- und Vernetzungsphänomenen, wie z.B. der zunehmenden Bevölkerungsdichte in Ballungsgebieten und der wirtschaftlichen Konzentration in bestimmten Räumen. Es würde letztlich dazu führen, dass zunehmend systemische Grundfunktionen bedroht sind: „A systemic risk ... is one that affects the systems on which society depends – health, transport, environment, telecommunications, etc.“ (OECD 2003: 30). Systemische Risiken können jedoch, so ist hinzuzufügen, nicht nur *für* Systeme, sondern auch *durch* Systeme bestehen. Der komplexeste Fall systemischer Risiken wäre dann derjenige intersystemischer Risiken, bei denen die Risikoketten Systemgrenzen überschreiten und Ereignisse in einem System riskante Ereignisse in einem anderen System auslösen. Diese Risiken sind deshalb schwer zu erkennen, da die Systeme gewöhnlich getrennt überwacht und kontrolliert werden und die Wechselwirkungen zwischen Systemen weniger gut bekannt sind. Doch auch intrasystemische Risiken, die in einem System verbleiben, sind teilweise nur schwer zu erkennen, dann nämlich, wenn das System eine hinreichend komplexe Binnendynamik aufweist und auslösende und ausgelöste Ereignisse zeitlich oder räumlich weit entfernt auftreten.

Die Phänomene Übergewicht und Adipositas sind sowohl intrasystemisch als auch intersystemisch erzeugt, da sie einerseits langfristige Eigendynamiken einzelner Systeme widerspiegeln, andererseits aber auch – und dieser Aspekt wird im Folgenden vertieft – das Zusammenwirken u.a. der

Systeme Gesundheit, Ernährung, Erziehung, Ökologie bzw. Stadtplanung, Wirtschaft und Politik. Jedes dieser Systeme bekommt bestenfalls einen Ausschnitt des Phänomens zu fassen und ist mit der Bewertung sowie der Ausarbeitung von Reaktionen und Maßnahmen alleine überfordert.

Ein punktueller Ansatz des Managements solcher Risiken hat wenig Aussicht auf Erfolg. Der Umgang mit systemischen Risiken sollte besser im Kontext von ganz oder teilweise etablierten Risikokulturen diskutiert werden (Gottschalk-Mazouz 2008a): Kultur in diesem Sinne umfasst sowohl die verfügbaren Mittel (Sachebene), als auch die verfügbaren Informationen (Informationsebene) und die anerkannten Praktiken und Normen (Sozialebene). Welche Mittel, Informationen und Praktiken als relevant erscheinen, hängt dabei von der Wahrnehmung und Interpretation des Problems ab. Risikokulturen, wie Kulturen generell, umfassen auch diese Wahrnehmungen und Interpretationen. Diese Wahrnehmungen und Interpretationen sind nun selbst wieder abhängig von Informationen, Praktiken und Normen sowie verfügbaren Mitteln. Risikokulturen können sich daher auch aus sich selbst heraus wandeln. Und diese Wahrnehmungen und Interpretationen sind dabei häufig nicht allgemein geteilt. Unterschiedliche Wahrnehmungen und Interpretationen äußern sich dabei als Dissense über die Relevanz von Mitteln, Informationen und Praktiken.

Indiz für das Vorliegen einer solchen Konstellation auch bei Übergewicht und Adipositas ist, dass Ausmaß und Umfang des Problems in der Literatur sehr unterschiedlich dargestellt werden. Einerseits wird vor der ‚epidemischen‘ Ausbreitung von Übergewicht und Adipositas lautstark gewarnt, andererseits jedoch werden diese Warnungen teils sehr kritisch kommentiert. So etwa in der ersten ausführlichen Untersuchung der Geschichte der Adipositasforschung: "Mittels ihrer Definitionen haben die Adipositasforscher Adipositas als allgemeines Problem erst geschaffen. Sie haben dieses Problem in die Bevölkerung hineingetragen. Adipositasforscher erscheinen so als Produzenten von Wirklichkeit. Sie haben, ohne zu wissen, welche Gesundheitsgefahren mit Adipositas einhergehen, die Mengen ‚kranker‘ Dickleibiger erst geschaffen, vor denen sie dann so gerne warnten." (Klotter 1990: 146) Der Begriff Risiko erweist sich als janusköpfig. Er verweist nicht einfach auf manifeste Probleme und damit verbundene Schadenpotentiale, sondern er beruht dabei auf Wahrnehmungs-, Deutungs-, Selektions- und Kommunikationsprozessen einer gesellschaftlichen Definition von Risiken. Hierauf spielt Klotter an.

Es sollte daher nicht einfach vom Bestehen eines erheblichen Risikos ausgegangen und dann nach möglichst effizienten Maßnahmen gesucht werden. Hierbei wäre die Philosophie ohnehin nur ganz am Rande gefragt. Vielmehr ist eine der Komplexität gerecht werdende Wiederannäherung an den Phänomenbereich Übergewicht und Adipositas vonnöten. In drei Schritten haben wir versucht, seitens der Philosophie einen Beitrag zu einer solchen Wiederannäherung zu leisten, nämlich mit erstens einer wissenschaftstheoretischen Analyse des Krankheitsbegriffs, zweitens der Untersuchung des Beitrags der Phänomenologie zu einer (Wieder-) Annäherung an die Phänomene Krankheit und Übergewicht und drittens einer interdisziplinären Integration insbesondere auch entdramatisierender Risikobefunde mit dem Ziel, Grundlagen für eine ausgewogene Bewertung möglicher Maßnahmen beizusteuern. Der dem ersten Schritt entsprechende Projektteil wurde vom Autor dieser Zeilen bearbeitet, der dem zweiten entsprechende von Zeljko Radinkovic und der dem dritten entsprechende von Susanne Ertelt.

Im Folgenden wird ein Teil der Ergebnisse des ersten Schrittes näher dargelegt. Auf eine nähere Darlegung auch der Ergebnisse des zweiten und dritten Schritts wurde verzichtet, um den Rahmen nicht zu sprengen. Die interessierte Leserin sei für eine ausführliche Dokumentation der Ergebnisse des Philosophie-Teilprojekts verwiesen auf die Beiträge der genannten Autoren in Gottschalk-Mazouz/Zurhorst (2008) und Gottschalk-Mazouz (2010), sowie auf die gemeinsam mit der Soziologie verfassten Ausführungen von Seitz (Ertelt) und Zwick in diesem Band.

2. Krankheitsbegriff und Kriterien der Krankheitswertigkeit von Adipositas

Übergewicht und Adipositas werden in der Öffentlichkeit vor allem als eine Frage von Gesundheit und Krankheit gesehen. Die gegenwärtige Zuschreibung einer *Krankheitswertigkeit* an Übergewicht bzw. Fettleibigkeit variiert jedoch von Land zu Land (Böhler 2005). Auch innerhalb eines Landes ist zu verzeichnen, dass verschiedene Krankheitsbegriffe in der Diskussion sind. Dennoch scheint uns der Krankheitsbegriff weder unscharf noch beliebig zu sein:

- Es gibt verschiedene Krankheitsbegriffe, die in verschiedenen Kontexten verwendet werden (WHO, Arzt-Patientenbeziehung, ICD-10, Kostenübernahme, Arbeitsfähigkeit, Medizinische Forschung). Dass etwas in ei-

nem Kontext als Krankheit gilt und in einem anderen nicht, heißt nicht, dass der Begriff vage ist.

- Gegenüber anderen fachkundigen Personen verwendet der Arzt ein hoch differenziertes und absolut nicht vages Klassifikationssystem (ICD-10), das Krankheitstypen aufführt.
- In der Arzt-Patientenbeziehung wird (auch stillschweigend angesichts der Klassifikationsmöglichkeiten) ausgehandelt, was konkret eine Krankheit ist und was behandlungsbedürftig. Dass *dieser* Krankheitsbegriff nicht im Vorhinein festliegt, ist also Absicht (und kein Zeichen von unzureichender Bestimmtheit des Begriffs).
- Gesundheitspolitik und ‚Public Health‘ orientieren sich am WHO-Begriff von Gesundheit: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946/2009: 1) - Das ist nicht vage, wohl aber sehr weit gefasst und Ausdruck einer sehr weitgehenden Zielsetzung.
- Insbesondere der Krankheitsbegriff des Sozialgesetzbuches (SGB) ist keineswegs unscharf, sondern dient seinem Zweck, nämlich eine Rechtsprechung so weit zu leiten, dass diese Einzelentscheidungen konsistent fällen kann. Doch dazu später mehr.

Dennoch lässt sich zu Recht fragen, was denn neben diesen verschiedenen praktischen Krankheitsbegriffen, die in den je verschiedenen praktischen Kontexten sinnvoll sein mögen, zugrundeliegt: Gibt es einen medizinisch-wissenschaftstheoretisch begründeten Kernbegriff von Krankheit, und wie würde Adipositas gemessen an diesem Begriff zu beurteilen sein?

2.1 Medizintheorie und Wissenschaftstheorie: Theoretischer Krankheitsbegriff

Aus ideengeschichtlicher Perspektive werden in einer Reihe von Arbeiten (Fleck 1980, Fleck 1983, Foucault 1996, Engelhardt 1995) in der gegenwärtigen medizintheoretischen Diskussion normative und nicht-normative Krankheitsbegriffe unterschieden. *Normative Begriffe* (z.B. T. Engelhardt 1974, Nordenfelt 1987) gehen üblicherweise von subjektiv oder kulturell negativen Bewertungen als ausschlaggebend für eine Bezeichnung als ‚krank‘ aus. *Nicht-normative Ansätze* fußen auf einer Abweichung von der biologischen

Normalität, die entweder ätiologisch auf evolutionäre Selektion von Merkmalen auf Gattungsebene (z.B. Wakefield 1992, der diese mit einem kulturellen Kriterium kombiniert) oder auf individuell nützliche Funktionen wie Reproduktion und Überleben bezogen ist (so z.B. Boorse 1977 und 1997). Dies führt in eine komplexe Grundlagendiskussion der Biologie um die Frage nach dem Stellenwert von Funktionen und funktionalen Erklärungen (Millikan 1989, Boorse 2002).

Zwischen den normativen und nicht-normativen Ansätzen wurden einerseits vermittelnde Positionen gesucht (z.B. Fulford 1993, Fedoryka 1997), bis dahin, dass deren praktische Unterscheidbarkeit bestritten wird (z.B. Fedoryka 1997, Sade 1995). Andere Autoren stellen Sinn eines allgemeinen Krankheitsbegriffs generell in Frage (z.B. Hesslow 1993, Wiesing 1998, Agich 1997).

Die Kontroverse lässt sich in die allgemeinere Auseinandersetzung zwischen kulturalistischen und naturalistischen Ansätzen in der Philosophie und Wissenschaftstheorie einordnen (Hartmann und Janich 1996, Keil und Schnädelbach 2000), bezüglich des Krankheitsbegriffs führte dies zu einer Unterscheidung von neun verschiedenen Varianten der Bestimmung (Mazouz 2004).

Die Hoffnung, dass der Rekurs auf die Biologie helfen könnte, auch nur den theoretischen, biomedizinischen Krankheitsbegriff genauer zu bestimmen, hat sich zwar nicht erfüllt. Bei allen Unterschieden zwischen den verschiedenen Positionen stimmen die Parteien jedoch darin überein, dass erstens ein möglicher naturalistischer Kern von Krankheiten nicht in statistischen Abweichungen von Normalwerten, sondern in biologischen Funktionsstörungen gesucht werden sollte, und dass zweitens dieser naturasche Kern allein keinen praktischen Krankheitsbegriff begründet, d.h. die Frage der Behandlungsbedürftigkeit weitgehend offen lässt (Gottschalk-Mazouz 2008b und ausführlich Gottschalk-Mazouz und Zurhorst 2008).

Wie sähe ein praktischer Krankheitsbegriff nun aus, der diesen beiden Punkten Rechnung trägt? Der praktische Krankheitsbegriff, der im Zusammenhang mit der Diskussion um die Krankheitswertigkeit von Übergewicht und Adipositas in das Zentrum gerückt ist, ist derjenige des Sozialgesetzbuchs.

2.2 Praktischer Krankheitsbegriff: Offene Rechtsbegriffe.

Der *SGB-Begriff* scheint mir den gesellschaftlichen Konsens in Deutschland am besten widerzuspiegeln, da es dabei um die Menge jener Phänomene geht, von denen wir meinen, dass wir für ihre Behandlung solidarisch aufkommen sollten. Die Frage, was Kassen im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas zahlen dürfen oder müssen, wird übersichtlich in Hebebrand et al. 2004 referiert. Hebebrand und seine Koautoren, unter welchen sich auch ein Jurist befindet, schreiben: „Nach Auffassung der Kasseler Richter kann Adipositas grundsätzlich eine Krankheit sein“ (A 2472), während dies früher bestritten worden sei.

In dem Bundessozialgerichts-Urteil vom 19.2.2003 (B 1 KR 1/02 R) heißt es in Abs. 11 zunächst: „In der Medizin selber ist umstritten, ob bereits der Adipositas als solcher Krankheitswert zukommt.“ Es wird dann jedoch, unter Verweis auf zwei Arbeiten aus dem *British Medical Journal* bzw. dem *Deutschen Ärzteblatt*, in diesem Urteil davon ausgegangen, dass Adipositas ab einem Body-Mass-Index (BMI) von 30 behandlungsbedürftig sei, „weil andernfalls ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen, wie Stoffwechselkrankheiten, Herz- und Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, gastrointestinalen Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und bösartigen Neubildungen, besteht“ (Abs. 11). Schließlich wird argumentiert: "Erfordert die Adipositas eine ärztliche Behandlung, so belegt das zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne." (Abs. 11)

Was das Risiko von anderen Erkrankungen erhöht, ist also selbst eine Krankheit, scheint das BSG hier zu schreiben. Ob ein derart erhöhter BMI das Krankheitsrisiko erhöht, brauchen wir hier nicht zu diskutieren (vgl. dazu Beitrag von Helmert et al.). Die gerade betrachtete Argumentation bezieht sich jedenfalls auf die SGB-Krankheitsdefinition. Diese wurde in einem anderen Urteil (B 1 KR 9/04 R, Abs. 12) so erläutert: „Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung setzt nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V eine "Krankheit" voraus. Damit wird in der Rechtsprechung ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand umschrieben, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht (BSGE 85, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr 11 S 38, BSGE 72, 96, 98 = SozR 3-2200 § 182 Nr 14 S 64 jeweils mwN).“ In diesem Urteil werden auch „Entstellungen“ diskutiert, bloßer Körperumfang

scheint aber nicht dazugezählt zu werden. Ebenso wenig, und das ist von Interesse im Kontext der *Fett-Sucht*-Diskussion, wird Adipositas ausdrücklich als "keine psychische Krankheit" bezeichnet, im Absatz 12 von B 1 KR 1/02 R.

Interessant am oben zitierten Urteil (B 1 KR 9/04 R), in dem jemand „unter Vorlage eines fachärztlichen Attestes ... die Kostenübernahme für eine Reduktionsplastik bei juveniler Mammahyperplasie und Adipositas“ beantragt hatte, ist außerdem, dass Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit getrennt und eingehend geprüft werden, so dass man gut sehen kann, wie diese Rechtsbegriffe funktionieren. Die Behandlungsbedürftigkeit scheint dabei das Kriterium zu sein, das schwerer zu erfüllen ist, also der letztlich zentrale Punkt auch für die praktische Krankheitsfrage – und auf den kommt es uns hier an. Unklar scheint mir auch hier nicht der Krankheitsbegriff zu sein, sondern der Umstand, dass Adipositas schlicht einen Grenzfall der Zuordnung eines Phänomens zu einem Begriff (nämlich zur Behandlungsbedürftigkeit und *damit* auch zur Krankheit) darstellt. Solche Grenzfälle gibt es immer.

Insgesamt entsteht der Eindruck eines nicht unklaren, sondern ausdrücklich offengehaltenen Rechtsbegriffs, der in Einzelentscheidungen mit Augenmaß jeweils zu präzisieren ist.

2.3 Öffentliche Diskussion: Teils sehr verkürzt.

Die öffentliche Diskussion konkreter medizinischer Fragen ist hingegen häufig beherrscht von Durchschnittsvorstellungen von Gesundheit, und das auch in praktischer Hinsicht. Wenn es um Übergewicht und Adipositas geht, sind die gebräuchlichen Kriterien einerseits absolute Zahlenwerte des BMI und andererseits Veränderungen in bestimmten Perzentilen desselben. Aber auch der Bauchumfang oder verschieden gefasste Bauch-Hüft-Relationen werden herangezogen. Orientiert man sich nur am BMI, erscheinen drei Viertel aller Männer und die Hälfte aller Frauen in Deutschland mindestens als übergewichtig, je fast ein Viertel gar als adipös (Böcken et al: 2003), was den Deutschen die Schlagzeile einbrachte, „die dicksten Europäer“ zu sein (Süddeutsche Zeitung vom 18.4.2007 unter Bezug auf einen Vergleich der International Association for the Study of Obesity). Diese Kriterien mögen zur schnellen Orientierung praktisch sein, auch zur Rechtfertigung politischer Maßnahmen gelegen kommen, sagen – wie die wissenschafts-

theoretische Analyse zeigt – als solche aber wenig über die medizinische Krankheitswertigkeit und sehr wenig über eine individuelle Behandlungsbedürftigkeit aus. Diese Kriterien dennoch dafür heranzuziehen, ignoriert nicht nur das Problem der teils äußerst schwach belegten statistischen Korrelationen zu relevanten Funktionsstörungen (vgl. Zwick 2008: 4f. in Auswertung der ALLBUS-Studie von 2004 und mwN; s. auch Beitrag von Helmer et al.), sondern auch das Problem der kollektiven und individuellen Bewertungen solcher Störungen. Weitergehende Diskussionen, wie diejenigen nach Ursachen und Maßnahmen, berücksichtigen diese Probleme oft nicht und unterliegen selbst weiteren, dramatisierenden Verkürzungen. Diese wurden im weiteren Projektverlauf aus phänomenologischer und sozialemthischer Perspektive näher untersucht (vgl. die Beiträge in Gottschalk-Mazouz (2010) sowie den Text von Seitz (Ertelt) und Zwick in diesem Band).

3. Resümee

Aus philosophisch-wissenschaftstheoretischer Sicht wurde sowohl der Krankheitsbegriff im allgemeinen als auch der Begriff von Adipositas im besonderen untersucht. Es zeigte sich, dass es zwar recht verschiedene Krankheitsbegriffe gibt, darunter auch sehr umfängliche und absichtlich unscharf gehaltene (vgl. Gottschalk-Mazouz/Zurhorst 2008). Nur weil es unterschiedliche Krankheitsbegriffe gibt, ist es aber nicht so, dass Unklarheiten auf Seiten derjenigen bestehen, die Krankheiten zuschreiben. Je nach praktischem Kontext trifft man zwar unterschiedliche Krankheitsbegriffe an, innerhalb des jeweiligen Kontexts werden Krankheiten jedoch relativ einheitlich zugeschrieben.

Die für uns wichtigsten Kontexte sind m.E. diejenigen des SGB und der praktischen Ärzte. Am SGB-Krankheitsbegriff hängt die Frage, ob gesetzliche Krankenkassen eine Behandlung bezahlen dürfen und müssen. Dieser Begriff wird durch gerichtliche Einzelentscheidungen fortgeschrieben und präzisiert. Am ärztlichen Krankheitsbegriff hängt die Frage, ob etwas unabhängig von der Kostenübernahme als behandlungsbedürftig angesehen wird. In ihm kommt zum Ausdruck, ob etwas als ein Zustand angesehen wird, gegen den der Betroffene etwas tun sollte. Der normative Kern beider Krankheitsbegriffe liegt m.E. in der Behandlungsbedürftigkeit (und nicht in der Abweichung von der Norm). Unklar scheint somit nicht der Krankheitsbegriff zu sein, sondern Übergewicht bzw. Adipositas ist schlicht ein

Grenzfall der Zuordnung eines Phänomens zu einem Begriff (nämlich zur Behandlungsbedürftigkeit und *damit* auch zur Krankheit). Solche Grenzfälle gibt es immer.

Die Biologie, so zeigte sich weiterhin, kann zur Klärung normativer Fragen nicht viel beitragen (Gottschalk-Mazouz/Zurhorst 2008). Dies ist Aufgabe der Gesellschaft als Ganzer (Rahmen) sowie der Interaktion von Arzt, Patient und ggf. weiteren Personen (Einzelfall). Die öffentliche Diskussion orientiert sich jedoch an abweichungsfokussierten Krankheitsbegriffen, ignoriert wird dabei nicht nur das Problem der teils äußerst schwach belegten statistischen Korrelationen von Abweichungen zu relevanten Funktionsstörungen, sondern auch das Problem der kollektiven und individuellen Bewertungen solcher Störungen im Lichte der „Kosten“, die ein Beseitigungsversuch hätte.

4. Literatur

- Agich, G. J. 1997: A Pragmatic Theory of Disease, in: Humber, J.M. und Almeder, R.F. (Hg.): *What Is Disease?* Totowa: 221-246.
- Böcken, J., Braun, B. und Schnee, M. 2003: Gesundheitsmonitor. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, hg. von der Bertelsmann-Gesellschaft, www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-8CB0B4F9-76FB615/bst/xcms_bst_dms_15032_15033_2.pdf, verifiziert am 08.10.10.
- Böhler, T. 2005: Kriterien für Adipositas als Krankheit, in: Wabitsch, M., Hebebrand, J, Kiess, W. et al. (Hg.): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Klinik*, Berlin: 234-238.
- Boorse, C. 1977: Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44: 542-573.
- Boorse, C. 1997: A Rebuttal on Health, in: Humber, J.M. und Almeder, R.F. (Hg.): *What is Disease?* Totowa, NJ: 3-134.
- Boorse, C. 2002: A Rebuttal on Functions, in: Ariew, A., Cummins, R. und Perlman, M. (Hg.): *Functions: New Readings in the Philosophy of Psychology and Biology*, Oxford: 63-112.
- Engelhardt, D. v. 1995: Health and Disease: History of the Concepts, in: Reich, W.T. (Hg.): *Encyclopedia of Bioethics*, New York: 1085-1092.
- Engelhardt, T.J. 1974: Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. *Bulletin of the History of Medicine* 48, 2: 234-248.

- Fleck, L. 1980: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre von Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt a.M.
- Fleck, L. 1983: Erfahrung und Tatsache: Gesammelte Aufsätze. Frankfurt a.M.
- Foucault, M. 1996: Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M.
- Fulford, K. W. 1993: Praxis Makes Perfect: Illness as a Bridge Between Biological Concepts of Disease and Social Conceptions of Health. *Theoretical Medicine* 14: 305-320.
- Fedoryka, K. 1997: Health as a Normative Concept: Towards a New Conceptual Framework. *The Journal of Medicine and Philosophy* 22: 143-160.
- Gottschalk-Mazouz, N. 2008a: Risikokulturen, in: Köngeter, J. (Hg.), Sicherheit und Risiko wasserbaulicher Anlagen (37. IWASA Internationales Wasserbau-Symposium Aachen), Aachen: A1-A22.
- Gottschalk-Mazouz, N. 2008b: Bericht: Probleme mit dem Begriff der Krankheit. Über die Normativität von Krankheit und Gesundheit und die Grenzen einer biologischen Fundierung dieser Begriffe, in: *Information Philosophie*, Nr. 5: 12-19.
- Gottschalk-Mazouz, N. und Zurhorst, G. 2008: Krankheit und Gesundheit. Reihe 'Philosophie und Psychologie im Dialog', Göttingen.
- Gottschalk-Mazouz, N. (Hg.) 2010: Übergewicht und Adipositas, Gesundheit und Krankheit. Diskussionsbeiträge aus philosophischer Sicht. Stuttgart: Opus (<http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2010/5737/>).
- Hartmann, D. und Janich, P. (Hg.) 1996: Methodischer Kulturalismus. Zwischen Naturalismus und Postmoderne. Frankfurt a.M.
- Hebebrand, J., Dabrock, P., Lingenfelder, M. et al. 2004: Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg.101, Heft 37, 10.9.: A 2468-2474.
- Hesslow, G. 1993: Do we need a concept of disease?, in: *Theoretical Medicine* 14, 1: 1-14.
- Keil, G. und Schnädelbach, H. (Hg.) 2000: Naturalismus. Frankfurt a.M.
- Klotter, C. 1990: Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem: Zur Geschichtlichkeit des Übergewichts, Heidelberg.
- Mazouz, N. 2004: Krankheit, Gesundheit, gutes Leben und liberale Ethik. *Dialektik- Zeitschrift für Kulturphilosophie*, 1: 97-116.

- Millikan, R.G. 1989: In Defense of Proper Functions, in: *Philosophy of Science* 56: 288-302.
- Nordenfelt, L. 1987: *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Dordrecht.
- OECD 2003: *Emerging Risks in the 21st Century. An Agenda for Action*. Paris www.oecd.org/bookshop?pub=032003011E1, verifiziert am 8.10.10.
- Sade, R.M. 1995: A Theory of Health and Disease: The Objectivist-Subjectivist Dichotomy. *The Journal of Medicine and Philosophy* 20: 513-525.
- Wakefield, J. C. 1992: The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist* 47, 3: 373-388.
- WHO 1946/2009: *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Dt. Übersetzung, Stand vom 25. Juni 2009. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> verifiziert am 10.7.10.
- Wiesing, U. 1998: Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44, 2: 83-97.
- Zwick, M.M. 2008: *Maßnahmen wider die juvenile Adipositas*, Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung Nr. 9, Stuttgart.