

Prävention in Freiheit

Versuch eines sinnvollen Einsatzes vorbeugender Maßnahmen

Zusammenfassung

In der Prävention stehen sich momentan zwei unterschiedliche Auffassungen gegenüber: die theoretischen Überlegungen fokussieren auf die eigenständige Verantwortung des Individuums, die es zu unterstützen gilt, die praktischen Ansätze arbeiten demgegenüber mit überindividuellen Ansätzen und der Macht-orientierten Aufklärung mithilfe der Angst. In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung des praktischen Ansatzes zunächst historisch nachgezeichnet. Dann werden konkrete Aspekte gesucht, die eine Umsetzung des theoretischen Ansatzes ermöglichen. Dazu zählen: 1. Objektivierung der Präventionsbereiche (Krankheitsverständnis), 2. Subjektivierung der Empfehlungen (individuelle Beratung), 3. Freiheit des Individuums (verantwortungsvolle Autonomie).

„Wenn wir jedem Individuum das richtige Maß an Nahrung und Bewegung zukommen lassen könnten, hätten wir den sichersten Weg zur Gesundheit gefunden“. (Hippokrates) Aus der Erfahrung, dass Krankheit ein Ungleichgewicht von auf und in uns wirkenden Kräften ist, entstand

das Urbild der Medizin, das über lange Zeiten der irdischen Menschentwicklung richtungsweisend für das Handeln heilender Menschen war (Scharfetter C, 1992; Findeisen H und Gehrts H, 1983). Grundlage ist eine energetische und vitalistische Vorstellung aller Systeme auf der Erde, in die der Mensch mit unterschiedlichen Ebenen einbezogen ist (Eliade M, 1975). Neben der körperlichen sind hier die seelische und die geistige Ebene zu nennen, die in ständiger Wechselbeziehung zu ihrer Umgebung verstanden werden müssen. Das Urbild der Medizin bildete aus diesem Verständnis heraus zwei prinzipielle Aufgabenbereiche ab: die Wiederherstellung des Gleichgewichts (Therapie) und Maßnahmen zum Erhalt des Gleichgewichts (Prävention). Insofern ist die Prävention keine neue Entwicklung sondern eine der beiden Standfüße medizinischen Handelns.

Noch in der Antike war der hippokratische Arzt beiden Bereichen verpflichtet. Grundlage bot die von Aristoteles aufgeschriebene Lehre von der Mitte zwischen zwei Extremen. Richtig verstanden ist diese Mitte kein fixer Punkt wie bei einer zweischaligen Waage, sondern ein breiter Bereich, dessen Abstand zu den polar liegenden Extremen nicht numerisch fixiert (im Sinne von Mittelmaß) werden kann. Die individuelle Mitte hängt von den Rahmenbedingungen ab und kann fast bis zu einem

Extrempol hingeschoben sein. Die Kunst des Arztes bestand darin, das jeweilig individuelle Gleichgewicht eines Menschen zu spüren und ihm Hilfestellungen zu geben, wie er entweder das Gleichgewicht halten oder es wieder herstellen kann. Grundlage war die Vier-Säfte-Lehre, die das allgemeine Gefühl für Energieverschiebungen aus dem Schamanismus in ein naturphilosophisches Konzept überführte (Schöner E, 1964). Der Ratsuchende wusste, dass eine Heilung (ein Ausgleich verschobener Kräfteinflüsse) nur mit seinem Zutun möglich war. Dieses beschränkte sich jedoch nicht auf die Einnahme von Kräutern oder auf körperliche Übungen, sondern beinhaltete eine seelisch-geistige Auseinandersetzung. Gleiches war nötig, um den Gleichgewichtszustand zu erhalten. Die Prävention wurde in diesem Sinn vom Individuum selbst bestimmt, der Arzt fungierte als Ratgeber, der sich durch seinen geleisteten Eid geradezu verpflichtete, keine Macht über den Hilfesuchenden zu erlangen (Schubert C, 2005). Seine Empfehlungen bezogen sich auf die angemessene Bewegung und Ernährung. Der Wunsch nach Macht und Einfluss war es jedoch, der diese idealistische Einstellung zerstörte und damit die Grundvoraussetzung für eine frei entschiedene Prophylaxe. Dabei scheint dieser Machtpuls nicht genuin von der Medizin selbst vorangetrieben, sondern aus den Berei-

chen des öffentlichen Lebens, vornehmlich von der Politik und der kirchlichen Theologie, auf die Medizin übertragen worden zu sein.

Der Einfluss auf die individuelle Selbstbestimmung ist bereits in den frühesten Schriften aus Mesopotamien und Ägypten dokumentiert. So finden sich im Codex Hammurabi strenge Ausschankbestimmungen für Bier (Viel H, 2006) und in einem ägyptischen Papyrus steht: „Ich, dein Vorgesetzter, verbiete dir, in die Taverne zu gehen; denn dort wirst du zum Tier erniedrigt“. (Müller R, 2007) Es werden hier klare Verhaltensregeln genannt, die in den Bereich der Prävention fallen; allerdings findet sich kein Zusammenhang mit medizinischem Agieren.

Die kirchlich-christlichen Machimpulse sind es, die die Medizin instrumentalisieren und für eigene Zwecke entfremden. So wird im frühen Mittelalter erstmalig eine kirchlich geführte intellektuelle Schulmedizin entwickelt (Baader G, 1978; Jankrift KP, 2003) und das parallel dazu existierende lebendige medizinische Wissen mit der Inquisition geächtet. Die Schulmedizin bedient sich zwar noch ihrer überlieferten Wurzeln, ordnet sie jedoch einer christlichen Heilslehre unter. So kann man in den mittelalterlichen Schriften auf der einen Seite alle wichtigen Aspekte zur sinnvollen Prävention finden, gleichzeitig werden sie jedoch moralisiert und global bewertet (Fink KA, 1981). Die Entscheidung der Anwendung soll nicht mehr dem Individuum überlassen werden, sondern obliegt der Kirche als alleinige Vertretung göttlich begründeten Wissens. Auch die weltlichen Machthaber greifen in die individuelle Prävention ein und erkennen die potentielle Möglichkeit, mit Hilfe der Prävention ihren Einfluss zu vergrößern. Da es nach der ursprünglichen Lehre von der Mitte jedoch keine absolut schlechten Stoffe und Handlungen gibt, müssen diese zunächst eingeführt und stigmatisiert werden. Beispiele hierfür sind der Hexenwahn im Mittelalter (kirchlich-christlich), Masturbation und Homosexualität (zunächst kirchlich, dann auch weltlich), Kaffee-, Tabak- und Alkoholkonsum im 16.

und 17. Jahrhundert in arabischen Ländern und Russland (weltlich und kirchlich-islamisch), genetische Minderwertigkeit als Folge des Sozialdarwinismus im 19. und 20. Jahrhundert, Alkohol- und Drogenkonsum im 20. Jahrhundert in den USA (weltlich). Ist ein Stoff oder eine Handlung als ‚moralisch schlecht‘ definiert, so können als Folge Ziele gesetzt werden, um das ungewünschte Verhalten zu steuern und zu unterdrücken. Wie die Beispiele nahe legen, sucht man sich dazu Verhaltens- oder Wesenselemente, die möglichst weit verbreitet oder nur unscharf definierbar sind, um auf eine größere Menge von Menschen Einfluss und Macht auszuüben.

Die Schulmedizin übernimmt in diesem Zusammenhang die Rolle der bestätigenden Autorität und ist stolz darauf, ‚wissenschaftliche‘ Erklärungen für die ‚Fehlhandlungen‘ zu liefern und diese dann mit zu ‚bekämpfen‘. Nachdem jedoch die Macht durch andere Institutionen ausgeübt wird, zieht sich die Schulmedizin auf ihre unangetasteten Themenbereiche zunächst zurück: Vorbeugung von Erkrankungen. Parallel zu der oben entwickelten Voraussetzung für Präventionsansätze muss in der Medizin zunächst ein krankmachendes Agens definiert werden; die allgemeine energetische Vorstellung kann diese Voraussetzung nicht erfüllen und wird deshalb aufgegeben, ja sogar geächtet. Das krankmachende Agens wird im 19. Jahrhundert in der Zelle (Zellulärpathologie) bzw. in den Mikroben sichtbar gemacht (Virchow R, 1858; Schlegel HG, 2004). Damit entsteht die Möglichkeit, gegen diese Strukturen gezielt therapeutisch und prophylaktisch vorzugehen. Indem eine (wissenschaftlich fundierte) Diagnose gestellt werden kann, schafft sich der Arzt Macht und Autorität über den Patienten. Er alleine weiß kraft seiner Ausbildung und Gesellschaftsstellung, wie man die in dieser Form instrumentalisierte Erkrankung behandeln und eventuell beseitigen kann. Diese Haltung überträgt sich auch auf die Prävention: es wird ‚Aufklärung‘ mit Angst betrieben, das menschliche Verhalten soll durch Gebote und Verbote kontrol-

liert, und da aufgrund der selbst definierten Erkrankungen keine allgemeine Akzeptanz erreicht werden kann, soll die Prävention gesetzlich geregelt werden.

Heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, steht die autoritäre medizinische Haltung in weiten Teilen der Schulmedizin an erster Stelle. Im Zeitalter der Mündigkeit des Patienten wird sie jedoch den Bedürfnissen der Menschen und ihren eigenen Forderungen damit nicht mehr gerecht. Besonders für die Prävention gilt, dass eine Rückbesinnung auf die originären Grundsätze erfolgen muss, wenn man sie sinnvoll einsetzen will. Die entscheidenden Kernelemente sind dabei:

1. Objektivierung der Präventionsbereiche (Krankheitsverständnis)

Um Prävention zu betreiben, benötigt man eine inhaltliche Beschreibung von dem, was vermieden oder erhalten werden soll. Dies ist in der Medizin der Kanon an Erkrankungen, wie er in jeweils seiner Zeit formuliert wird. Die gegenwärtigen Krankheiten gehen von einer quantifizierbaren Normgröße aus, die in die eine oder andere Richtung verändert ist. Dabei wird überwiegend auf die Grenzen geschaut und diese in der Beurteilung gesund – krank angewendet. Dass diese Grenzen nur ein subjektiv (im Sinne von willkürlich) gewähltes quantitatives Merkmal sind, ist zwar theoretisch bekannt, wird jedoch praktisch kaum berücksichtigt. Außerhalb der Norm liegende Parameter werden pathologisiert, krankhafte Bedingungen im Normbereich bagatellisiert oder übersehen. Besonders eklatante Beispiele sind in diesem Zusammenhang Cholesterin und Jod. Verlässt man jedoch den auf Quantität beruhenden Ansatz und versucht qualitative Elemente einzusetzen, dann fehlen sehr schnell Erkenntnisse und wissenschaftliche Daten. Dies zeigt einen hohen Bedarf an zu leistender wissenschaftlicher Arbeit, die bisher kaum angegangen und gefördert wird. Mit der Einführung qualitativer Elemente verschieben sich aber auch die ursächlichen Ideen für Krankheit.

So muss das Krebsgeschehen nicht mehr als isolierte Wucherung im sonst gesunden Organismus verstanden werden (wie heute noch allgemein üblich), Infektionserkrankungen entstehen nicht genuin im Befall von außen, genetische Muster sind nicht der Wesenskern von Erkrankungen. Die Inhalte der Prävention werden somit radikal hinterfragt und aus den dogmatischen Ansichten der herrschenden Lehrmeinung herausgelöst und somit objektiviert.

2. Subjektivierung der Empfehlungen (individuelle Beratung)

Eines der größten Probleme in der Prävention liegt in der individuellen Überzeugung und Risikoabschätzung, die essentiell für die Umsetzung der gewünschten Maßnahme ist. Die Mehrheit präventiver Maßnahmen wird für eine Population oder eine Gruppe in der Population ausgesprochen. Diese Verallgemeinerung bedeutet jedoch, dass absehbare Probleme in Kauf genommen werden, um einen Gesamtauftrag zu realisieren, den man sich gesetzlich absichern lässt, um sich so dem Zorn der Geschädigten zu entziehen. Mahnendes Beispiel ist die globalisierte Jodprophylaxe, die die Zahl an Erkrankungen verschoben aber nicht reduziert hat. In der Hoffnung, Entwicklungsstörungen und Kropfbildung zu verhindern, hat man ein neues Krankheitsbild der Jodempfindlichkeit geschaffen, das erstaunlich weit verbreitet ist. Gerade bei diesem Beispiel wäre es viel sinnvoller gewesen, die in den Händen der Ärzte gewesene Jodprophylaxe für spezielle Gruppen (zum Beispiel Schwangere) zu belassen, also eine individuelle (subjektive) Empfehlung zu geben. Statt mit Zahlen zu jonglieren wäre es notwendiger, sich inhaltlich mit dem Element Jod auseinanderzusetzen um seine Bedeutung für den menschlichen Körper zu verstehen. Auch die pauschale Gabe von Vitamin D oder Fluor an sich nicht wehren könnende Kinder fällt in diesen Bereich. Eine individuelle Betreuung erfordert natürlich ein genaueres Hinsehen und Beobachten, eine Fähigkeit, die sich die Ärzte oftmals nicht mehr ‚leisten‘.

3. Freiheit des Individuums (verantwortungsvolle Autonomie)

Die Stärkung der Autonomie des einzelnen ist wahrscheinlich die nachhaltigste und wirkungsvollste Aufgabe im Rahmen der Prävention. Die ärztliche Aufgabe dabei ist es, dem Einzelnen Mut zu machen, dass er die richtigen Entscheidungen trifft (und nicht Angst, dass er fahrlässig agiert wenn er nicht alle Vorschriften einhält). Je freier der einzelne sich bei der Entscheidung fühlt, ob und in welchem Umfang er präventive Maßnahmen durchführen will, desto überzeugter und besser wird er vorgeschlagene Empfehlungen auch umsetzen. Dabei ist nicht so sehr eine objektive Informationsvermittlung, sondern eine individuelle Diskussion mit Alternativen nötig. Grund-

lage für einen solchen Ansatz bietet auch eine nach Luhmann adaptierte Präventionstheorie, bei der sich herauskristallisiert: Strukturveränderungen können sowohl bei Menschen als auch bei sozialen Systemen nicht von außen aufgezwungen, sondern nur durch diese Systeme selbst realisiert werden (Hafen M, 2000).

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Christian Albrecht May
Anatomisches Institut der
Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus
TU Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel. 0351 4586105
Fax. 0351 4586303
E-Mail. Albrecht.May@mailbox.tu-dresden.de