Einleitung

Hans-Wolfgang Hoefert & Christoph Klotter

Vorbemerkung

Dieses Buch konzentriert sich auf die Frage, ob und inwieweit speziell Maßnahmen der Primärprävention geeignet sind, Risiken für eine Krankheitsentstehung zu senken und damit die Lebensqualität zu erhalten sowie die Lebenszeit zu verlängern. Unter Primärprävention werden dabei alle Maßnahmen verstanden, die sich an bis dahin gesunde Menschen richten und zum Ausschluss oder zur Senkung von Risikofaktoren für die Entstehung einer Krankheit beitragen sollen. Demgegenüber zielen Maßnahmen der Sekundärprävention auf Menschen ab, die bereits erkrankt sind und deren Krankheitsverlauf beeinflusst werden soll (Kuration), während Maßnahmen der Tertiärprävention einem Rezidiv-Risiko vorbeugen und die Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität ermöglichen sollen (z.B. durch Rehabilitation). Diese Maßnahmen sind keine sich ausschließenden Kategorien, insbesondere im höheren Alter, in dem häufig bereits eine Multimorbidität oder eine Geschichte von mehreren Krankheitsverläufen vorliegt. Zudem können Maßnahmen der Krankheitsprävention auch betrachtet werden als Teil einer umfassenden Gesundheitsförderung, die nicht nur kompensatorisch, sondern auch protektiv (z.B. durch die Stärkung von Gesundheitsressourcen) wirken soll.

Prävention bezieht sich auf bestimmte Risiken wie Bluthochdruck und nicht wie die Gesundheitsförderung auf den ganzen Menschen in seiner Interaktion mit der Umwelt. Dies hat unter anderem zur Folge, dass gesellschaftliche Faktoren wie soziale und damit gesundheitliche Ungleichheit tendenziell ausgeblendet werden und Risiken, Störungen und Krankheiten individualisiert werden. Dem Einzelnen kann dann angelastet werden, dass er raucht, zu viel isst oder trinkt sowie sich zu wenig bewegt. Hier setzt die Verhaltensprävention an, die von der Verhältnisprävention zu unterscheiden ist, welche die Verminderung von Risikofaktoren in der jeweiligen Umwelt (Schule, Betrieb, kommunales Setting) zum Gegenstand hat.

1. Historische Perspektive

Geht man aus von dem antiken Verständnis von Gesundheit und Krankheit, nach dem beide eine Frage der Ausgewogenheit der „Körpersäfte“ sind, deren Regulierung mit Hilfe einer – vor allem ernährungsbewussten – Lebensführung („diaita“) gelingt, und vergegenwärtigt sich, dass auch im mittelalterlichen „christlichen“ Verständnis von Gesundheit und Krankheit einerseits beide Zustände unter moralischen Aspekten betrachtet wurden (Krankheit als „Strafe Gottes“), während die antike

Betonung der Wichtigkeit von Ernährung, Bewegung und gesundem Schlaf nicht aus dem Blick geriet, dann erscheinen diese Verständnisweisen erstaunlich „modern“, wenn man einmal von moralischen Interpretationen absieht (obwohl sich diese auch heute noch in den Krankheitserklärungen von Laien bzw. Patienten wiederfinden lassen). Erst mit der Entdeckung von Einzelphänomenen wie dem Bluthochdruck (Paracelsus) oder später im 19. Jahrhundert der Entdeckung von Vorgängen auf zellulärer Ebene oder der Entdeckung von Mikroorganismen im Körper eines Menschen wurde die Medizin zunehmend durch reduktionistische Tendenzen bestimmt, die im Kontrast standen zu den antiken und mittelalterlichen Vorstellungen von der Einbettung des Menschen in weitere, universelle Bezugssysteme, welche sowohl den Kosmos, die Umwelt wie auch psycho-soziale Faktoren einschlossen. Die heutigen Krankheitsätiologien, Diagnose- und Behandlungsschemata enthalten somit sowohl reduktionistische als auch universalistische Tendenzen, die nicht, wie schon am Anfang der Geschichte der Prävention (Hafen 2001a,b) frei sind von moralischen Aspekten (Schuld und Eigenverantwortlichkeit).

In der historischen Perspektive wurde Prävention in Europa zu einem Leitthema, als die gesamte Bevölkerung als Quelle der Stärke einer Nation in den Blick geriet. War es einem Ludwig XIV. eher gleichgültig, wie gesund sein Volk war, wurde im modernen Nationalstaat aufgrund veränderter Strukturen diese Position vollkommen revidiert. Für das Massenheer musste die gesamte Bevölkerung (insbesondere Männer bis zu einer bestimmten Altersgrenze) hinreichend gesund sein, ebenso für die Industrie. Durch Infektionskrankheiten geschwächte Soldaten machten dem Gegner das Siegen leicht. Verhungernde Industriearbeiter taugten nicht zu einer gut funktionierenden Fabrik. Die Gesundheit der Bevölkerung wurde so zu einer wesentlichen Voraussetzung eines erfolgreichen Staates, eines Staates, der den anderen überlegen sein wollte.

Diese historische Zäsur war auch die Geburtsstunde der modernen Epidemiologie. Nun war es interessant und relevant zu wissen, in welchem Stadtteil welche Erkrankungen gehäuft auftauchen, in welchem Unternehmen welche Abteilungen höhere Arbeitsunfähigkeitstage haben, welche Bevölkerungsgruppen besonders anfällig für bestimmte Krankheiten waren. Im gleichen Zuge sind die Instrumentarien sowohl der der Prävention, welche sich anfangs im Wesentlichen auf Hygienemaßnahmen beschränkte, als auch der Gesundheitsförderung, welche seit der Ottawa-Charta 1986 der WHO auf die salutogenen Voraussetzungen im Menschen und seiner Umgebung abzielt, beträchtlich erweitert (vgl. Walter & Stöckel 2002). Zugrunde liegt der epidemiologischen Sichtweise ein Gruppenansatz, bei dem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer bestimmten Krankheit bestimmt werden kann, aber eine individuelle Risikoanalyse nicht entbehrlich wird (vgl. Hurrelmann et al. 2004).

Historisch betrachtet haben sich die Gesundheitsziele in der Prävention von der Herstellung und Erhaltung gesunder Industrie-Arbeitskräfte und Soldaten in den Zwanziger Jahren über die Zeit des Nationalsozialismus (mit seiner zum Teil rassistisch

geprägten Ideologie der Erhaltung eines gesunden „Volkskörpers“) hinweg in eine scheinbar zweckfreie Ideologie des „gesunden Menschen“ gewandelt, zu dem auch eine psychische bzw. psychosoziale Gesundheit zählt. Allerdings darf dabei nicht übersehen werden, dass heute die ökonomischen Aspekte (Therapie- bzw. Pflegekosten) als Maßstäbe für den institutionellen Einsatz dominieren.

Auch ist in der jüngsten Diskussion um die Neufassung eines Präventionsgesetzes im Rahmen des SGB V deutlich das Bemühen um die Förderung der Verhältnisprävention (Kindergärten, Schulen, Betriebe oder Senioreneinrichtungen) deutlich geworden. Die entsprechenden Vorschläge zielten ab auf eine Schwerpunktsetzung bei Kindern und Jugendlichen mit einer stärkeren Verknüpfung von gesundheitlicher und sozialer Prävention (SGB V bzw. SGB VIII) im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9, um auf diese Weise auch soziale Ungleichheiten überwinden zu helfen, sowie auf die Stärkung der Prävention in den jeweils relevanten Lebensumwelten. Die von den Krankenkassen zu tragenden individuellen Kosten werden leicht erhöht und Bonus-Regelungen sollen für eine regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (Gesundheits-Checkups) sorgen. Beibehalten wird einerseits das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit, andererseits das Prinzip der staatlichen Kontrolle sowie der Evaluation von Gesundheitsmaßnahmen.

2. Präventionssziele und -maßnahmen

Das oben schon erwähnte *Risiko*faktoren-Modell impliziert nicht nur die Annahme, dass Prävention nicht nur bei den sog. Hochrisiko-Gruppen geboten ist und möglichst frühzeitig ansetzen sollte, sondern auch die Annahme, dass den Risikofaktoren diverse *Schutz*faktoren gegenüberstehen, die möglicherweise auch dann wirksam sind, wenn eine Prävention durch äußere Maßnahmen oder durch eigenes Handeln der Betroffenen nicht gelingt. Die folgende Tabelle 1 zeigt eine solche Gegenüberstellung von Risiko- und Schutzfaktoren. Allgemeines Ziel der Gesundheitsförderung ist es somit, die Schutzfaktoren zu stärken, und Ziel der Gesundheitsprävention, die Risikofaktoren zu minimieren. Dies gelingt nicht nur durch Maßnahmen, die auf den einzelnen Menschen einwirken, sondern auch durch – noch weitgehend ungeklärte – Mechanismen im Menschen selbst (Resilienz, vgl. Hafen 2014). Speziellere Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention sind dem Programm „gesundheitsziele.de“ zu entnehmen. Die Arbeitsschwerpunkte beziehen sich bisher (2003 bis 2012) auf die Themen Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Tabakkonsum, Gesund aufwachsen, Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, depressive Erkrankungen und Gesund älter werden.

Die entsprechenden Präventionsansätze lassen sich anordnen auf einer Skala, die von sehr *molaren* Maßnahmen (Lebensstil und Lebensführung) bis hin zu sehr *molekularen* Maßnahmen (z.B. Einnahme von Vitaminen oder Olivenöl) reicht. Gleichzeitig wird dadurch deutlich, dass auf der molaren Seite Appelle, ein gesün-

deres, womöglich stressfreieres Leben zu führen, wenig bewirken, wenn dies für den Einzelnen nicht operationalisierbar ist oder er kein Gesamtkonzept (keine „Philosophie“) seiner Lebensführung hat. Auf der anderen Seite dürfte die punktuelle Einnahme irgendwelcher „gesunder“ Substanzen auch wenig bewirken, wenn die sonstige Lebensführung eher durch Hektik, Schlafmangel oder berufsbedingten Stress geprägt ist.

Tab. 1: Risiko- und Schutzfaktoren in der Krankheitsprävention (nach Klotz et al. 2006, Hurrelmann et al. 2004, S. 15 ff.)

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
- genetische, organische, physiologische und psychische Dispositionen (z.B. Arterienverengungen, Stoffwechselstörungen) - behaviorale Dispositionen und Verhaltensweisen (z.B. Rauchen, fettreiche Ernährung, wenig Bewegung) - umweltbezogene individuelle Dispositionen (z.B. erhöhte Strahlenbelastung durch Uranerze oder Ozon, erhöhte Sonnenexposition)	- soziale und wirtschaftliche Faktoren (z.B. gute ökonomische Lebenslage, gute Arbeitsplatzbedingungen) - Umweltfaktoren (z.B. gute Luft- und Wassserqualität, gute Wohnbedingungen und soziale Netzwerke) - behaviorale und psychische Faktoren (z.B. angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit, Optimismus, Eigenverantwortung) - Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (z.B. Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Einrichtungen der Pflege und Rehabilitation)

Inzwischen liegen verschiedene Evaluationen dazu vor, was mit den entsprechenden Maßnahmen erreicht werden konnte (vgl. zuletzt Präventionsbericht 2013)[1]. Daneben wurden entsprechende Empfehlungen erarbeitet, die sich an unterschiedliche Präventionsträger richten und neben einer Zielbeschreibung die sog. Settings (z.B. Kommune, Schule, Betrieb, Pflegeeinrichtung) definieren, auf die hin die jeweiligen Präventionsmaßnahmen abgestellt sein sollten. Ein zweiter Bezugspunkt sind die jeweiligen Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Ältere) und ein dritter Bezugspunkt die jeweiligen Indikationen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen usw.). Aus dieser Matrix ergeben sich naheliegender Weise auch Kombinationen, so z.B. zur „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“[2]. Andere Präventionsziele beziehen sich – zunächst einmal ungeachtet des jeweiligen Settings oder der jeweiligen Indikation – auf einen bestimmten Lebensabschnitt, so z.B. die Präventionsziele (und daraus ableitbaren Maßnahmen) für die zweite Lebenshälfte, wie sie vom Deutschen Forum Prävention und Gesund-

[1] www.gkv-spitzenverband.de

[2] www.bmg.bund.de

heitsförderung (AG 3) erarbeitet wurden[3]. Die entsprechenden Präventionsziele lassen sich mit folgenden Stichworten beschreiben:
- Bewegung und körperliche Aktivität
- Mobilität und Selbständigkeit – Stürzen vorbeugen
- Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern – Fehlernährung vermeiden
- psychische Gesundheit
- Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern
- Ressourcenorientierte Früherkennung von Funktionseinbußen.

Dem Setting-Ansatz folgend werden auch mehr oder weniger spezifische Präventionsziele für die Arbeitswelt formuliert (z.B. Eberle & Bödeker 2007), wobei diese noch in Oberziele und Teilziele eingeteilt werden können (Bödeker 2008). Auf einer etwas abstrakteren Ebene können alle diese Ziele und Maßnahmen nach den Vorschlägen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung nach folgenden Prinzipien organisiert sein[4]:
- Autonomie und Empowerment
- Partizipation
- Lebenswelt- und Lebensstilbezug
- gesundheitliche Chancengleichheit
- Konzeptbasierung
- Evaluation
- Nachhaltigkeit.

Konsequent umgesetzt würde dies z.B. für das Präventionsziel „Gesunde Ernährung für ältere Menschen“ bedeuten, dass erstens nachgewiesen sein muss, was „gesund“ (für ältere Menschen) ist (Konzept), dass zweitens dabei der jeweilige individuelle Lebensstil eines älteren Menschen berücksichtigt werden muss (Lebenswelt), dass drittens bei der Zusammenstellung eines Ernährungskonzeptes die älteren Menschen als Individuen oder Gruppen beteiligt werden müssen (Partizipation), dass viertens die entsprechenden Angebote auch sozial schlechter gestellte Menschen erreichen (Chancengleichheit) und dass fünftens die tatsächlich realisierten Maßnahmen möglichst langfristig evaluiert werden müssen.

Präventionsziele und -angebote, die sich an Einzelne richten, sowie Maßnahmen der Verhältnisprävention (z.B. Gesetze) müssen also auf die jeweiligen Zielgruppen ausgerichtet sein, um einerseits wirksam zu sein, und andererseits, um die jeweils nicht Betroffenen vor unnötigen Informationen und für sie irrelevanten Regeln zu schützen. Die jeweilige Eignung eines Präventionsziels oder einer Maßnahme kann mit Hilfe einer Entscheidungsmatrix (Tabelle 2) beurteilt werden, die hier lediglich die Art der in Frage kommenden Variablen an Beispielen wiedergibt.

---

[3] www.forumpraevention.de

[4] www.bvpraevention.de

Die Notwendigkeit derartiger Differenzierungen kann verdeutlicht werden am Beispiel der *Geschlechtsunterschiede*: Demnach achten Männer weniger als Frauen auf ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden, sie leben ungesünder als Frauen und betrachten ihren Körper als Maschine, die erst dann repariert werden muss, wenn eine Störung auftritt (entsprechend nehmen sie weniger als Frauen an Vorsorgeuntersuchungen teil oder suchen einen Arzt erst relativ spät auf). Andererseits sind sie mit dem Medium Internet besser erreichbar als Frauen[5]. Nach den Daten des Robert Koch-Instituts (2012) nehmen Frauen doppelt so häufig wie Männer an Vorsorgeuntersuchungen teil, wobei vor allem Bewegungsangebote wahrgenommen werden; förderlich für die Teilnahme ist ein Leben in Partnerschaft und eine höhere Belastung durch Hausarbeit (Einkaufen, Kindererziehung, Kochen etc.).

Ein zweites Beispiel bezieht sich auf das *höhere Alter*: Die Spezifika liegen u.a. darin, dass das Spektrum der Beschwerden und Erkrankungen zunimmt, dadurch auch Immobilität und soziale Isolation wachsen und mehr Medikamente verbraucht werden, so dass auch mehr Wechsel- und Nebenwirkungen auftreten. Zugleich steigen die körperlichen Risiken (z.B. Stürze mit Oberschenkelhalsbrüchen, Mangel- und Unterernährung auf Grund von Kauschwierigkeiten) und die psychischen Risiken (z.B. Demenzen und Depressionen)[6]. Die entsprechenden Präventionsziele und -maßnahmen müssen also einerseits die besonderen gesundheitlichen Probleme aufgreifen und andererseits die altersspezifischen sozialen Lebenslagen wie Einbindung in soziale Netzwerke bzw. soziale Isolation[7] berücksichtigen.

Schließlich wird die Teilnahmebereitschaft positiv beeinflusst bei einem *höheren Sozialstatus*, beim Vorliegen *chronischer Erkrankungen* und einem *höheren Gesundheitsbewusstsein*, das einhergeht mit stärkeren Kontrollüberzeugungen auch bezüglich der eigenen Gesundheit (Robert Koch-Institut 2012).

Tab. 2: Entscheidungsmatrix für Präventionsziele und -maßnahmen

Präventionsart	Alter	Geschlecht	Indikation	Moderatoren	Setting
Verhältnis-Kindergarten prävention	- Jugendl. - jüngere Erwachsene - ältere Erwachsene	-Kinder - männlich - weiblich	- Kardiovask. Erkrankungen - Krebserkrankungen - andere Erkrankungen und Unfallgefahren	- Migrationshintergr. - Bildungsstatus - ökon. Status	- Schule - Betrieb - Pflegeheim - Kommune
Verhaltens-prävention	dgl.		dgl.	dgl.	dgl.

[5] www.maennergesundsheitsportal.de

[6] www.mags.nrw.de

[7] www.gesunde-staedte-netzwerk.de

In der Praxis richten sich solche Angebote, sofern nicht eine individualisierte Beratung stattfindet, in eher anonymer Weise an die „Bürgerinnen und Bürger“ wie z.B. im Ratgeber Prävention und Gesundheitsförderung der Bundesregierung (2014)[8] oder versuchen, wie im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes (2010)[9] zumindest mögliche Multiplikatoren (Ärzte, Berater i.w.S.) zu erreichen. Schließlich darf nicht vergessen werden, dass alle diese Informationen zwar in der Regel auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, aber nicht unbedingt mit den Vorstellungen der Adressaten von Gesundheit und Krankheitsprävention übereinstimmen und deshalb auch häufig ignoriert werden.

3. Kollektive und individuelle Präventionsvorstellungen

In den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts hat in Deutschland ein Arzt seinem Patienten zum Gruß eine Zigarette angeboten. Mehr als 80 % der männlichen Bevölkerung hat geraucht. Laut ärztlichen Vorgaben durfte mit dem Älterwerden der Blutdruck steigen, ohne dass dies als gesundheitsgefährdend eingestuft wurde. Gegessen werden durfte ohne schlechtes Gewissen. Wohlbeleibtheit galt als Indiz für Wohlstand. Innerhalb von 60 Jahren hat sich dies dramatisch verändert. Rauchen gilt als wichtigster Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ist sozial geächtet. Ein Blutdruck unter 120/80 wird als ideal eingeschätzt – über die gesamte Lebensspanne wohlgemerkt. Der wissenschaftlich höchst umstrittene BMI (Kroke 2013) ist immer noch die Richtschnur des praktischen Expertenhandelns, obwohl mittlerweile klar ist, dass ein BMI zwischen 25 und 30 mit der höchsten Lebenserwartung verbunden ist (Flegal et al. 2013). Das Idealgewicht, das seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts als Norm gesetzt wurde (Klotter 1990) und vom strittigen BMI abgelöst worden ist, führt dazu, dass tendenziell die gesamte Bevölkerung beim Essen ein schlechtes Gewissen haben muss. All das bedeutet, dass sich die normativen Erwartungen an das Gesundheitsverhalten deutlich erhöht haben. Das Individuum ist permanent unter Druck, diesen Erwartungen gerecht zu werden.

Dazu kommen die *persönlichen* Vorstellungen davon, was Gesundheit und Krankheit ist und welche Veränderungen im persönlichen Verhalten geeignet sind, die Gesundheit zu erhalten bzw. einer Erkrankung vorzubeugen. Solche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen beziehen sich u.a. auf die Ätiologie einer Krankheit, deren Verlauf, Bedrohlichkeit und Beeinflussbarkeit durch Prävention und Therapie (im Überblick Hoefert & Brähler 2013). Die Beeinflussbarkeit wird von Laien bei einzelnen Krankheitsbildern unterschiedlich eingeschätzt; so werden z.B. Krebserkrankungen eher schicksalshaft, Herz-Kreislauferkrankungen dagegen eher als selbst verursacht und beinflussbar angesehen (Kraft et al. 2004). Man darf daraus folgern, dass Prävention für (gesunde) Laien nur dort sinnvoll erscheint, wo eine

[8] www.bmg.bund.de

[9] www.gkv-spitzenverband.de

Überzeugung vorliegt, die Entstehung einer Erkrankung selbst beeinflussen zu können. Und nicht zuletzt ist die Bereitschaft zur Prävention einerseits geprägt durch die Ängste um die eigene Gesundheit (Hoefert & Klotter 2012), andererseits aber auch durch empfundene Zwänge, der Aufforderung zur regelmäßigen Vorsorge – ähnlich wie zur Abgabe einer Steuererklärung – folgen zu müssen (Hoefert & Klotter 2013) folgen zu müssen. Laien betreiben oft ihre eigene Form von Prävention (auch wenn diese nicht den institutionellen Vorstellungen entspricht), lassen sich durch ein Bonus-Malus-System nicht beeinflussen und misstrauen manchmal auch dem Aussagewert von diagnostischen Befunden im Rahmen der Gesundheits-Checkups, falls sie überhaupt daran teilnehmen. Damit befinden sie sich in guter Gesellschaft mit den wissenschaftlichen Studien, welche den Aussagewert solcher Diagnosen skeptisch betrachten (z.B. Mühlhauser 2014). Aus psychologischer Sicht kann man schließlich fragen, ob nicht die institutionell vorgetragene Priorisierung von Gesundheit und Prävention auf einer Fehleinschätzung der Bedeutung persönlicher Motive beruht: Für viele Menschen stehen in der beruflichen und familiären Situation zunächst andere Motive im Vordergrund, bei deren Verfolgung auch gesundheitliche Schäden in Kauf genommen werden bzw. deren Beseitigung als subsidiär angesehen wird. Prävention wird für manche Menschen dann wieder bedeutsam, wenn sie im Dienste dieser anderen Motive eine Funktion hat.

Der einzelne Mensch orientiert sich in seinem Präventionsverhalten an (vermeintlich) öffentlichen Normen auf der Basis einfacher kausaler Aussagen („X hilft gegen Y“), sofern er überhaupt in seinem Denken und Handeln den Zeithorizont des „Hier und Jetzt“ überschreitet. Er verzichtet ungern auf Konsumgewohnheiten, mit denen er einen gewissen Lustgewinn erreichen kann und bei dessen Verzicht ihm ein Instrument zur Kompensation von Frustration oder Selbstbelohnung fehlen würde. Prävention dagegen kann ihm keinen Ersatz für diesen Verlust versprechen außer einem möglicherweise längeren (beschwerdefreien) Leben. Für manche mag diese Aussicht einen Anreiz darstellen (lange leben als „Lebensleistung“). Andere fragen sich angesichts der ohnehin im letzten Lebensabschnitt erwartbaren Beeinträchtigungen, ob sich daher ein Verzicht auf Lebensqualität schon in der Gegenwart lohnt. Und wieder andere befolgen zwar die bekannten Gesundheitsnormen (wenn auch mit Lustverzicht), fragen sich häufig, ob man dies oder jenes tun oder essen „darf“ und glauben dann, wenn sie eine Normgrenze überschritten haben, sich „versündigt“ zu haben oder zumindest eine soziale Normgrenze überschritten zu haben.

4. Öffentliche Kontrolle und Freiwilligkeit

Die Bevölkerung wird auch in diesem Bereich zum Objekt der Forschung und damit auch gesellschaftlicher Kontrolle. Der Einzelne wird verpflichtet, sich um seine Gesundheit zu kümmern, und sein Körper wird eingespannt in ein ganzes Arsenal körperlicher Untersuchungen – von der Wiege bis zur Bahre. Zwar wurde und wird

stets an die Eigenverantwortlichkeit des Bürgers für seine Gesundheit appelliert, aber Eigenverantwortlichkeit in der Regel nur so verstanden, dass der Einzelne sich selbst um seine Gesundheit kümmern muss. Eigenverantwortlichkeit wird üblicherweise nicht so interpretiert, dass sich die Bürgerin und der Bürger auch für *Risiken* und einen so genannten ungesunden Lebensstil entscheiden dürfen. Der individuelle Körper ist damit gleichsam enteignet, das Intimste, der eigene Körper, der öffentlichen Kontrolle unterstellt.

Mit dieser Operation ist gewährleistet, dass sich das Individuum gegen diesen Eingriff wehrt, es *Reaktanz* entwickelt. Das so genannte gesundheitsabträgliche Verhalten wird damit ein Mittel der Rebellion und der Identitätsbildung: Wenn ich rauche, dann unterscheide ich mich von der Mehrheit, die nicht raucht. Die Raucher bilden eine verschworene Gemeinschaft. Die Rebellion kann mehr oder weniger öffentlich bzw. heimlich erfolgen: Während der Raucher sich zumindest an einigen erlaubten Orten oder „Zonen“ in der Öffentlichkeit bewegen darf, werden (gesundheitsabträchliche) Süßigkeiten oft heimlich konsumiert, ohne dass es jemand merkt. Solche „Versündigungen“ werden dann manchmal irgendjemandem „gestanden“, verbunden mit „Reue“ und womöglich mit dem Schwur, sich künftig zu „bessern“. Dafür stehen wohlfeile Instrumente wie Kuren, Fasten und Spezialdiäten reichlich im Angebot.

Gesundheitsförderliches Verhalten wird teilweise gesetzlich geregelt und sanktioniert wie zum Beispiel durch das Gesetz zum Verbot von Rauchen in Restaurants etc. Zumeist ist es aber durch Normen und Erwartungen reguliert, deren Nichteinhalten soziale Ächtung nach sich zieht, aber keine Gefängnisstrafe. Wer der Ächtung entgehen will, bemüht sich darum, die Gesundheitsnormen einzuhalten, um sich als vollwertiges Mitglied dieser Gesellschaft zu fühlen, um seine Selbstachtung aufrechtzuerhalten, um seinem Ich-Ideal zu entsprechen. Daher sind Gefängnisstrafen nicht das Mittel der Wahl, um den Gesellschaftskörper zu kontrollieren. Normative Erwartungen und soziale Ächtung sind hierbei wesentlich effektiver.

Die präventive Gesundheitskontrolle betrifft nicht alle Risiken gleichermaßen. Der jugendliche Fußballer, der mit einem Kreuzbandriss in seiner Ausbildung für ein halbes Jahr ausfällt, wird nicht geächtet, weil unsere Gesellschaft Sportmachen positiv sanktioniert. Wäre der junge Mann dagegen adipös, wäre ihm soziale Ausgrenzung relativ sicher. Das liegt unter anderem daran, dass unsere Kultur seit 2.500 Jahren auf Mäßigung, Selbstkontrolle und Disziplin setzt, und dem Anschein nach Adipositas gegen diese Leittugenden verstößt. Präventive Gesundheitskontrolle ist demnach moralisch unterfüttert und ein Instrument zur Wahrung wesentlicher Werte einer Zivilisation, in diesem Falle der westlichen. Die Risikofaktoren wie übermäßiges Arbeiten, mangelnder Schlaf oder mangelnder sozialer Rückhalt stehen demnach nicht im Blickpunkt präventiver Bemühungen. Wie die riskanten Sportarten gelten sie eher als Marker für ein heldenhaftes Arbeitsverhalten und werden positiv sanktioniert.

Präventive Gesundheitskontrolle bedeutet für den Einzelnen, dass er ein Leben lang nicht nur aufmerksam beobachtet und gemessen wird; es bedeutet auch, dass er sich ein Leben lang als potentiell krank betrachten muss. Die Gesundheitsrisiken lauern überall. Wie Infektionskeime können sie jederzeit zuschlagen. Sich in Sicherheit zu wiegen, ist in den Augen der Präventionsexperten gleichsam eine Sünde, eine üble Nachlässigkeit, ein fahrlässiges Verhalten mit potentiell verheerenden Folgen. Niemand darf sich entspannt zurück lehnen, eigentlich auch nicht in der Wellness-Oase oder schlafend im eigenen Bett.

Soweit diese Konsequenzen der präventiven Gesundheitskontrolle naheliegend und nicht von der Hand zu weisen sind, so wenig sind die wissenschaftlich ermittelbaren Effekte widerspruchsfrei. Ob eine Prostata-Untersuchung oder eine Mammographie sinnvoll ist, und wenn ja und ab welchem Alter, ist wissenschaftlich umstritten, von gesundheitsökonomischen Effekten ganz zu schweigen. So sehr zum Beispiel die Gefahren der so genannten Adipositas-Epidemie beschworen werden, so unklar sind die Konsequenzen hiervon. Im OECD-Bericht von 2010 mit dem diskriminierenden Titel „Fit statt fett“ wird gar festgestellt, dass es für eine Gesellschaft ökonomisch besser ist, wenn es stark Adipöse und Raucher gibt, die pünktlich mit 65 Jahren sterben und so die Rentenkassen nicht belasten.

6. Philosophische Hintergründe

Krankheitsprävention ist, wie oben erwähnt, kein neues Thema, wenngleich sich offenbar die Ansprüche an das Gesundheitsverhalten in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht haben und dazu beitragen, die gesellschaftlichen Zwänge, mit denen das Individuum umstellt ist, zu verstärken. Die abendländische Tugend der Mäßigung und Kontrolle der inneren Natur, erfunden in der griechischen Antike, legt hierfür den Grundstein. Das Christentum transformiert diese in den Sündenbegriff. Der von Norbert Elias beschriebene Prozess der Zivilisation, der seit dem Mittelalter greifen soll, erhöht das Ausmaß an Affekt- und Selbstkontrolle. Der moderne Nationalstaat, der seine Stärke in Abhängigkeit zu einer hinreichend gesunden Bevölkerung sieht, betrachtet es als eine Selbstverständlichkeit, den Bevölkerungskörper zu kontrollieren und die Bevölkerung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu verpflichten. Die protestantische Ethik als Geist des Kapitalismus im Sinne von Max Weber radikalisiert die Mäßigung hin zur Askese. Nicht zu rauchen, maßvoll zu essen nach den Regeln der DGE, sich ausreichend zu bewegen, sich regelmäßig den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sich zu unterziehen etc., sind die gesundheitsbezogenen Übersetzungen der Tugend Mäßigung.

Zur Doktrin der Gesundheitsprävention gesellt sich die Philosophie der Aufklärung hinzu, die unter anderem inspiriert ist von den Ideen der Selbstbestimmung und der Machbarkeit. Nicht das denken, was andere denken, nicht das glauben, was andere glauben, sondern den Ausgang aus der selbst verschuldeten Unmündigkeit suchen,

das ist die Kant‘sche Idee der Aufklärung. Der in der Neuzeit erfahrbare unglaubliche Fortschritt der Naturwissenschaften führt zu der Überzeugung, dass menschliches Leiden beherrschbar sein könnte – durch einen aktiven und eingreifenden Umgang des Menschen mit der Natur, auch mit seiner eigenen. Dieser Fortschritt verpflichtet gleichsam die Bürgerinnen und Bürger, ihren eigenen Beitrag zu leisten, mit dem so genannten eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper. Auf den siegreichen Gleisen fortschreitender Naturbeherrschung fahren nicht nur die Züge, vielmehr sind auch deren Nutzer dazu verdammt, sich den neuen Fortbewegungsmitteln anzupassen.

Das von Leibniz neu aufgeworfene Theodizee-Problem – wie kommt in eine vom gütigen und allmächtigen Gott geschaffene Welt das Böse? – und seine darauf folgende Antwort, dass wir in der besten aller Welten leben, wird von Kant ethisiert. Ohne Zweifel sei nicht Gott böse, vielmehr der Mensch mit der Erbsünde. Auf diese historische Last habe der Mensch individuell zu reagieren. Zu dem „Machtspruch der Vernunft“ (Kant, zit. nach Sparn 1993, S. 217) gehöre eine Moral, die stets auf gutes Handeln ziele (Sparn 1993). „Diese ‚Religion des guten Lebenswandels´ unterstellt, die christliche Erbsündenlehre in der Voraussetzung eines ‚radikalen Bösen‘ aufnehmend und in der gesinnungsrevolutionären ‚Zumutung der Selbstbesserung‘ gegen sich selbst wendend, ein ‚bekehrtes‘ Subjekt guter Praxis.“ (ebd. S. 217). Um die Erbsünde zu kompensieren, ist der Mensch verpflichtet, moralisch vorbildlich zu leben. Gesundheitsbewusstes Verhalten bietet sich dafür vortrefflich an. Mit Kant wird klar, mit welcher Selbstverständlichkeit der moderne Staat erwartet, dass sich seine Bürgerinnen und Bürger gesundheitsgerecht verhalten. Alles andere ist Sünde und Vergehen.

Des Menschen Pflicht zu einer moralisch einwandfreien Lebensführung wird dadurch verstärkt, dass nicht Gott die Schuld für das Böse gegeben wird, sondern dem Menschen. Es ist seine Freiheit, seine Entscheidung für das eine oder andere. Das Böse ist irgendwann durch Menschenhand entstanden und kann auch durch ihn verändert werden, vorausgesetzt, er versteht, wie es entstanden ist. Er muss seinen Verstand benutzen, um zu analysieren und um lösungsorientiert zu arbeiten. Nach Neinman (2004) sind dies die revolutionären neuen Denkansätze Rousseaus. Zwar verteidigt Rousseau und später Kant, der Rousseau begeistert aufgreift, den Glauben. Aber mit der skizzierten Selbstermächtigung des Menschen spielt Gott im menschlichen Leben eine geringere Rolle. Der Mensch beginnt verstärkt, sich an Gottes Stelle zu setzen, als habe er sein eigenes Schicksal in der Hand, als habe er sich selbst geschaffen.

Prävention ist ein wesentliches Instrument der imitatio dei: Sie ist getragen von der unbewussten Phantasie, unsterblich zu sein, oder zumindest unendlich lange gesund leben zu können, sein Alter und sein Wohlbefinden selbst bestimmen zu können. Natürlich wissen wir auch, dass das Schicksal sich von uns nicht beeinflussen lässt, dass unser Glück nicht nur in unserer Hand liegt. Aber dies erbost uns so sehr, dass

wir all diejenigen hassen und diskriminieren, die offenkundig gesundheitlich vermeintlich fahrlässig leben und die Schicksalsmacht herausfordern. Ihr Scheitern veranschaulicht, wie sehr wir auch scheitern werden trotz des Verzichts auf die Zigarette und einer bewegten Lebensweise. „Das Gefühl des Ungenügens entspringt dem Wunsch, Gott zu sein.“ (ebd. S. 109).

7. Zu den Beiträgen dieses Buches

Erstes Kapitel

Im ersten Kapitel gibt zunächst *Klotter* einen Überblick über die historischen Wurzeln der Präventionsidee im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Insbesondere weist er hin auf die moralischen Implikationen (Gut = Gesundheit, Schlecht = Krankheit) als Folge des platonischen und pythagoräischen Denkens in der abendländischen Tradition. In der heutigen Welt dominieren Ideen wie „Fitness“ und „Schlankheit“, bei denen es sich nicht um ästhetische Ideale handelt, sondern eigentlich um sehr alte Ideen, welche die Befreiung der Seele vom Körper zum Inhalt haben. In einer liberalisierten Gesellschaft muss man deshalb fragen dürfen, wieweit der Einzelne über seinen eigenen Gesundheitszustand und auch eine gesundheitsabträgliche Lebensweise entscheiden darf, ohne Sanktionen der sozialen Umwelt bzw. der Gesundheitsinstitutionen hinnehmen zu müssen. Wenn man heute auf die Idee der Prävention setzt und damit die Vorstellung (und auch Werbebotschaft) verbindet, dass Früherkennung ein Leiden verhindern hilft bzw. die Überlebenschancen erhöht, dann kann dies nur in einem konzisen Präventionsprogramm realisiert werden, das sowohl die Verhältnisse thematisiert, unter denen Menschen leben, als auch die Verhaltensweisen, die zur Erreichung von Gesundheitszielen notwendig sind bzw. erlernt werden müssen. Solche Programme werden von *Wild* charakterisiert, der kritisch untersucht, inwieweit mit diesen Programmen insbesondere Verhaltensänderungen bewirkt werden können. Bei der Untersuchung von Teilnahmequoten an entsprechenden Präventionsangeboten durch *von Lengerke* stellt sich dann häufig heraus, dass sie von Frauen häufiger als von Männern und von Menschen mit höherem Sozialstatus wahrgenommen werden als mit niedrigerem Sozialstatus.

Zweites Kapitel

Das zweite Kapitel widmet sich exemplarisch den drei Hauptgruppen für Präventionsangebote – den Männern und Frauen, den Älteren und den Jugendlichen. Zunächst charakterisieren *Merbach et al.* die wichtigsten Unterschiede im Präventionsverhalten von Frauen und Männern. *Walter & Flor* beschreiben die Gesundheitssituation älterer Menschen, welche durch eine höhere Morbidität gekennzeichnet ist und die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention oft obsolet macht. Dennoch bleiben in der Prävention genügend Ansatzpunkte, um

einerseits Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum und andererseits salutogene Faktoren wie soziale Einbindung und altersgerechte gesunde Ernährung zu finden. Bei allen Präventionsbemühungen darf auch hier ein sozialer Gradient nicht übersehen werden, der besondere Anstrengungen erfordert. Das Gesundheitsverhalten im Alter basiert zum Teil auf Gesundheitskompetenzen, die bereits in der frühen Jugend erlernt wurden. Zu jenen zählt die Fähigkeit, sich gesund zu ernähren. *Rückert-John* zeigt anhand einer empirischen Studie zu Ernährungsüberzeugungen und -verhaltensweisen, wie Jugendliche eine entsprechende Verantwortung für sich übernehmen, insbesondere dann, wenn die Eltern an solchen Fragen eher desinteressiert sind. Deutlich wird auch an den beschriebenen Jugendlichen, dass eine gesunde Ernährung nicht „langweilig" sein darf.

Drittes Kapitel

Das dritte Kapitel widmet sich speziellen Indikationen, bei denen präventive Bemühungen ansetzen können, allen voran bei den kardiovaskulären Erkrankungen, die, gefolgt von Krebserkrankungen, zu einer Lebensverkürzung beitragen. Hier zeigt *Holmer*, dass der genetisch-hereditäre Anteil nicht zu unterschätzen ist und Prävention die entsprechenden Risikoprofile berücksichtigen muss. Obwohl heute auch medikamentöse Hilfen zur Verfügung stehen, bleiben die Stützen der Prävention nach wie vor gesunde Bewegung und Ernährung. Ähnlich gilt dies auch bei der Prävention von Krebserkrankungen. Dazu gibt *Hoefert* einen Überblick über die bekannten Risikofaktoren ebenso wie über Faktoren, die zur Verminderung des Krebsrisikos durch Prävention bei unterschiedlichen Krebsarten beitragen. Aber auch andere als diese beiden Hauptindikationen stehen in diesem Kapitel zur Diskussion: So diskutiert *Lühmann* eines der Hauptleiden in der modernen Gesellschaft, nämlich Rückenleiden und die entsprechenden Präventionsmöglichkeiten. Daneben zählen heute zu den Zivilisationserkrankungen auch die Allergien, von denen Kinder und Jugendliche zunehmend betroffen sind. *Schmidt-Weber* erläutert die – heute noch begrenzten – Möglichkeiten einer Testung bzw. von Vorwarnhilfen bei Risikopatienten sowie die durchaus vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten.

Neben die bis dahin beschriebenen körperlichen Erkrankungen treten psychische Beeinträchtigungen oder Störungen, die zunächst von *Himmerich & Lichtblau* am Beispiel der Depression und im Hinblick auf Präventionsmöglichkeiten beschrieben werden. Sie unterscheiden hier zwischen einer universellen Prävention und einer spezifischen Prävention, die sich an bestimmte Risikogruppen (z.B. Frauen nach der Entbindung, Menschen mit Winterblues, Schlafstörungen oder Adipositas) richtet. Mit einer älter werdenden Bevölkerung wird weiter das Problem der Prävention von demenziellen Erkrankungen virulent. *Neumann & Rapp* weisen angesichts des Alterungsprozesses auf die – auch gesundheitspolitische und ökonomische – Notwendigkeit einer frühen Prävention als interdisziplinäre Aufgabe hin und beschreiben die heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten.

Schließlich müssen psychische Störungen nicht grundsätzlich in einer entsprechenden Einrichtung (z.B. Arzt- oder Psychologenpraxis) diagnostiziert und behandelt werden, denn auch das Internet bietet heute vielfältige Möglichkeiten zur Selbstdiagnose und möglicherweise auch zur Selbstbehandlung. Die jeweiligen Vor- und Nachteile werden von *Eichenberg & Schott* diskutiert an den Beispielen von Depressionen, Ess- und Substanzstörungen.

Viertes Kapitel

Vorsorgeuntersuchungen und sog. Gesundheitsscreenings sollen den aktuellen Gesundheitsstatus erheben und damit auch Wege zu einer gezielten Prävention aufzeigen. *Hoefert* beschreibt die Motive zur Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an solchen Untersuchungen, wobei nicht ausgeschlossen werden, dass bei einer Teilnahme auch überdiagnostiziert wird, – nicht selten mit der Folge einer (unnötigen) Überbehandlung. Im Folgenden werden dann die Vor- und Nachteile kardiovaskulärer Risikoabschätzungen durch *Nixdorff* kritisch diskutiert, denn ein Teil der Risikoeinschätzungen beruht auf Ableitungen aus überindividuellen Statistiken bzw. der Erbwahrscheinlichkeit. In dem Beitrag von *Hoefert* zum Brustkrebs-Screening zeigt sich, dass nur rund 50 % der Frauen teilnehmen, ein hoher Bedarf an evidenzbasierten Entscheidungshilfen und auch individualisierten Beratungsangeboten besteht, bei denen die Ängste und Präferenzen der Frauen thematisiert werden. Für Prostata-Screenings, wie sie von *Weißbach* diskutiert werden, gilt, dass zwar diverse Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen, aber aus den Ergebnissen keine Präventions- oder Interventionsmöglichkeiten zur Senkung des Mortalitätsrisikos abgeleitet werden können; Hilfen zur Vermeidung von Überdiagnostik oder zur Beratung von Hochrisikogruppen scheinen hier dringend erforderlich.

Fünftes Kapitel

Das fünfte Kapitel konzentriert sich auf Interventionsmaßnahmen im Rahmen der Primärprävention. Es wird eröffnet durch einen Beitrag von *Endres* zum gesunden Essen, in dem zum einen deutlich wird, dass gesundes Essen mehr bedeutet als nur Kalorien-kontrollierte und Vitamin-reiche Nahrungszufuhr, sondern dass gesundes Essen sich einfügen muss in ein Konzept der gesunden Lebensführung. Zum anderen muss differenziert werden zwischen den Ernährungsrisiken beim Zustandekommen von unterschiedlichen Krankheitsbildern. Ein zweites Standbein der Prävention besteht in gesunder Bewegung und Sport, denn Bewegungsmangel gilt als eine der Hauptursachen beim Zustandekommen unterschiedlicher Krankheiten. *Froböse & Wendt* plädieren deshalb dafür, mit einer entsprechenden Prävention schon im Kindesalter zu beginnen. Gesundes Essen und viel Bewegung können zur Beibehaltung eines optimalen Körpergewichts bzw. zu dessen Erreichung beitragen, wo allerdings zu fragen ist, wieweit ein entsprechendes Verhalten auch auf die Akzeptanz eines modernen Schlankheitsideals angewiesen ist bzw. jenes auf politischem oder institutionellem Wege durch bestimmte Sanktionen realisiert wird, wie dies *Klotter* unter

Hinweis auf die Einhaltung von sog. Ernährungsvorschriften oder negativen Sanktionen bei Nicht-Einhaltung mit der Folge von Übergewicht aufzeigt. Neben der Förderung eines gesunden Essens und der Bewegung können Präventionsbemühungen auch der Unterlassung bestimmter Lebensgewohnheiten gelten, wie dies von *John et al.* am Beispiel von Alkohol- und Tabakkonsum diskutieren. Sie beschreiben die diesbezüglichen Interventionsmöglichkeiten, welche auf der politischen und institutionellen Seite und beim Einzelnen zu Gebote stehen, wobei der jeweilige Erfolg auch von einer zielgruppengerechten Ansprache sowie der Abstimmung zwischen universellen und individuellen Maßnahmen abhängen dürfte. Essen und Bewegung sowie der Verzicht auf das Rauchen und die Einschränkung des Alkoholkonsums gelten zwar als die Eckpfeiler moderner Prävention, – allerdings ist damit das Präventionspotential noch nicht erschöpft: Denn auch die Komplementärmedizin hält noch weitere, präventiv wirkende Möglichkeiten bereit, die *Walach* in seinem Beitrag beschreibt. Zugleich macht er deutlich, dass die entsprechenden Mittel und Methoden nicht einfach voraussetzungslos eingenommen bzw. praktiziert werden können, sondern auf ein bestimmtes Grundverständnis des eigenen Körpers sowie auf ein Gesundheitssystem angewiesen sind, das nicht einseitig auf Krankheiten fixiert ist. Schließlich vertrauen andere Menschen in präventiver Hinsicht weder auf Essen und Ernährung noch auf komplementärmedizinische Möglichkeiten, sondern nutzen gleich die heutigen chirurgischen Möglichkeiten bei bestimmten Indikationen; solche Möglichkeiten insbesondere beim Vorliegen eines Erblichkeitsrisikos für die Erkrankung innerer Organe sind Gegenstand des Beitrags von *Kirchberg & Weitz*, der das Kapitel abschließt.

Sechstes Kapitel

Klassischerweise wird unterschieden zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention. Unter „Verhältnissen“ kann man sich zunächst die institutionellen Bedingungen z.B. von Betrieben oder Schulen vorstellen, innerhalb derer der Einzelne arbeitet bzw. lernt. Zunächst wirft *Hundeloh* für den Kontext Schule die Frage auf, ob nicht Lehrer neben allgemeinen Bildungsinhalten auch bestimmte Gesundheitskompetenzen vermitteln bzw. herstellen können. Anschließend erläutern *Mahr & Stein* am Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung mit ihren Präventionsangeboten die Interessen der Arbeitgeber, Kranken- und Unfallkassen, wobei besonders die Rolle der Führungskräfte thematisiert wird, welche häufig zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen auch bei Fragen von Gesundheit und Krankheit zu vermitteln haben. Schließlich leben viele Menschen auch außerhalb solcher institutioneller Bedingungen in einer materiell und sozial „schlecht ausgestatteten“ Umwelt. Das jeweilige Armutsrisiko kann auch zu einem Krankheitsrisiko werden, denn, so führt *Haverkamp* aus, soziale Stigmatisierung (z.B. bei Übergewicht), geringes Gesundheitswissen und Unkenntnis von geeigneten Zugangswegen zu Vorsorge- und Beratungseinrichtungen verweisen die kommunalen Einrichtungen auf Unterstützungsformen, die eher im familiären und nachbarschaftlichen Rahmen zu suchen und zu stärken sind.

Literatur

Bödeker, W. (2008). Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung. *Die BKK*, 3, 152-158.

Eberle, G., Bödeker, W. (2007). Entwicklung arbeitsweltbezogener GKV-Präventionsziele. *Präv Gesundheitsf*, 2, 121-128.

Flegal, K.M., Kit, B.K., Orpana, H., Graubard, B.I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 309(1), 71-82.

Hafen, M. (2014). Resilienz in präventionstheoretischer Perspektive. *Prävention*, 1, 2-7.

Hafen, M. (2001a). Zur Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung – Teil 1. *SuchtMagazin*, 2, 40-43.

Hafen, M. (2001b). Präventionsgeschichte – Teil 2. *SuchtMagazin*, 3, 56-60.

Hoefert, H.-W., Brähler, E. (Hrsg.) (2013). Krankheitsvorstellungen von Patienten – Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Lengerich (Pabst Science Publ.).

Hoefert, H.-W., Klotter, C. (Hrsg.). (2013) Gesundheitszwänge. Lengerich (Pabst Science Publ.).

Hoefert, H.-W., Klotter, C. (Hrsg.). (2012).Gesundheitsängste. Lengerich (Pabst Science Publ.).

Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & J. Haisch (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung. Bern (Huber).

Klotter, C. (1990). Bulimia nervosa als kulturelles Phänomen. *psychomed*, 2, 202-203.

Klotz, T., Haisch, J., Hurrelmann, K. (2006). Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität. *Dt Ärztebl*, 103(10), A606-A609.

Kraft, B., von Georgi, R., Bohlmann, M.K., Sehouli, J., Münstedt, K. (2004). Laienätiologische Krankheitskonzepte und ihre mögliche Bedeutung für die Prävention. *Geburtshilfe Frauenheilk*, 64(5), 504-512.

Kroke, A. (2013). Kritische Betrachtung des BMI als Indikator im Rahmen von Public Health Nutrition Maßnahmen. In: Deutsche Ges. für Ernährung (Hrsg.): 50. Wiss. Kongress Bonn, 86.

Neinmann, S. (2004). Das Böse denken – Eine andere Geschichte der Philosophie. Frankfurt (Suhrkamp).

Mühlhauser, I. (2014). Zur Überschätzung des Nutzens von Prävention. *Z Evid Fortbild Qual Geswesen*, 108, 208-218.

Sparn, W. (1993). Mit dem Bösen leben. Zur Aktualität des Theodizeeproblems. In: Colpe, C., Schmidt-Biggemann, W. (Hrsg.). Das Böse – Eine Phänomenologie des Unerklärlichen. Frankfurt (Suhrkamp).

Walter, U., Stöckel, S. (2002). Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende. In: Stöckel, S. & U. Walter (Hrsg.) (2002). Prävention im 20. Jahrhundert. Weinheim (Juventa), 273-299.

1. Einführung in die Thematik

Historische Wurzeln der Krankheitsprävention

Christoph Klotter

Einleitung

Krankheitsprävention ist kein Kind unserer Tage. Sie gehört zu jeder menschlichen Gemeinschaft und regelt zum Beispiel den Umgang mit Seuchen. Das Venedig der Neuzeit schützte sich etwa vor diesen durch die so genannte Quarantäne. Jeder und jede, der oder die die Stadt betreten wollten, mussten 40 Tage vor den Toren der Stadt auf einer Insel verbringen, um sicher zu stellen, dass er in diesem Zeitraum keine Krankheit bekam (Rosemeier 1997). Zur Krankheitsprävention gehören dann auch Hygiene-Regeln etwa zur Reinhaltung des Wassers.

Krankheitsprävention ist für menschliche Gemeinschaften etwas Nützliches: Sie erhöht die Lebensqualität, schützt vor Krankheit, schiebt den Tod hinaus und stärkt insgesamt eine bestimmte menschliche Gemeinschaft. Genau deshalb ist sie moralisch gut bewertet, wie fehlende oder mangelnde Prävention als negativ bewertet wird. Somit ist Krankheitsprävention eingespannt in die Dichotomie von Gut und Böse. Deshalb sollen die Ursprünge dieser Dichotomie aufgezeigt und die Konsequenzen für Krankheitsprävention veranschaulicht werden.

Die grundlegenden mentalen Strukturen Europas gehen auf die griechischen Philosophen Pythagoras und Platon zurück. Von diesen Strukturen ist Krankheitsprävention wesentlich berührt. Daher werden in dem vorliegenden Beitrag die Ansätze dieser Philosophen vorgestellt.

Erstaunlich ist, wie mit den Denkmodellen von Zarathustra und Pythagoras / Platon die Jetztzeit erklärt werden kann, und zwar in einem erheblichen Umfang. Wo wir mit unserem Alltagsverstand ständige historische Brüche und Diskontinuitäten wahrnehmen, herrscht über Jahrtausende ein nahezu unheimliches Maß an Kontinuität, die bei nüchternem Nachdenken das Wesen von Zivilisationen ausmacht, die sich über Jahrtausende aufrechterhalten (Hutton 1986).

1. Das Böse ist das Ungesunde – religiös gedacht

Colpe (1993) siedelt eine ursprüngliche Dichotomie von Gut und Böse, die die abendländische Geschichte zentral beeinflussen sollte, in Afghanistan in Mazare-Scharif (bis vor kurzem der Stützpunkt der Bundeswehr) mit der dort lebenden Figur Zarathustra (1000 bis 800 vor Christi) an. Dieser betrieb Weidewirtschaft und war in seiner Existenz bedroht von *bösen* umherschweifende Nomaden, die sich mit

Drogen berauschten und sich dann an orgiastischen Viehschlachtungen zusätzlich berauschten. Zarathustra hatte eine elementare Abscheu vor Gewalt, er trat ein für Natur- und Tierschutz, er verteidigte das geordnete sesshafte Leben, das sein soziales und ökonomisches Überleben sicherte. Wir können hinzufügen: Vermutlich kümmerte er sich um die Gesundheit seiner Tiere, um seine eigene Gesundheit und die seiner menschlichen Gemeinschaft. Krankheit auf allen Ebenen gefährdet seine Existenz. Die von ihm bekämpften Nomaden nehmen Drogen, morden aus Lust Tiere, missachten soziale Ordnungen, gefährden andere Existenzen und schaden ihnen.

Obwohl dies eine Beschreibung ist, die auf eine Gruppe Menschen zutreffen mag, die vor 3000 Jahren gelebt haben, klingt dies, bezogen auf das Thema Gesundheit, doch recht aktuell. Keine Macht den Drogen, heißt es heute. Morden und noch viel mehr Mordlust ist moralisch streng verpönt. Ein durch Drogen bedingter schlechter Gesundheitszustand führt zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen, das die Solidargemeinschaft auszubaden hat. Diese Drogenabhängigen schaden aber auch der Gemeinschaft, indem sie nicht arbeiten, indem sie kriminell sind, etc.

Wir sehen also bei Zarathustra eine fundamentale Dichotomie zwischen Gut und Böse und indirekt damit auch zwischen gesund und ungesund. Gesundheit hat sich nicht erst heute moralisiert. Und es zeichnet sich schon damals ab, dass das Böse und Ungesunde irgendwie attraktiv sind: Drogen nehmen, Lust beim Morden, Umherschweifen, soziale Regeln missachten. Da kann der sesshafte Bauer Zarathustra nicht mithalten. Seine Existenz ist tendenziell langweilig oder eintönig.

So könnte es sein, dass sich das Gute und das Böse gegenseitig produzieren. Zarathustra baut die Nomaden als seine Feinde auf, seine brave Lebensweise lässt die Nomaden attraktiv erscheinen; die Nomaden wiederum brauchen das gute Leben als Grundlage ihrer Existenz. Nur wenn andere Tiere züchten, können sie sie ermorden und gegebenenfalls verspeisen. Die Abgrenzung der Sesshaften von den Nomaden und umgekehrt gibt beiden Gruppen ihre spezifische Identität.

Um der Argumentation Colpes (1993) weiter zu folgen: Aus Oppositionen, die Zarathustra umrissen hat, von rein – unrein, wahr – lügnerisch, gläubig – ungläubig, aus Personifikationen des guten und des bösen Menschen (sesshaft versus nomadisch) werden dann später in der persischen Religionsgeschichte zwei Reiche, das Reich des Guten und das Reich des Bösen, geschaffen jeweils von einem guten und einem bösen Geist, die unablässig miteinander ringen (ebd. S. 25ff.). Diesen zwei Reichen werden weitere Oppositionen hinzugefügt: hell – dunkel, geistige – stoffliche Weltsubstanz.

Wir können ergänzen: das Adjektiv „rein“ lässt sich verbinden mit „gesund“. So glauben wir, dass reine unverarbeitete Lebensmittel gesünder sind als etwa Convenience-Produkte mit den zahllosen unbekannten Zusatzstoffen. Natürlich lügt die

Lebensmittelindustrie, wenn sie ihre ungesunden Produkte anpreist – so denken wir derzeit über die Lebensmittelindustrie, ignorierend, dass wir im Vergleich zur bisherigen Menschheitsgeschichte im Schlaraffenland leben. Und das Gegensatzpaar gläubig–ungläubig lässt sich auf die Jetztzeit übertragen mit: an die Regeln der DGE glauben und sich daran halten, oder die Regeln missachten und die eigene Gesundheit ruinieren. Selbstredend ist der gute Mensch derjenige, der sich regelmäßig die Zähne putzt und fünfmal am Tag Obst und Gemüse isst. Nur der Mensch, der seine Gesundheit schützt, ist gut. Nur die Gesellschaft, die auf Krankheitsprävention achtet, ist gut. Schließlich definiert sich eine gesunde Bevölkerung darüber, dass sie auf ihre Tiere aufpasst und sich gegen die Angriffe der Nomaden wehrt, beziehungsweise heute hinreichend arbeitsfähig ist und leistungsfähige Soldaten erschafft.

Wir können weiter hinzufügen: „Hell“ wird in der Epoche der Moderne übersetzt etwa mittels der Lichtgestalten der gesunden Lebensreformbewegung des 19. Jahrhunderts. „Dunkel“ hingegen steht für Krankheit und Verderben. Schlankheit repräsentiert heute den *geistigen* Körper, der unbeschwert und leicht gen Himmel steigen kann.

Eine kurze Zwischenbilanz belehrt uns darüber, dass sich grundlegende Oppositionen über drei Jahrtausende nicht verändern. Krankheitsprävention lässt sich hervorragend einfügen in die genannten Dichotomien.

In einer, wie eben kurz skizziert, symmetrischen Welt, aufgeteilt in ein gutes und böses Reich, ist der Mensch den Mächten der Finsternis stets ausgesetzt, er kann prinzipiell vom Reich des Bösen vereinnahmt werden. Dagegen: In der ursprünglichen Version von Zarathustra kann er eher wählen: Will ich ein sesshafter anständiger Mensch sein oder will ich ein böser orgiastischer Nomade sein? Das Gute ist so wählbar, aber das Böse ist attraktiv. In der symmetrisch aufgeteilten Welt ist das Böse eher eine Plage, ein böser Geist.

Die beiden unterschiedlichen Konzeptionen haben Auswirkungen auf das jeweilige Menschenbild: Hier derjenige, der wählen kann und damit die Verantwortung für seine Wahl hat, dort derjenige, der vom Bösen ereilt wird, vielleicht weil er nicht vorsichtig genug war oder sich überraschen ließ, wie ein Mensch, der im Sommer das Haus verlässt und von einem Regenschauer ereilt wird, ohne einen Regenschirm dabei zu haben. Im zweiten Fall ist die Schuldfrage anders zu beantworten; das Subjekt ist weniger verantwortlich. Schließlich ist das Reich des Bösen nicht weniger mächtig als das des Guten.

Die beiden unterschiedlichen Konzeptionen gehen trotz 3000jähriger Geschichte in zentrale Figuren der Krankheitsprävention ein. Mit dem unendlich wiederholten Term des „selbstverantwortlichen Umgangs mit der eigenen Gesundheit“ wird auf Zarathustra rekurriert. Der Bevölkerung wird damit gesagt: „Ihr könnt aus freiem

Willen Euch für ein gesundheitsbewusstes Leben entscheiden. Und wehe, Ihr tut es nicht und wählt das Böse“.

Die Zwei-Reiche-Konzeption fließt dann dagegen eher in epidemiologische Studien ein, die etwa darauf hinweisen, dass aus sozialer Ungleichheit gesundheitliche Ungleichheit erwächst. Dann ist die soziale Lebenslage eher eine Plage, etwas, was den betreffenden Menschen widerfährt.

Die symmetrische Aufteilung der Welt in gut und böse wirbt in gewisser Weise für Verständnis für den Gestrauchelten, den Gefallenen. Es ist dann menschlich, allzu menschlich, vom Bösen infiltriert zu werden. Es wird dann gerechnet, dass sich Hartz IV-Bezieher fünfmal am Tag Obst und Gemüse nicht leisten können und auf energiedichte Lebensmittel zurückgreifen müssen.

Die Nachfolgerinnen und Nachfolger Zarathustras machen bei dieser Personengruppe hingegen fehlendes Ernährungswissen aus und ärgern sich darüber, dass sich diese in der ersten Monatshälfte Pizzen nach Haus liefern lässt, um dann aus finanziellen Gründen in der zweiten Hälfte nur noch Süßigkeiten knabbern zu können. Es ist unschwer nachzuvollziehen, dass die Mehrheit der Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten in der Tradition von Zarathustra steht.

Wir machen in der Geschichte der Religionen einen Sprung in die Zeit nach Geburt Christi, die mit einem theologischen Problem zu kämpfen hat. Die Erlösungsreligionen Judentum und Christentum können in einem ersten Schritt nicht erklären, woher das Böse kommt. Der erlösende Gott kann mit dem Bösen nicht verknüpft werden. Streng genommen, darf er die Welt, die voll des Bösen ist, nicht geschaffen haben. Wohin dann mit dem Bösen? Die zahlreichen gnostischen Sekten haben darauf eine Antwort gefunden: Ein böser Gott muss die Welt erschaffen haben, der Demiurg (Colpe 1993, S. 39ff.). Die ganze Materie einschließlich des Leibes ist dann böse, die ganze Welt ist falsch und verworfen. Alleine ein göttlicher Funke (scintilla) in mir kann mir helfen, die Botschaft des fernen guten Gottes (deus absconditus) zu erhören und zu ihm aufsteigen zu können. Versöhne ich mich dagegen mit der Materie, bin ich satt und zufrieden, werde ich schläfrig, dann kann ich die Botschaft des fernen Gottes nicht mehr vernehmen (Klotter & Beckenbach 2012).

Die gnostischen Sekten sind keine historischen Relikte, sondern gnostisches Denken bestimmte zum Beispiel die Philosophie des 20. Jahrhunderts zentral (ebd.). Und was hat dieses uralte theologische Problem mit Krankheitsprävention zu tun? Es determiniert mit die Verachtung des Leibes; er darf nicht genährt werden, vielmehr vor allem der Geist / die Seele. So ist nur der schlanke Körper ein idealer Körper, der wohlbeleibte Körper hingegen ein Indiz für Weltverfallenheit. Auch der untrainierte Körper weist in diese Richtung.

Es gibt noch andere Gründe, warum die Krankheitsprävention das Böse oder den Teufel überhaupt nicht mag. Der Diabolus, der Teufel, leitet sich von diaballein ab: durcheinander würfeln, ein Durcheinander machen (Schmidt-Biggemann1993, S. 7). Er ist derjenige, der alle Gewissheiten, alle Vorausplanungen zunichte macht. Keinen festen Boden gibt es mehr, auf dem alles solide steht. Um die Zukunft und deren Antizipation ist es schlecht bestellt.

Genau um die sichere Zukunft geht es der Krankheitsprävention. Mit entsprechendem Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln soll ein gesundes langes Leben hergestellt werden und systematisch Krankheit vermieden werden. Das Schicksal oder die Schicksalsschläge, in der Geschichte der Religionen häufig als das schlechthin Böse konzipiert (ebd.), soll bezüglich der Gesundheit durch Krankheitsprävention in die Schranken gewiesen oder bezwungen werden. Krankheitsprävention ist der Plan gegen die relative Unplanbarkeit des Lebens.

2. Die Folgen des pythagoreischen und platonischen Denkens auf die Krankheitsprävention

Pythagoras hat im 6. Jahrhundert vor Christi gelebt, er war ein „Vertreter einer aristokratisch-elitären und entsprechend autoritären Verfassung und Politik." (Schupp 2003, S. 62). Es wird von einem Aristoteles-Schüler berichtet, dass er Kontakt zu Magieren, zu Zoroaster-Priestern hatte. Er lebte in einer Bruderschaft ohne Privatbesitz. Im Gegensatz zu den jonischen Naturphilosophen setzte er nicht auf kritischen Dialog, sondern auf das autoritäre Verkünden seiner Botschaft. Und was war seine Lehre? „Irgendeine Art der Seelenwanderung hat er wohl vertreten, und es scheint auch, dass er das bleibende Element dieser Wanderung tatsächlich mit dem Wort Seele (psyché) bezeichnet hat." (S. 64). Damit beginnt im Abendland der Siegeszug der Idee der Seele – auch bei Konzepten, die keine Seelenwanderung vertreten. Platon übernimmt den pythagoreischen Seelenbegriff, der dann übergeht in die christliche Religion.

„Die Seele ist ihrem Wesen nach dem Leib (der Materie) gegenüber fremd, sie entstammt dem Bereich des Göttlichen. Diogenes Laertius berichtet, Pythagoras habe gelehrt, „die Seele sei unsterblich, da auch das wovon sie losgerissen ist, unsterblich ist'. Die Seele wird durch den Kontakt mit der Materie in ihrem wahren Wesen getrübt ... das Ziel muss daher sein, die Seele von der Materie wieder zu befreien ... Diese Erlösung der Seele geschieht durch „Reinigung“ (katharsis)... Nach Pythagoras gehörte zur Reinigung vor allem eine bestimmte asketische Lebensform, aber auch die Einhaltung von Regeln, die man heute als Tabu-Vorschriften bezeichnen würde." (Schupp 2003, S. 65).

Wir verbinden heute mit Krankheitsprävention eine maßvolle Lebensweise, bezüglich Ernährung nicht zu fette, zu süße Lebensmittel, überhaupt nicht zu viel essen, wenig Alkohol, wenig Fleisch, etc. Auch das faule Leben steht im Verdacht, krank zu machen. Deshalb soll sich jede und jeder mindestens 30 Minuten am Tag bewegen, die Treppen nutzen und nicht den Fahrstuhl, etc. Auch heute noch steht Reinigung hoch im Kurs, sei es durch Fasten, durch Meditation, etc.

Dazu gehörten für Pythagoras, etwa auf den Konsum von Bohnen zu verzichten, das Brot nicht zu brechen, etc. (ebd.). Bemerkenswert an den Regeln war, dass sie nicht zu begründen waren, also auf Rationalität vollkommen verzichteten.

„Die Vorstellung einer individuellen, dem Körper gegenüber selbständigen, von diesem „metaphysisch“ grundlegend verschiedenen, und somit immateriellen Seele, die das eigentliche „Wesen“ des Menschen ausmacht, hat also – innerhalb der europäischen Geschichte – hier ihren Ursprung, wobei dieser Ursprung möglicherweise aus Europa in den Dualismus des Orients hinausweist." (S. 65).

Wir sind auch heute noch in diesem Dualismus gefangen. Wir können Leib und Seele gar nicht anders denken als getrennte Entitäten, die gleichsam notgedrungen und zufällig miteinander verknüpft sind. Selbstredend ist uns immer noch die Seele wichtiger als der Körper. Der Körper erscheint uns als bloßer Schein, als Oberfläche, wo es doch um die inneren Werte, um das Wesen gehen soll.

Das Streben nach Schlankheit, das rigide Festhalten an einem starren und asketischen Kostregime gewinnt mit der Lehre des Pythagoras seine historische und theoretische Fundierung. Schlank meint dann nicht mehr nur einfach schön und attraktiv, schlank steht dann für den Versuch, die Seele in einem üppigen Leib nicht noch stärker einzukerkern. Vom schlanken Körper scheint sich die Seele besser lösen zu lassen. Nicht der Körper soll genährt werden, sondern die Seele. Das strenge Kostregime dient im Lichte der pythagoreischen Lehre weniger dem gesunden und langen Leben, vielmehr ist es ein Erlösungswissen, um der materiellen Welt zu entkommen, aus ihr heraus zu schweben. Der füllige Leib kann bei diesem Manöver nur stören.

Welche Faktoren auch immer heute das Schlankheitsideal determinieren (Klotter 2012), es scheint so zu sein, dass die Idee, nur der schlanke Leib könne sich von der Materie lösen, all die anderen Faktorengruppen durchdringt. Der affektkontrollierte Mensch im Sinne Elias oder der disziplinierte Körper nach Foucault wären dann Varianten und moderne Interpretationen der vom Leib zu befreienden Seele (ebd.). Die abendländische Konzeption des Leib-Seele-Dualismus mit all seinen Varianten würde dann eine tragende Säule dieser Zivilisation sein.

Das Wissen, auf das zu erwerben Pythagoras aus ist, ist keines, um die Natur besser verstehen zu können, sie besser beherrschen zu können, ist keines, um die menschliche Existenz besser verstehen zu können, es dient vielmehr der Erlösung, der Lösung der Seele vom Körper. Das Wissen dient religiösen Zwecken.

Der Körper wird in dieser Auffassung nicht nur als etwas Niedriges begriffen, er ist eine richtige Behinderung für die Seele. Nichts ist an ihm gut zu heißen. Diese gedankliche Konstruktion weist ohne Zweifel Vorteile auf. Angesichts von Krankheit und Tod, von Hungernöten und Naturkatastrophen ist es eine übermäßig tröstliche Idee, dass die Seele diesem unkalkulierbaren Schlamassel entkommt. Sie ist von der Kontingenz nicht berührt. Den Widrigkeiten und der Willkür des irdischen Lebens kann so die Stirn geboten werden. Der Preis für diesen Trost ist jedoch die Verachtung des Körpers und der sinnlichen Genüsse. Misslich wird diese gedankliche Konstruktion, sollte sie nicht zutreffend sein. Mit ihr wird dann leiblicher Verzicht gelehrt, ohne dass die entsprechende Belohnung harrt.

Dieser Dualismus ist womöglich aus narzisstischer Triebenergie gespeist. Der Mensch, genauer: die menschliche Seele, wird damit letztlich unangreifbar. Sie ist unsterblich, ein Abbild von Gott, von dem sie her stammt. Die Floskel: „Da stehe ich drüber" ist eventuell dieser Überzeugung geschuldet. Überhaupt: Die Idee von Gott, der Glaube an ihn adelt den Menschen.

Krankheitsprävention eignet sich sehr gut dazu, körperliche Sünden zu vermeiden. Sie ist in der Regel ein Askese-Modell, die dem Körper nicht allzu viel Genuss schenken will. Insofern reiht sie sich ein in die eben beschriebene Tradition, der Seele den absoluten Vorrang vor dem Körper zu geben.

Auch die Ungewissheit, die mit der Frage der Unsterblichkeit der Seele verbunden ist, könnte dazu beitragen, Krankheitsprävention zu betreiben. Auch sie bildet ein Mittel, der Willkür des irdischen Daseins die Stirn zu bieten, sich also gegen das Schicksal zu wappnen. Auch wenn die Seele nicht unsterblich ist, darauf nicht zu hoffen oder zu setzen ist, kann zumindest das eigene Leben mit Krankheitsprävention relativ gut gesteuert werden. Sie bildet dann ein Sicherheitsnetz, einen zweiten Boden für den Fall, dass das religiöse Modell nicht funktionieren sollte.

Sollte es aber funktionieren, macht Krankheitsprävention noch einen anderen Sinn: Der gesund ernährte trainierte Körper, dessen Gesundheitsstatus regelmäßig durch den Hausarzt evaluiert wird, ist ein Ausweis für ein gottgefälliges Leben (Labisch 1992). Er symbolisiert, dass seinem Besitzer die göttliche Gnade zuteil werden könnte (Weber 1993).

Krankheitsprävention ist gleichsam eine Panazee, ein Allheilmittel, die hilft, wenn es eine unsterbliche Seele und Gott gibt, das aber auch gut ist, sollte es dies nicht geben. Umso unverständlicher ist es, dass nicht alle Menschen begeistert sich der

Krankheitsprävention verschreiben. Mit dem Platonischen Modell (siehe unten) wird verständlicher, warum die Bevölkerung der Krankheitsprävention auch abhold ist.

Zurück zu den Philosophen: Üblicherweise wird angenommen, dass die Positionen von Platon und Sokrates identisch sind. Schließlich hat Platon die sokratischen Dialoge niedergeschrieben. Der Ineinssetzung von Sokrates und Platon widerspricht jedoch Schupp (2003). Nur die ersten Dialoge, die Platon aufgeschrieben hat, seien sokratisch inspiriert.

Doch zunächst: Wie beschreibt Schupp Sokrates? Von den Bürgern Athens für einen Sophisten gehalten, unterscheidet sich Sokrates aus seiner Perspektive von ihnen, indem es ihm nicht nur um die Effekte von Rhetorik geht, etwa um die geschickte Argumentation in einer Gerichtsverhandlung. Sokrates geht es auch um die Wahrheit, die er in einem kritischen Dialog ergründen will. Für ihn ist es ein großes Glück, über Tugend, Gerechtigkeit und Wahrheit sprechen zu können. Ohne dies würde sich sein Leben eigentlich nicht richtig lohnen. An erster Stelle der Dreiheit von Tugend, Gerechtigkeit und Wahrheit steht für Sokrates die Tugend, die im Leben umzusetzen glücklich macht.

In Abgrenzung zu Pythagoras geht Sokrates nicht von einer unsterblichen vom Körper abgetrennten Seele aus. Für ihn sei diese „das bewusste, vernünftige, verantwortliche Ich des Menschen." (ebd. S. 178) Die menschliche Vernunft ist mit den Tugenden verbunden. Die vernünftige Argumentation führt so zu einem Mehr an Tugend. Eine andere Verknüpfung ist die zwischen Vernunft und Handeln: Wenn jemand weiß, was vernünftiges Handeln ist, dann tut er dies auch. Der kritische Dialog in einer Öffentlichkeit wie der Polis ist ein Kontrollorgan, um der Vernunft zum Sieg zu verhelfen. Der Einzelne muss nicht das denken, was Staat und Religion von ihm verlangt. Er darf und soll ein autonomer Denker sein.

Platon bezieht sich auf Pythagoras. Er übernimmt seinen Leib-Seele-Dualismus, verbunden mit der Wertung, dass das eine besser sei als das andere. „Es geht Platon jetzt nicht mehr – wie Sokrates – um das richtige Handeln des ganzen Menschen und um die seinem Handeln zugrundeliegende Erkenntnis, vielmehr geht es ihm um das richtige Tun und Erkenntnis der Seele." (ebd. S. 209). Und: „Es geht darum, die Seele rein zu halten, 'bis der Gott uns völlig erlösen wird'..." (ebd. S. 213).

Platon klingt in diesem Zusammenhang nicht anders als Zarathustra. Daher folgt daraus eine Krankheitsprävention, die den Körper zügeln und die Seele nähren soll. Das Unreine an der Seele ist der Körper. Er muss daher minimiert werden. Die Seele ist nicht nur besser als der Körper, das Materielle lehnt sich an das Immaterielle an. So ist ein als schön wahrgenommener Körper nur ein Abbild der Idee des Schönen, das irdische und konkrete Schöne reicht in der Perfektion nie an die Idee des Schönen heran. Das Irdische ist immer im Hintertreffen. Vergeblich versucht der konkrete Körper, sich seiner Idee ganz zu nähern (ebd. S. 217).

Krankheitsprävention, die auf einen kontrollierten Körper zielt, ist immer insuffizient, wird immer scheitern, da sie den perfekten, nur gesunden Körper nie erreichen kann. Sowohl die Menschen, die sich der Krankheitsprävention verschrieben haben, werden enttäuscht sein, wenn Krankheiten auftreten und sich die Unsterblichkeit nicht erreichen lässt, als auch die Gesundheitsexperten, die sich zum Beispiel darüber beklagen, dass die Deutschen noch immer zu viel essen, vor allem zu viel Fett und Zucker. Bei den Enttäuschungsbekundungen wird ignoriert, dass die Lebenserwartung in Deutschland noch immer permanent steigt. Es wird also auch hier streng platonisch gedacht.

So verstehen wir nun mit der platonischen Idee von Schönheit, dass auch noch das zu seiner Zeit berühmteste Model von sich behauptet, von körperlichen Makeln gezeichnet zu sein. Der Schlankheitswahn, die Idee der perfekten Gesundheit ist nie erreichbar; resignierend und depressiv muss der Mensch erkennen, dass er angesichts der Idee scheitert. Er kann nur versuchen, es – auf eine schlechte Weise – abzubilden. Das jedoch wird ihm im Sinne Platons abverlangt. Sich nicht der Idee annähern zu wollen, ist schändlich. Der Mensch muss zur Sphäre des Immateriellen streben, nach den Ideen, nach der unsterblichen Seele, nach Gott. Zwischen Platon und Twiggy oder Kate Moss liegen 2500 Jahre, doch könnte Twiggy die Schwester von Platon sein.

Platon kann nicht nur das Leiden einer Kate Moss erklären und damit fast aller Frauen und vieler Männer unserer Zeit, er liefert auch das rechte Modell zur Gesundheits- und Ernährungsbildung, von der wir bereits jetzt annehmen können, dass sie dazu dienen soll, die Sphäre des Immateriellen zu vergrößern und die Menschen hart ran zu nehmen, die auch nur daran denken sollten, dem Materiellen zu erliegen. Sokrates sprach mit den Bürgern, Platon hingegen will nur die Elite erziehen, da alleine diese versteht, was eine Idee ist, etwa die Idee von Gerechtigkeit und Glück. Der Elite wird die Aufgabe zugewiesen, das Volk zu erziehen: „Dies bedeutet, dass in Platons Staat die Menschen zu ihrem Glück nicht nur gezwungen werden dürfen, sondern sogar gezwungen werden müssen." (ebd. S. 224).

Zielt Sokrates auf eine demokratische Organisation der Polis, so greift Platon auf eine dreigliedrige Hierarchie zurück: das Volk, das Heer, die Regierenden. Diese Dreiteilung wird von ihm analog zur dreigeteilten Seele gesehen: den Trieben, dem Mut, dem Wollen und Erkennen. Diesen Seelenteilen werden wiederum Haupttugenden zugewiesen: „Mäßigung, Tapferkeit und Weisheit" (ebd. S. 225). Platon definiert Mäßigung auf folgende Weise: „Die Mäßigung aber besteht für die große Masse doch wohl hauptsächlich darin, dass man einerseits den Vorgesetzten Gehorsam leistet, andererseits sich selbst zu beherrschen weiß hinsichtlich der Freuden des Trankes, der Liebe und des Mahles." (Platon, zitiert nach Schupp 2003, S. 225). Schupp macht darauf aufmerksam, dass der griechische Begriff für Mäßigung, die sophrosyne, mit dem Begriff des Gehorsams eigentlich nichts zu tun hat, dies also

eine Hinzufügung von Platon sein muss, um darin seine autoritäre Gesinnung unterzubringen. Die Masse soll also gehorsam sein und sich mäßigen.

Auf die heutige Zeit übersetzt, bedeutet dies, dass die bundesdeutsche Bevölkerung nach den Regeln der DGE leben soll, sie auch nicht gefragt wird, ob sie das will, und die Gesundheits- und Ernährungsexperten, wie bereits erwähnt, mehr als verbittert sind, wenn die Bevölkerung ihrer Meinung nach sich noch immer ungesund ernährt und sich einfach nicht an ihre Empfehlungen hält. Das erscheint als bodenlose Frechheit, sich dem Wissen der Weisen nicht zu unterwerfen. Da erscheint es dann mehr als berechtigt, höhere Steuern für zucker-, fett- und alkoholhaltige Lebensmittel in Erwägung zu ziehen. Es können aber auch noch härtere Register gezogen werden, so die Abschaffung der Behandlung vermeintlich ernährungsbedingter Krankheiten (Klotter 2011). Krankheitsprävention ist dann nichts anderes als die Verwissenschaftlichung der platonischen Ideen, aber seine Grundgedanken bleiben voll erhalten.

Schlankheit und eine Ernährung gemäß den Regeln der DGE erscheint hingegen als Annäherung an die Tugend der Mäßigung. Das der Bevölkerung idealtypisch auferlegte orthorektische Essverhalten im Sinne der DGE ist durch und durch platonisch fundiert. Es wird auch klar, welche Aufgabe die Legion der Gesundheitsexperten hat. Sie gehören zu dem Heer, zu den Wächtern. „Bei Platon erhalten die Wächter jedoch eine neue und für Platon entscheidende Aufgabe: die Überwachung der Bevölkerung." (ebd. S. 226).

Die Wächter sollten keine familialen Bindungen haben; diese könnten ihrer Aufgabe nur hinderlich sein. Sie sollen ganz und gar dem Staate dienen. Sie werden herausgebildet nach eugenischen Prinzipien analog zur Pferdezucht. Selbstredend werden die Wächter über all das nicht informiert. Nur die Herrscher wissen davon. „Die Wächter müssen in einfachen und sparsamen Verhältnissen leben, nur so sind sie in der Lage, auch anderen Beschränkungen aufzuerlegen." (ebd. S. 227). Heute denken wir in diesem Zusammenhang an die Armee, an eine Polizeistation, aber auch eventuell an ein Krankenhaus oder an ein universitäres Institut der Gesundheitswissenschaften. All das kann ein Wächter oder eine Wächtergruppe sein, die eigentlich nicht wissen, was sie tun: die Bevölkerung an die Kandare zu legen, bezüglich Gesundheit die Bevölkerung dazu anzuhalten, sich maximal *selbstverantwortlich* gesundheitsbewusst zu verhalten und zu verhindern, dass die Bevölkerung verweichlicht, sich nicht mehr bewegt, nur noch isst und trinkt.

Die Verweichlichung schien für Platon die Ursache dafür zu sein, dass Athen zu Platons Lebzeiten seine militärische Vorherrschaft eingebüßt hatte. So kämpfte Platon gegen Luxus, auch gegen importierte Luxusgüter, die ihm ein Dorn im Auge waren. Daher plädieren heutige Gesundheitsexperten für möglichst unverarbeitete regionale Lebensmittelprodukte. Und geht Convenience nicht schon in Richtung von zu viel Erleichterung und Luxus, in Richtung von Verweichlichung?