

# Disease Interception zulasten der GKV? Potenziale, Probleme, Perspektiven

Lara Wiese\*

Hierzulande sind ungefähr 73 Millionen Menschen und damit rund 90 % aller Einwohner Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),<sup>1</sup> weswegen die Frage, ob Disease Interception eine „Kassenleistung“ ist oder perspektivisch sein kann, große praktische Bedeutung hat. Denn andernfalls könnten entsprechende Maßnahmen von der überwältigenden Mehrheit der Bevölkerung nur als privat finanzierte Leistungen in Anspruch genommen werden. Dass die Bereitschaft und auch die finanziellen Möglichkeiten hierzu regelmäßig begrenzt sind, liegt auf der Hand. Insofern erscheint es zwar etwas plakativ, aber durchaus zutreffend, zu sagen, dass die Disease Interception erst dann der breiten Masse zur Verfügung steht und ihren Nutzen tatsächlich entfalten kann, wenn die Kosten dafür von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.<sup>2</sup>

Obgleich die Potenziale der Disease Interception für die GKV äußerst interessant sind (I.), bereitet das Konzept Probleme bei der Einordnung in den Leistungskatalog (II.). Es sind diverse Fragen zu klären und grundsätzliche Entscheidungen zu treffen (III.), denn nur so können Perspektiven geschaffen werden (IV.).

## I. Eine verheißungsvolle Vision

Mit dem Konzept der Disease Interception ist die Hoffnung verbunden, den Eintritt von Krankheiten verhindern oder zumindest verzögern zu können, damit Menschen möglichst lange gesund bleiben oder gar nicht

---

\* Dr. Lara Wiese ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum.

1 Website-Information des GKV-Spitzenverbandes, zuletzt aktualisiert am 10.01.2024, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp) (zuletzt abgerufen am 26.02.2024).

2 Ähnlich bereits Stallberg, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 199.

erst erkranken.<sup>3</sup> Diese zweifellos hehren Ziele korrelieren mit denen der GKV: Ausweislich §1 SGB V dient sie unter anderem dazu, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten. Hätte die Disease Interception darüber hinaus auch noch das Potenzial, Kosten einzusparen (ein Szenario, das in Verbindung mit diesem Konzept mitunter genannt wird)<sup>4</sup>, würde sie für die GKV noch interessanter – schließlich ist sie als ein solidarisch finanziertes System mit begrenzten Ressourcen konzipiert und einem zunehmenden Kostendruck ausgesetzt.

Wie sich eine Einführung der Disease Interception allerdings tatsächlich auf das Budget der GKV auswirkt, ist schwierig zu prognostizieren. Denn potenziell ersparten Ressourcen (in Gestalt vermiedener Therapien von ausgebrochenen Krankheiten, aber auch in Form von Folge- wie etwa Pflegekosten<sup>5</sup>) stehen andere Kosten gegenüber, etwa für prädiktive oder frühdiagnostische Untersuchungen zur Feststellung eines Interventionsbedarfs sowie für die gezielten Interventionen selbst.<sup>6</sup> Zudem führt nicht jede identifizierte pathologische Veränderung auch tatsächlich zum Ausbruch der mit ihr assoziierten Krankheit, sodass die Gefahr von Übertherapien und vergeblicher Aufwendungen besteht. Nicht zuletzt können auch konkurrierende Erkrankungen auftreten, nachdem ein spezifisches Risiko oder eine Krankheit beherrscht wird;<sup>7</sup> ganz grundsätzlich gilt es zu bedenken, dass im Verlauf eines verlängerten Lebens naturgemäß auch mehr (altersbedingte) Krankheiten auftreten können<sup>8</sup>. Gerade in Verbindung mit der Alzheimer-Krankheit wird allerdings durchaus in Betracht gezogen, dass sich die Ausgaben durch eine Verkürzung oder Verhinderung der späten und betreuungsintensivsten Stadien reduzieren lassen: Ergebnissen aus der Versorgungsforschung zufolge können die frühe Diagnose und Intervention die Krankheit und auch die Institutionalisierung verzögern und so zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und Vorteilen für die Kostenträger

---

3 Umfassend zur Disease Interception *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019; s. zudem *Wiese/Diehl/Huster*, *Gesundheitsrecht.blog* Nr. 14, 2023 und *Braun* (Hrsg.), *OPG Spezial*, 18. Jahrgang, Sonderausgabe April 2020.

4 Vgl. etwa *Jessen*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 5, 9.

5 *Matusiewicz*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 133, 134.

6 Ähnliche Schwierigkeiten bestehen im Zusammenhang mit der Bewertung prophylaktischer Operationen, die beispielsweise bei Frauen mit einer genetischen Prädisposition für Brust- und Eierstockkrebs Anwendung finden, s. dazu *Neusser et al.*, *Curr Med Res Opin* 2019;35(12):2103 ff.; *Meier et al.*, *Risikoadaptierte Prävention*, 2018, S. 14 ff.

7 *Jessen*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 5, 9; *Wasem*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 147, 152.

8 *Wasem*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 147, 152.

führen.<sup>9</sup> Mit Blick auf die Tatsache, dass zukünftig immer mehr Menschen an einer Demenz leiden und die bereits gegenwärtig hohen Kosten perspektivisch noch weiter ansteigen werden,<sup>10</sup> wären entsprechende Möglichkeiten äußerst wertvoll.<sup>11</sup>

Gleichwohl ist die Frage, welche wirtschaftlichen Auswirkungen eine breitflächige Implementierung von Disease Interception in der Versorgung zeitigen würde, mit Unsicherheiten behaftet. In Abhängigkeit von den vielen bestehenden Variablen sind letztlich sowohl positive als auch negative Kostenszenarien denkbar.<sup>12</sup> Daher erscheint es bedeutsam, ein besonderes Augenmerk auf die Frage zu legen, wie bzw. mit welchen Methoden sich das Konzept adäquat gesundheitsökonomisch evaluieren lässt,<sup>13</sup> da tatsächliche oder vermutete Kosteneinspar-Potenziale sowie die generelle Kosten-Nutzen-Bilanz frühzeitiger Interventionen aus Perspektive der GKV relevant sind: Das im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und damit dem für das Recht der GKV maßgeblichen Regelungswerk verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGBV) verlangt, dass nur solche Leistungen zulasten der Solidargemeinschaft erbracht werden, die wirtschaftlich und zweckmäßig sind.<sup>14</sup>

## *II. Potenzielle Leistungsart bzw. -norm*

Eine Frage, mit der man sich ungeachtet der Tatsache, dass die Entwicklung von Disease Interception noch am Anfang steht, bereits jetzt auseinandersetzen sollte, betrifft den Leistungsanspruch auf entsprechende Untersuchungen und Behandlungen: Welche Norm(en) könnte(n) einen Standort für Maßnahmen der Disease Interception bieten und einen Anspruch auf entsprechende Leistungen verbürgen, sodass Versicherte diese zulasten der

---

9 Hoffmann/Zwingmann, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 119, 121.

10 Siehe dazu in diesem Band bereits Beyer/Gerwert, S. 69 f.

11 Zu den Chancen der Disease Interception in Verbindung mit der Alzheimer-Krankheit s. Rujescu/Maul, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 61 ff. und Hoffmann/Zwingmann, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 119 ff.

12 Jessen, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 5, 9.

13 Zu Studienarten und den Optionen ihrer Erweiterung für eine gesundheitsökonomische Betrachtung von Disease Interception sowie einigen Problemfeldern s. Matusiewicz, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 133, 136 ff.

14 Zur rechtlichen Beurteilung grundlegend Münkler, Kosten-Nutzen-Bewertungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2015.

Solidargemeinschaft erhalten können und Krankenkassen sie gewähren müssen?

Angesichts der Neuartigkeit und besonderen Charakteristik des Konzepts besteht diesbezüglich ein erheblicher Klärungsbedarf. § 11 SGB V enthält zwar einen grundsätzlich abschließenden Katalog von Leistungen, die im Recht des SGB V vorgesehen sind. Gleichwohl sucht man den Terminus „Disease Interception“ in dieser Aufzählung (wohl wenig überraschend) vergeblich. Entsprechende medizinische Leistungen müssen also einer der bestehenden Leistungsarten bzw. -normen zugeordnet werden.<sup>15</sup> In Betracht kommen sowohl solche, die im zeitlichen Vorfeld einer Krankheit angesiedelt sind als auch die Krankenbehandlung, mithin die Kernleistung des SGB V, die (im Rechtssinne) erkrankte Versicherte beanspruchen können.

## 1. Leistungen im Vorfeld einer Krankheit

Mit der Disease Interception sollen Krankheitsausbrüche und damit klinisch manifeste Erkrankungen verhindert oder verzögert werden. Aus diesem Grund liegt es nahe, einen Blick auf jene im SGB V vorgesehenen Maßnahmen zu werfen, die im Vorfeld der Krankheit, also bei (noch) Gesunden, Anwendung finden. Denn möglicherweise können die einschlägigen Normen perspektivisch eine taugliche Anspruchsgrundlage für die frühzeitige Intervention bei potenziell zur Krankheit führenden pathologischen Prozessen darstellen.

### a) Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Der Leistungsumfang der GKV beinhaltet Leistungen der Primären Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 20 ff. SGB V), die der Verhinderung sowie Verminderung von Krankheitsrisiken dienen und selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln der Versicherten fördern sollen. Allerdings obliegt die nähere Ausgestaltung ausweislich § 20 Abs. 1 SGB V den einzelnen Krankenkassen, und inhaltlich im Fokus stehen unspezifische, weit verbreitete und allgemeine Gesundheitsrisiken wie schlechte Ernährungs-

---

15 Eine entsprechende Untersuchung wurde bereits vorgenommen von *Stallberg*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 199 ff. sowie von *Wiese*, *Erkrankungsrisiko als Krankheit?*, 2024.

gewohnheiten, Bewegungsmangel oder Alkohol- sowie Tabakkonsum.<sup>16</sup> Die Disease Interception als Ansatz, der an spezifische und individuelle Risiken anknüpft und nicht nur (biomarkerbasierte) Testungen, sondern auch kausal wirkende, von einer ärztlichen Person verordnete Medikationen inkludiert, fügt sich hier ersichtlich nicht ein.

## b) Medizinische Vorsorgeleistung

Naheliegender erscheint die Einordnung der Disease Interception als Medizinische Vorsorgeleistung gemäß § 23 SGB V. Die Norm gewährt einen Anspruch auf ärztliche Behandlung und / oder die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln zu bestimmten, in der Norm selbst genannten Zwecken. Auf den ersten Blick passend erscheint das Ziel, Krankheiten zu verhüten (§ 23 Abs.1 Nr.3 SGB V), da die Disease Interception den Zustand, der klassischerweise als Krankheit verstanden wird – also die manifeste, symptomatische Krankheit<sup>17</sup> – verhindern will. Die gewährte Leistung muss zum Erreichen des jeweiligen Ziels allerdings geeignet und notwendig sein.<sup>18</sup> Ist dies der Fall, kann sie grundsätzlich auch in Form von Disease Interception erbracht werden, wobei nicht nur interventionelle bzw. medikamentöse Maßnahmen in Betracht kämen, sondern auch diagnostische, sofern eine wegen bestimmter Verdachtsmomente abklärungs-, da potenziell vorsorgebedürftige Situation besteht.<sup>19</sup>

Allerdings ließe eine Klassifizierung der Disease Interception als Leistung der medizinischen Vorsorge unberücksichtigt, dass das Konzept mehr als eine solche ist: Es sieht einen personalisierten, präzisen Eingriff in eine krankheitsursächliche Entwicklung vor, der effektive Therapie beinhaltet, mit kurativer Zielrichtung erfolgt und den Krankheitsprozess als solchen beeinflussen bzw. modifizieren will.<sup>20</sup> Insofern stellt die Disease Interception einen Hybriden aus (personalisierter) Prävention und Therapie dar,

---

16 S. zu einzelnen Zielen auch die Aufzählung in § 20 Abs. 3 SGB V.

17 Ob in der Medizin bereits asymptomatische Krankheits(vor)stadien wie die präklinische Alzheimer-Demenz (s. zu dieser auch *Gerwert/Beyer*, in diesem Band, S. 69, 72) als „Krankheit“ gelten bzw. bezeichnet werden, ist im Leistungsrecht, insbesondere im Hinblick auf das Bestehen eines Krankenbehandlungsanspruchs, nicht entscheidend: Im Recht des SGB V kommt allein dem sogenannten zweigliedrige Krankheitsbegriff (dazu sogleich) Bedeutung zu.

18 *Walti*, in: *Becker/Kingreen* (Hrsg.), SGB V, § 23, Rn. 3.

19 *Stallberg*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 199, 206, 210 f.

20 Vgl. *Rujescu/Maul*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 61, 62; *Jessen*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 5.

der über die Leistungen hinausgeht, die üblicherweise als medizinische Vorsorgeleistung verstanden und erbracht werden, sodass auch § 23 SGB V nicht als unmittelbar passender Standort erscheint.

### c) Früherkennungsuntersuchungen

Die Leistungskategorie der Früherkennungsuntersuchungen (§§ 25 ff. SGB V) kommt, wie es der Begriff bereits indiziert, nicht für die eigentliche Disease Interception – also die (medikamentöse) Intervention, mit der in einen Krankheitsprozess eingegriffen wird – in Betracht, sondern nur für die ihr vorgelagerten Untersuchungsmaßnahmen, im Rahmen derer überhaupt erst die Identifikation eines besonderen Interventionsbedarfs erfolgt.

§ 25 SGB V gewährt (auch ohne das Vorliegen gesundheitlicher Beschwerden oder Hinweise auf ein bestimmtes Risiko)<sup>21</sup> Untersuchungen zur standardisierten Abklärung allgemein drohender Risiken, sodass grundsätzlich auch prädiktive Untersuchungen auf dieser Grundlage leistungspflichtig sein können.<sup>22</sup> Allerdings müssen besondere Voraussetzungen vorliegen, wie die Behandelbarkeit der festgestellten Krankheiten bzw. die Präventionsfähigkeit der festgestellten Risiken sowie das Bestehen ausreichender Diagnosekapazitäten (vgl. § 25 Abs. 3 SGB V). Ausweislich § 25 Abs. 4 SGB V ist es zudem Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), entsprechende Untersuchungen näher zu regeln und konkret in Richtlinien auszugestalten. Vergleichsweise bekannt und in der Praxis bedeutsam sind die Richtlinien zur standardisierten Früherkennung von Krebserkrankungen, in denen unter anderem für bestimmte Alters- bzw. Versichertengruppen ein Anspruch auf Mammografien oder Darmspiegelungen vorgesehen ist.<sup>23</sup> Die gewährten Leistungen zielen darauf ab, bis zum Untersuchungszeitpunkt unbekannte, aber gleichwohl bereits bestehende Erkrankungen möglichst früh zu entdecken. Wird dabei beispielsweise ein (noch) sym-

---

21 Anders ist es im Kontext von § 27 SGB V oder § 23 SGB V, die für diagnostische Maßnahmen einen konkreten Verdacht fordern.

22 Stallberg, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 199, 212.

23 Vgl. die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL), [https://www.g-ba.de/downloads/62-49-2-2238/KFE-RL\\_2020-06-18\\_iK-2020-08-28.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-49-2-2238/KFE-RL_2020-06-18_iK-2020-08-28.pdf), bzw. die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3189/oKFE-RL-2023-05-12-iK-2023-07-07.pdf> (beide zuletzt abgerufen am 26.02.2024).

ptomloser Krebstumor entdeckt, können frühzeitig therapeutische Maßnahmen erfolgen, mit denen die ausgebrochene Krankheit sodann reaktiv behandelt wird. Die Disease Interception setzt allerdings noch einen Schritt früher an: Sie will die zur Krankheit führenden Prozesse in den Blick nehmen, im Vorfeld der Manifestation intervenieren und den Krankheitsausbruch proaktiv verhindern.<sup>24</sup>

Gegenwärtig sind Untersuchungen zur Detektion eines bloßen Risikos oder zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass bestimmte pathologische Prozesse zukünftig zu einem Krankheitsausbruch führen werden, kein Bestandteil der Früherkennungs-Richtlinien. Natürlich ist es denkbar, diese zukünftig zu erweitern,<sup>25</sup> indes erscheint dies nicht unbedingt sinnvoll, und zwar primär aus zwei Gründen: Zum einen unterscheiden sich Untersuchungen von spezifischen Biomarkern im Hinblick auf individuelle Krankheitsprädispositionen oder bereits angelaufene pathologische Prozesse erheblich von den allgemeinen und etablierten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: § 25 SGB V regelt traditionell Leistungen, die für die breite Masse sinnvoll sind, während die Disease Interception ein Paradebeispiel für einen personalisierten präventionsmedizinischen Ansatz darstellt, der im System des SGB V generell zu erheblichen Spannungen führt.<sup>26</sup> Zum anderen hätte die Zuordnung von Untersuchungen, mit denen die potenziellen Adressaten einer krankheitsunterbrechenden Intervention identifiziert werden sollen, zu § 25 SGB V die Folge, dass die Intervention selbst dann zwangsläufig in einer anderen Anspruchsnorm bzw. Leistungskategorie verortet werden muss.

Dass eine leistungsrechtliche Aufspaltung des Konzepts der Disease Interception in seine Einzelbestandteile sinnvoll ist, erscheint zweifelhaft. Denn vieles spricht dafür, die (medikamentöse) Intervention selbst als die „Interception“, also das Abfangen der Krankheit und damit den Kern des Konzepts zu begreifen, wohingegen die Identifikation des Risikos bzw. begonnenen krankheitsassoziierten Prozesses nur in dem Sinne als obligater Zwischenschritt erscheint, als dass sie indikationsbegründend bezüglich der Interventionshandlung ist. Ein Blick auf ähnliche Konstellationen zeigt, dass es durchaus naheliegend ist, beide Bestandteile auch im Leistungsrecht

---

24 Die Perspektiven der Disease Interception in der Onkologie schildert *Krochmann*, in diesem Band, S. 19 ff.

25 S. zur Anpassung von Richtlinien durch den G-BA auch *Woskowski*, in diesem Band, S. 175, 177.

26 S. dazu bereits *Wiese*, *MedR* 2022, 657 ff.

als ein Gesamtkonzept und eine zusammenhängende Leistung anzusehen: So umfasst der Krankenbehandlungsanspruch ausweislich seines Wortlauts nicht nur die Behandlung einer Krankheit, sondern auch Maßnahmen, die ihrem „Erkennen“ dienen. Diagnostische Maßnahmen können also von Versicherten auf Grundlage von § 27 SGB V beansprucht werden – nämlich dann, wenn mit ihnen die vermutete Krankheit überhaupt erst festgestellt werden soll, oder im Übrigen auch dann, wenn die Behandlung mit bestimmten Arzneimitteln spezifische Untersuchungen voraussetzt (sogenannte Companion Diagnostics<sup>27</sup>). Es erscheint überzeugend, auch im Kontext der Disease Interception Maßnahmen zur Feststellung des Interventionsbedarfs und die Intervention selbst derselben Anspruchsgrundlagen beizuordnen und als miteinander verwoben anzuerkennen. Schließlich würde das ganze Konzept in der Praxis nicht funktionieren, wenn die denkbaren Interventionen vorgelagerten Untersuchungen nicht leistungspflichtig wären.<sup>28</sup>

Zudem bleibt zu bedenken, dass das SGB V für unterschiedliche Leistungsarten und Behandlungsmethoden unterschiedliche Voraussetzungen für den Zugang zum Leistungskatalog vorsieht.<sup>29</sup> Infolgedessen würden die einzelnen Bestandteile der Disease Interception – die Identifikation des Risikos und die (medikamentöse) Intervention wegen dieses Risikos – auf unterschiedlichen Wegen und damit möglicherweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten Eingang in den Leistungsumfang der GKV finden. Bereits deshalb erscheint eine leistungsrechtliche Isolierung dieser zwingend miteinander in Verbindung stehender Schritte dysfunktional. Dies gilt umso mehr angesichts des Umstandes, dass eine Untersuchung, die einen krankheitsassoziierten Prozess aufdecken kann, ohnehin keinen Wert und keine Berechtigung im System der GKV hat, solange ein positiver Befund keine therapeutischen bzw. präventionsmedizinischen Konsequenzen auslöst – oder die potenziellen Interventionsmaßnahmen nicht auch selbst eine Leistung der GKV sind.<sup>30</sup>

---

27 Ausführlich dazu *Huster/Gottwald*, Die Vergütung genetischer Diagnostik in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2013, S. 9 ff.; *Gottwald/Huster*, MedR 2017, 447 ff.

28 *Stallberg*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 199, 209 f.

29 Im Kontext von §§ 25 ff. SGB V speziell die Regelung in Richtlinien des G-BA.

30 S. dazu auch in diesem Band *Knieps*, S. 137, 141.



## 2. Leistungen bei Krankheit

Alternativ käme es in Betracht, die Disease Interception als Form der Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB V einzuordnen.

### a) Krankheit als Anspruchsvoraussetzung

Fraglich ist allerdings, ob die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Disease Interception – wie von der Norm explizit gefordert – dem Erkennen und der Behandlung einer Krankheit dienen.<sup>31</sup> Denn eine Krankheit wird (zwar nicht durch das SGB V selbst, aber durch die ständige Rechtsprechung<sup>32</sup>) definiert als eine körperliche oder geistige Regelwidrigkeit, die eine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht (sogenannter zweigliedriger Krankheitsbegriff),<sup>33</sup> wobei grundsätzlich nur solche Regelwidrigkeiten Berücksichtigung finden, die entstellend wirken<sup>34</sup> oder mit Funktionsstörungen einhergehen<sup>35</sup>. Wegen letzterer Anforderung ist unter einer Krankheit im Sinne des SGB V prinzipiell die ausgebrochene, symptomatische Krankheit zu verstehen und als Krankenbehandlung die reaktive Therapie ebenjener, um die Funktionsstörungen zu beseitigen. Bei der Disease Interception geht es aber gerade nicht um die positive Beeinflussung einer zum Behandlungszeitpunkt existenten und die betroffene Person körperlich oder geistig beeinträchtigende Erkrankung, sondern um ihre Vermeidung. Die klassische Krankheit, die grundsätzlich die zentrale Anspruchsvoraussetzung des Krankenbehandlungsanspruchs und das Ziel-

---

31 § 27 Abs.1 SGB V: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“

32 Z.B. BSG, Urt. v. 19.02.2003 – B 1 KR 1/02 R, BSGE 90, 289, 290; BSG, Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 9/04 R, juris, Rn. 12; BSG, Urt. v. 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R, BSGE 125, 189, 197; BSG, Urt. v. 24.01.2023 – B 1 KR 7/22 R, juris, Rn. 24.

33 Diese Definition ist einhellig anerkannt, s. nur etwa *Steege*, in: *Hauck/Noftz* (Hrsg.), SGB V, § 27, Rn. 27; *Fahlbusch*, in: *Schlegel/Voelzke* (Hrsg.), jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 27 (Stand: 15.06.2020), Rn. 23; *Wenner*, in: *Prütting* (Hrsg.), MedizinrechtKommentar, SGB V, § 27, Rn. 2; *Nolte*, in: *Körner et al.* (Hrsg.), BeckOGK, SGB V, Stand: 01.3.2021, § 27, Rn. 9; *Lang*, in: *Becker/Kingreen* (Hrsg.), SGB V, § 27, Rn. 14.

34 S. nur BSG, Urt. v. 28.02.2008 – B 1 KR 19/07 R, BSGE 100, 119, 120 oder BSG, Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 3/03 R, BSGE 93, 252, 253; *Steege*, in: *Hauck/Noftz* (Hrsg.), SGB V, § 27, Rn. 45.

35 BSG, Urt. v. 20.10.1972 – 3 RK 93/71, BSGE 35, 10, 12; BSG, Urt. v. 06.08.1987 – 3 RK 15/86, BSGE 62, 83; *Steege*, in: *Hauck/Noftz* (Hrsg.), SGB V, § 27, Rn. 41; *Schmidt*, in: *Peters* (Begr.), Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, Bd. 1, § 27, Rn. 62.

objekt der Krankenbehandlung darstellt, liegt bei den potenziellen Adressaten einer Disease Interception nicht vor. Vielmehr soll bei ihnen interveniert werden, noch bevor krankheitsbedingte körperliche Funktionsstörungen auftreten.

## b) Auslegungsfähigkeit und Dynamik des Krankheitsbegriffs

Wird nichtsdestotrotz eine Erbringung von Maßnahmen der Disease Interception als Krankenbehandlung angestrebt, müsste der für die Anspruchsbegründung maßgebliche juristische Krankheitsbegriff auch präklinische und asymptomatische Krankheitsstadien erfassen, was mit der Notwendigkeit einer Modifikation seiner Kriterien respektive seiner Relativierung<sup>36</sup> oder Entkopplung<sup>37</sup> von klinisch sichtbaren, symptomatischen Krankheitserscheinungen verbunden wäre. Prinzipiell erscheint dies denkbar, denn der Krankheitsbegriff des SGB V ist von einer besonderen Dynamik und Anpassungsfähigkeit geprägt, derer es im Übrigen auch zwingend bedarf, damit er ein vielgestaltiges Phänomen wie Krankheit überhaupt adäquat identifizieren kann. Gerade deshalb hat sich der Gesetzgeber gegen eine Legaldefinition entschieden.<sup>38</sup>

Tatsächlich lassen sich in der Rechtsprechung Beispiele dafür finden, dass in bestimmten Konstellationen bereits Risiken einen Krankenbehandlungsanspruch auslösen bzw. eine Krankheit im Rechtssinne darstellen können.<sup>39</sup> Einem bloßen pathologischen Befund kommt unter Umständen Krankheitswert im Rechtssinne zu, wenn ohne eine Behandlung die Gefahr der Entwicklung gesundheitlicher Schäden besteht,<sup>40</sup> auf die unter anderem durch die Existenz bestimmter krankheitsassoziierter Biomarker geschlossen werden kann. Sogar das erhöhte Krankheitsrisiko infolge einer

36 Vgl. *Stallberg*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 199, 202 f.

37 Von einer solchen spricht *Jessen*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 5, 6.

38 Vgl. nur BT-Drs. 11/2237, S. 170.

39 Z.B. BSG, Urt. v. 23.02.1973 – 3 RK 82/72, SozR Nr. 56 zu § 182 RVO; BSG, Urt. v. 13.02.1975 – 3 RK 68/73, BSGE 39, 167 ff.; BSG, Urt. v. 24.01.1990 – 3 RK 18/88, BSGE 66, 163 ff.; BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 10/09 R, SozR 4-2500 § 27 Nr. 18, SozR 4-2500 § 27a Nr. 10; s. dazu auch *Stallberg*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 199, 202 ff. und *Hauck*, NJW 2016, 2695 ff. bzw. *Hauck*, in: *Duttge et al.* (Hrsg.), *Next-Generation Medicine*, 2019, S. 157 ff; ausführlich zudem *Wiese*, *Erkrankungsrisiko als Krankheit?*, 2024.

40 *Steeger* in: *Hauck/Noftz*, SGB V, § 27, Rn. 42.

krankheitsassoziierten Genmutation ist bereits als Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts diskutiert und mitunter anerkannt worden.<sup>41</sup> Praktische Relevanz hat die Frage nach dem Krankheitswert einer solchen genetischen Prädisposition, wenn es um die Frage geht, ob Betroffene allein wegen des mutationsbedingten Risikos einen Anspruch auf eine risikoreduzierende Operation (z.B. die vorbeugende Entfernung des Brustdrüsengewebes zur Verhinderung einer drohenden Brustkrebserkrankung) haben.<sup>42</sup>

Dementsprechend kann dem Konzept der Disease Interception mit Blick auf § 27 SGB V nicht per se entgegengehalten werden, dass zum Behandlungszeitpunkt nur ein (behandlungsbedürftiges) Erkrankungsrisiko vorliegt.<sup>43</sup> Voraussetzung für einen Krankenbehandlungsanspruch muss aber sein, dass der jeweiligen Risikosituation bei normativer Betrachtung für sich genommen bereits ein Krankheitswert zuzuschreiben ist. Als maßgebliche Bewertungskriterien bietet es sich an, neben der Höhe des Risikos auch die Validität der Risikoprädiktion sowie Art und Schwere der drohenden Krankheit zu betrachten, einen Vergleich zwischen der hypothetischen Krankheitsentwicklung mit und ohne vorsorgliche Intervention anzustellen und nicht zuletzt auch die Sinnhaftigkeit und Zumutbarkeit eines passiven Inkaufnehmens des potenziellen Krankheitsausbruches zu untersuchen.

Im Ergebnis wäre es also durchaus möglich, Maßnahmen der Disease Interception als Teil der Krankenbehandlung im Sinne von § 27 SGB V aufzufassen. Bei den Interventionsmaßnahmen handelt es sich dann entweder um solche, die der Heilung einer Erkrankung dienen, oder um Maßnahmen, die erfolgen, um eine Erkrankung vor einer Verschlimmerung bewahren – je nachdem, ob der begonnene krankheitsassoziierte Prozess rückgängig gemacht oder nur aufgehalten werden soll. Die einer Intervention zeitlich vorgelagerten biomarkerbasierten Untersuchungen stellen bei Vorliegen eines konkreten Verdachtes ebenfalls eine Maßnahme der Krankenbehandlung dar, da sie der Diagnose (dem „Erkennen“) der Krankheit

---

41 So vom Bundesverwaltungsgericht im beihilferechtlichen Kontext, BVerwG, Urt. v. 28.09.2017 – 5 C 10/16, BVerwGE 160, 71 ff.

42 S. dazu *Schmutzler et al.*, Dtsch Arztebl 2015;112(20): A-910 ff.; *Huster/Harney*, MedR 2016, 365 ff.; *Meier et al.*, Das Gesundheitswesen 2017, 594 ff.; *Huster*, in: *Beck* (Hrsg.), Krankheit und Recht, 2017, S. 41, 47 ff.; *Meier et al.*, Bundesgesundheitsbl 2017, 1102 ff.; *Meier et al.*, Risikoadaptierte Prävention, 2018; *Huster*, Frankfurter Forum: Diskurse, Heft 20 (Oktober 2019), 14 ff.; *Meier/Harney*, GuP 2021, 52 ff.; *Wiese*, Erkrankungsrisiko als Krankheit?, 2024.

43 *Stallberg*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 199, 204.

dienen,<sup>44</sup> sodass die Gefahr einer leistungsrechtlichen Aufspaltung des Konzeptes gebannt oder zumindest abgemildert erscheint<sup>45</sup>.

### c) Kritik

Die Nachteile und Gefahren einer Zuordnung der Disease Interception zum Regelungsregime des § 27 SGB V sind offensichtlich: Es drohen eine problematische Entgrenzung des rechtlichen Krankheitsbegriffs und die Entstehung erheblicher Rechtsunsicherheiten, insbesondere hinsichtlich der Frage, wie ein Risiko quantitativ und qualitativ beschaffen sein muss, damit ihm tatsächlich Krankheitswert zukommt und es einen Krankenbehandlungsanspruch auszulösen vermag.<sup>46</sup> Auch mit Blick auf dessen Zweck und tradierten Inhalt erscheint es zweifelhaft, dass eine Einordnung der Disease Interception als Krankenbehandlung gützuheißten wäre. Wenngleich die Maßnahmen eine (früh)therapeutische Dimension aufweisen und über eine bloße Prävention hinausgehen, setzen sie zeitlich und inhaltlich vor der klassischen Krankenbehandlung an. Die Disease Interception ist ein Beispiel für den Trend, dass die reaktive Akutmedizin partiell einer proaktiven, personalisierten Medizin weicht, die Krankheiten zuvorkommen will. Allerdings ist die nachträgliche Reaktion auf ein bereits existentes, klassisches Krankheitsbild (also die bisweilen als „Reparatur“ bezeichnete Vorgehensweise<sup>47</sup>) traditionell der Inhalt des Krankenbehandlungsanspruchs im Sinne von § 27 SGB V. Vorbeugende oder primär auf die Verhinderung eines zukünftigen Zustandes ausgerichtete Maßnahmen gehören hingegen nicht dazu, sondern sie sind in anderen Normen des SGB V geregelt.

Aus dem Umstand, dass in Einzelfällen bereits ein Krankenbehandlungsanspruch bei Risiken gewährt wurde und eine modifizierte Auslegung des

---

44 Stallberg, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 199, 210, vgl. zudem auch (im Kontext genetischer Risiken) *Huster/Gottwald*, *Die Vergütung genetischer Diagnostik in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, 2013, S. 48 f.

45 Zu bedenken bleibt, dass anlasslose Untersuchungen ohne konkreten Verdacht auf das Vorliegen krankhafter Veränderungen kein Bestandteil des Krankenbehandlungsanspruchs sein können.

46 Ausführlich zu den leistungsrechtlichen Schwierigkeiten und (Folge-)Problemen einer solchen Auslegung des Krankheitsbegriffs *Wiese*, *Erkrankungsrisiko als Krankheit*, 2024.

47 Von einem „Reparaturbetrieb“ spricht *Werner*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 39, 46; zum Hintergrund und den Ausprägungen der klassischen Reparaturmedizin s. *Dabrock*, in: *Richter/Hurrelmann* (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, 2016, S. 287, 288 f.

Krankheitsbegriffs die Figur eines krankheitswertigen Risikos<sup>48</sup> grundsätzlich zulässt, folgt nicht, dass der Krankenbehandlungsanspruch auch tatsächlich auf Dauer der richtige Standort für eine perspektivisch immer wichtiger werdende Behandlungsform *im Vorfeld* der klassischen, von § 27 SGB V in den Blick genommenen Erkrankung ist. Dies gilt umso mehr deshalb, weil die Disease Interception die Krankenbehandlung als zentrale Anspruchsnorm und die manifeste Krankheit als wesentlichen Leistungsfall niemals wird verdrängen können: Es wäre abwegig zu glauben, dass sich irgendwann einmal alle Krankheiten vor ihrem Ausbruch entdecken und aufhalten lassen. Insofern wird die Behandlung ausgebrochener, symptomatischer Erkrankungen weiterhin einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung einnehmen und leistungsrechtlich weiterhin den Kernleistungsfall gemäß § 27 Abs.1 SGB V bilden. In diesem Zusammenhang wird dem zweigliedrigen Krankheitsbegriff wie bisher eine entscheidende Bedeutung bei der Identifikation Anspruchsberechtigter und der Zuteilung von Leistungen im Einzelfall zukommen. Er entscheidet im System der GKV maßgeblich über Leistungsansprüche bzw. -verpflichtungen und nimmt somit eine zentrale Steuerungsfunktion ein.<sup>49</sup> Dem Merkmal der Funktionsstörungen kommt dabei die bedeutsame Aufgabe zu, gesundheitlich irrelevante Normabweichungen aus dem Anwendungsbereich des Krankheitsbegriffs auszusondern – und damit zugleich die Rolle eines wichtigen Korrektivs.<sup>50</sup> Dementsprechend gilt es zu vermeiden, die Funktionsfähigkeit des Anspruchs und insbesondere des Krankheitsbegriffs durch eine unkontrollierte Ausweitung auf einen neuen Behandlungspfad zwischen Prävention und Krankenbehandlung zu gefährden, der sich nur unter größten Schwierigkeiten und lediglich bei einer Abkehr vom maßgeblichen Krankheitsverständnis und -begriff als Krankenbehandlung begreifen lässt. Forderungen nach einer Entkopplung des Krankheitsbegriffs von seiner Symptomatik sind letztlich nichts anderes als Forderungen nach der Preisgabe eines seiner wesentlichen Steuerungsmerkmale, deren Folgen gravierend, aber gleichwohl in Einzelheiten kaum absehbar erscheinen.

---

48 Treffende Bezeichnung von *Stallberg*, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, 2019, S. 199, 202.

49 *Huster*, in: *Beck* (Hrsg.), *Krankheit und Recht*, S. 41, 49.

50 *Steege*, in: *Hauck/Noftz* (Hrsg.), *SGB V*, § 27, Rn. 42.

### 3. DI als Leistung „dazwischen“: Herausforderung für das System

Es lässt sich festhalten, dass die Disease Interception zwar prinzipiell unterschiedlichen Normen des SGB V zugeordnet werden kann, aber gleichwohl in keine richtig zu passen scheint. Was aber ist die Ursache dafür? Um dies herauszufinden, müssen das System und die ihm zugrundeliegenden Annahmen in den Blick genommen werden. Im Fokus steht der Krankenbehandlungsanspruch: Im SGB V sind Leistungen bei Krankheit vorgesehen (nämlich im Rahmen des Krankenbehandlungsanspruchs) und daneben auch Leistungen, die dazu dienen, die Gesundheit durch präventive Maßnahmen zu erhalten und Krankheit zu verhindern, also Leistungen im zeitlichen Vorfeld der Krankheit. Anhand dieser Differenzierungen wurde auch soeben geprüft, ob die Disease Interception als Leistung der GKV in Betracht kommt, und es hat sich dabei gezeigt, dass der Frage nach dem Vorliegen oder Fehlen einer Krankheit eine entscheidende Bedeutung beim Auffinden der einschlägigen Leistungsart und Anspruchsnorm zukommt. Der einzige alternative Zustand zur Krankheit, den das SGB V kennt bzw. erwähnt, ist die Gesundheit<sup>51</sup>. Daraus folgt, dass das SGB V im Ergebnis von einer Alternativität von Gesundheit und Krankheit im Sinne zweier dichotomer Zustände ausgeht. Gerade aus diesem Grund verursacht die Disease Interception Schwierigkeiten im Leistungsrecht. Schließlich adressiert sie – und das ist gerade das Neue am Konzept – explizit Personen in einem Übergangs- oder Zwischenstadium zwischen Gesundheit und Krankheit, da bei ihnen ein potenzielles, dank der wissenschaftlichen Fortschritte mittlerweile identifizierbares Interventionszeitfenster besteht, noch während Krankheiten in der Entstehung befindlich sind und noch während sie keine Symptome oder klinische Folgen zeitig haben.<sup>52</sup>

Mit Blick auf derartige Versicherte „auf dem Weg von der Gesundheit zur Krankheit“ ist de lege lata aber eine Entscheidung erforderlich, ob sie nun (noch) gesund oder (schon) krank im Sinne des SGB V sind.<sup>53</sup> Beide Einordnungen erweisen sich, wie im vorangegangenen Teil dieses Beitrags geschildert, in Teilen als kritikwürdig oder verursachen ein Störgefühl – ein Umstand, der aus der Unvollkommenheit der aktuell maßgeblichen rechtlichen Kategorisierungen in Anbetracht der sich infolge des stetigen

---

51 Diese kann gleichwohl Abstufungen haben, denn in § 23 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wird beispielsweise von einer „Schwächung der Gesundheit“ gesprochen.

52 S. dazu auch die Grafik bei *Krochmann*, in diesem Band, S. 19, 23.

53 S. zur Problematik des Krankheitskontinuums im Recht der GKV auch bereits *Wiese*, *WzS* 2024, 71 ff.

Erkenntnisfortschritts verändernden Wirklichkeit resultiert. Er sollte Anlass geben, kritisch zu hinterfragen, ob das im Wesentlichen als binäres System und auf Basis einer „krank oder nicht krank“-Logik konzipierte Krankenversicherungsrecht, das zugleich Krankheit als klinisch wahrnehmbaren und regelmäßig mit Symptomen einhergehenden Zustand begriff, nicht einer partiellen Durchbrechung bzw. Erweiterung bedarf, um einen etwaigen (frühtherapeutischen) Behandlungsbedarf im Vorfeld des Krankheitsausbruchs adäquat befriedigen zu können.

### *III. Offene Fragen und erforderliche Entscheidungen*

Sofern zukünftig nachweislich wirksame Optionen zur Disease Interception entwickelt worden sind und der breiten Masse zur Verfügung stehen sollen, müssen wesentliche Fragen geklärt und Entscheidungen getroffen werden.

Zunächst einmal gilt es festzulegen, ob die Disease Interception in den bestehenden Leistungskatalog und die bereits existierenden Normen integriert werden soll, obwohl diese bei der adäquaten Erfassung des Konzepts an Grenzen zu stoßen scheinen. Möglich und am naheliegendsten erscheint eine Einordnung als Vorsorgeleistung oder Krankenbehandlung. Allerdings würde dann eine neuartige und vor allem hybride Leistungsform, die Elemente aus (personalisierter) Prävention und frühtherapeutischer Intervention in sich vereint, einem für sie letztlich unpassenden Regelungsregime unterworfen. Damit würde nicht nur die besondere Charakteristik der Disease Interception, sondern auch die besondere Charakteristik der im Recht des SGB V gegenwärtig bestehenden Leistungsarten verkannt. Eine Alternative böte der Ansatz, das Leistungsrecht um eine Dimension und Kategorie zu erweitern, um es eine Abbildung der Wirklichkeit und damit nicht nur langfristig funktions- sondern letztlich zukunftsfähig sein zu lassen.<sup>54</sup>

Eine zweite komplexe Frage, die sich immer und vor allem unabhängig von der rechtlichen Anspruchsgrundlage stellt, betrifft die Höhe des Risikos, die notwendig ist, damit überhaupt zulasten der GKV interveniert werden kann oder sollte. Zweifellos muss die drohende Krankheitsgefahr eine gewisse Erheblichkeit und Dringlichkeit aufweisen, damit sie einen Leistungsanspruch auf eine Intervention auslöst. Im Kontext von § 27 SGB V

---

54 Ausführlich zu einem Regelungsvorschlag (der „Risikobehandlung“ als neuer Leistungsart und -norm) *Wiese, Erkrankungsrisiko als Krankheit?*, 2024.

würde dieser Aspekt unter dem Schlagwort der „Krankheitswertigkeit“ des Risikos bzw. Zustandes verortet werden – im Kontext von § 23 SGB V als Frage der Vorsorgeindikation und -bedürftigkeit und im Rahmen einer neuen Norm möglicherweise unter einem neuen Begriff, etwa der Interventionsbedürftigkeit eines Risikos. Wie ein Krankheitsrisiko beschaffen und welche qualitative oder quantitative (Erheblichkeits-)Schwelle überschritten sein muss, damit ein aktives Eingreifen geboten ist, auch wenn mit diesem Kosten sowie potenzielle Schäden verbunden sind, wird allerdings nicht allein von Seiten der Rechtswissenschaft beantwortet werden können. An dieser Stelle bedarf es insbesondere der Einbeziehung der Gesellschaft und der ethischen Perspektive. Ferner ist es erforderlich, den richtigen Interventionszeitpunkt festzulegen, der nicht zuletzt auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten zu diskutieren sein wird.<sup>55</sup>

#### IV. Fazit

Im Krankenversicherungsrecht bringt das Konzept der Disease Interception Chancen und Potenziale, aber auch Probleme mit sich. Es gilt daher, Perspektiven zu schaffen: Frühzeitige Überlegungen zur krankenversicherungsrechtlichen Integration sind notwendig, wobei auch größere Änderungen und grundsätzliche Erweiterungen des SGB V in Betracht gezogen werden müssen. Denn wenn sich die Herangehensweise an Krankheiten grundlegend verändert, darf sich das Recht, das diesen Bereich regelt, nicht vor entsprechenden Anpassungen verschließen. Sollten zukünftig tatsächlich nicht mehr manifeste Krankheiten im Fokus von Forschung und Versorgung stehen, sondern die Übergangsphase zwischen gesund und krank, ist es nur eine Frage der Zeit, bis der Umstand, dass die Krankheit nach tradiertem Verständnis der zentrale und alleinige Versicherungsfall für die Zuteilung von frühtherapeutischen Behandlungen ist, erhebliche Praktikabilitätsschwierigkeiten verursachen wird. Auch einem noch so flexiblen Krankheitsbegriff wird es auf lange Sicht schwerlich gelingen, einen Behandlungspfad leistungsrechtlich zu codieren, der gerade nicht den klassischen Krankheitszustand in den Mittelpunkt stellt, sondern dessen Eintritt verhindern oder verzögern will, um die Gesundheit zu erhalten.

---

55 Matusiewicz, in: Jessen/Bug (Hrsg.), Disease Interception, 2019, S. 133, 142.



*Literaturverzeichnis*

- Becker, U. / Kingreen, T. (Hrsg.): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 8. Auflage 2022, München 2022.
- Beyer, L. / Gerwert, K.: Warum ist die Früherkennung von Alzheimer wichtig?, in: Wiese, L. / Diehl, A. / Huster, S. (Hrsg.), *Disease Interception als Chance und Herausforderung. Eine interdisziplinäre Analyse*, Baden-Baden 2024, S. 69–89.
- Braun, L. (Hrsg.): *Disease Interception. Eine Vision wird Realität*, OPG Spezial, 18. Jahrgang, Sonderausgabe April 2020 (Presseagentur Gesundheit).
- Dabrock, P.: Soziale Folgen der Biomarker-basierten und Big-Data-getriebenen Medizin, in: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, Wiesbaden 2016, S. 287–300 ([https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_19)).
- Gottwald, S. / Huster, S.: Die Erstattungsfähigkeit von Companion Diagnostics in der vertragsärztlichen Versorgung – Zur Rechtslage nach dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, *MedR* 2017;35(6):447–453 (<https://doi.org/10.1007/s00350-017-4619-8>).
- Hauck, E.: Erkrankungsrisiko als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung?, *NJW* 2016, 2695–2700.
- Hauck, E.: Erkrankungsrisiko als ‚Krankheit‘? Was gilt im Beihilferecht und im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?, in: Duttge, G. / Sax, U. / Schwede, M. / Umbach, N. (Hrsg.), *Next-Generation Medicine*, Tübingen 2019, S. 157–174.
- Hauck, K. / Noftz, W. (Begr.): *SGB V Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar*, 2. Ergänzungslieferung 2024, Berlin 2024.
- Huster, S.: Die Bedeutung des Krankheitsbegriffs für das Krankenversicherungsrecht, in: Beck, S. (Hrsg.), *Krankheit und Recht*, Berlin/ Heidelberg 2017, S. 41–51 ([https://doi.org/10.1007/978-3-662-52651-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-52651-4_3)).
- Huster, S.: Perspektiven der Präzisionstherapie. Das individualisierte Risiko – juristische und ethische Aspekte, *Frankfurter Forum: Diskurse*, Heft 20 (Oktober 2019), 14–19.
- Huster, S. / Gottwald, S.: *Die Vergütung genetischer Diagnostik in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden 2013.
- Huster, S. / Harney, A.: Beihilferechtliche Erstattung von Aufwendungen für die prophylaktische Mastektomie bei Vorliegen einer BRCA2-Mutation, *MedR* 2016;34(5):365–367 (<https://doi.org/10.1007/s00350-016-4286-1>).
- Hoffmann, W. / Zwingmann, I.: Chancen und Herausforderungen der Disease Interception für demenzielle Erkrankungen aus Sicht der Versorgungsforschung, in: Jessen, F. / Bug, C. (Hrsg.), *Disease Interception*, Bonn 2019, S. 119–132.
- Jessen, F.: Disease Interception – große Chancen und ebensolche Herausforderungen für die Medizin der Zukunft, in: Jessen, F. / Bug, C. (Hrsg.), *Disease Interception. Implikationen einer frühen Diagnose und Krankheitsunterbrechung für Medizin und Gesellschaft*, Bonn 2019, S. 5–10.

- Knieps, F.*: Tangiert Disease Interception das Sicherungsversprechen der sozialen Krankenversicherung?, in: *Wiese, L. / Diehl, A. / Huster, S.* (Hrsg.), *Disease Interception als Chance und Herausforderung. Eine interdisziplinäre Analyse*, Baden-Baden 2024, S. 137–145.
- Körner, A. / Leitherer, S. / Mutschler, B. / Rolfs, C.* (Hrsg.): *beck-online.GROSSKOMMENTAR (Kasseler Kommentar), Sozialversicherungsrecht, SGB V*, München 2023.
- Krochmann, N.*: Disease Interception und Präzisionsmedizin. Zukunft der Medizin: Gesundheit anders denken und Krankheit anders behandeln, in: *Wiese, L. / Diehl, A. / Huster, S.* (Hrsg.), *Disease Interception als Chance und Herausforderung. Eine interdisziplinäre Analyse*, Baden-Baden 2024, S. 19–26.
- Matusiewicz, D.*: Betrachtung der Disease Interception aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: *Jessen/Bug* (Hrsg.), *Disease Interception*, Bonn 2019, S. 133–145.
- Meier, F. / Harney, A. / Rhiem, K. / Neumann, A. / Neusser, S. / Braun, M. / Wasem, J. / Schmutzler, R. / Huster, S. / Dabrock, P.*: Risikoadaptierte Prävention. Governance Perspektive für Leistungsansprüche bei genetischen (Brustkrebs-)Risiken, Wiesbaden 2018.
- Meier, F. / Ried, J. / Braun, M. / Dabrock, P.*: ‚Healthy sick‘ oder: Wie genetisches Risiko den Krankheitsbegriff des GKV-Systems aushebelt, *Gesundheitswesen* 2017;79:594–598 (<https://doi.org/10.1055/s-0043-109862>).
- Meier, F. / Ried, J. / Harney, A. / Rhiem, K. / Neusser, S. / Neumann, A. / Wasem, J. / Schmutzler, R. / Huster, S. / Dabrock, P.*: Leistungsanspruch auf prophylaktische Behandlung bei genetischer Prädisposition für Brustkrebs, *Bundesgesundheitsbl* 2017;60:1102–1108 (<https://doi.org/10.1007/s00103-017-2608-8>).
- Meier, F. / Harney, A.*: Risikospiegel auf Zeit? Erkrankungsrisiko als Herausforderung für das Sozialrecht und die Gesellschaft, *GuP* 2021, 52–57.
- Münkler, L.*: Kosten-Nutzen-Bewertungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Perspektive zur Ausgestaltung des krankenversicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebots?, Berlin 2015.
- Neusser, S. / Lux, B. / Barth, C. / Pahmeier, K. / Rhiem, K. / Schmutzler, R. / Engel, C. / Wasem, J. / Huster, S. / Dabrock, P. / Neumann, A.*: The budgetary impact of genetic testing for hereditary breast cancer for the statutory health insurance, *Curr Med Res Opin* 2019;35(12):2103–2110 (<https://doi.org/10.1080/03007995.2019.1654689>).
- Peters, H.* (Begr.), *Handbuch der Krankenversicherung, Teil II – SGB V, Band 1*, 19. Auflage (Stand: Oktober 2020), Stuttgart 2020.
- Prütting, D.* (Hrsg.): *Medizinrecht Kommentar*, 6. Auflage, Hürth 2022.
- Rujescu, D. / Maul, S.*: Perspektiven der Alzheimer-Therapie, in: *Jessen, F. / Bug, C.* (Hrsg.), *Disease Interception*, Bonn 2019, S. 61–67.
- Schlegel, R. / Voelzke, T.* (Hrsg.): *juris PraxisKommentar SGB V, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), Gesetzliche Krankenversicherung*, 4. Auflage, Saarbrücken 2020.
- Schmutzler, R. / Huster, S. / Wasem, J. / Dabrock, P.*: Risikoprädiktion: Vom Umgang mit dem Krankheitsrisiko, *Dtsch Arztebl* 2015;112(20): A-910 / B-762 / C-738.

- Stallberg, C.*: Disease Interception als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung? – Juristische Herausforderungen und Perspektiven, in: *Jessen, F. / Bug, C.* (Hrsg.), *Disease Interception. Implikationen einer frühen Diagnose und Krankheitsunterbrechung für Medizin und Gesellschaft*, Bonn 2019, S. 199–216.
- Wasem, J.*: Disease Interception: Mehr als eine therapeutische und systemische Innovation – ein Paradigmenwechsel für unser Gesundheitssystem, in: *Jessen, F. / Bug, C.* (Hrsg.), *Disease Interception*, Bonn 2019, S. 147–155.
- Werner, J. A.*: Gedanken zum Arzt-Patienten-Verhältnis im Kontext der Disease Interception, in: *Jessen, F. / Bug, C.* (Hrsg.), *Disease Interception. Implikationen einer frühen Diagnose und Krankheitsunterbrechung für Medizin und Gesellschaft*, Bonn 2019, S. 39–47.
- Wiese, L.*: Erkrankungsrisiko als Krankheit? Die Healthy Ill im Recht des SGB V, Baden-Baden 2024.
- Wiese, L.*: Von Wandlungen und Spannungen: Personalisierte Prävention und Disease Interception im Recht des SGB V, *MedR* 2022;40(8):657–662 (<https://doi.org/10.1007/s00350-022-6272-0>).
- Wiese, L.*: Auf dem Weg von gesund zu krank. Krankheitskontinuum als Herausforderung für das Krankenversicherungsrecht, *WzS* 2024;(3):71–74.
- Wiese, L. / Diehl, A. / Huster, S.*: Finding Glory in Interception. Kartografie einer interdisziplinären und gesamtgesellschaftlichen Herausforderung, *Gesundheitsrecht.blog* Nr. 14, 2023 (<https://doi.org/10.13154/294-9765>).
- Woskowski, S.*: Multi Cancer Early Detection: Vorzeichen für Strukturveränderung und Systemwandel, in: *Wiese, L. / Diehl, A. / Huster, S.* (Hrsg.), *Disease Interception als Chance und Herausforderung. Eine interdisziplinäre Analyse*, Baden-Baden 2024, S. 175–186.

