

sätzen voraus, der im Grundsatz für jeden denkbaren Streitfall im Vorhinein den für die Entscheidung zuständigen Richter bezeichnet. Diese abstrakt-generellen Festlegungen sind primär durch den parlamentarischen (Bundes-)Gesetzgeber zu treffen. Insb. hat er die fundamentalen Zuständigkeitsregeln zu normieren, muss also durch seine Prozessordnungen bestimmen, welche Gerichte mit welchen Spruchkörpern (Einzelrichter, Kammern, Senate etc.) für welche Verfahren sachlich, örtlich und instanziell zuständig sind. Ergänzt werden diese Bestimmungen, nach Maßgabe der Gesetze, durch Geschäftsverteilungspläne der Gerichte (§ 21e GVG), in denen v. a. die konkreten Zuständigkeiten der jeweiligen Spruchkörper und ihrer Richter bzw. Vertretungsrichter festzulegen sind.

Der Exekutive untersagt das Prinzip des g.n R.s, dort für den Bürger verbindliche Entscheidungen zu treffen, wo die Zuständigkeit eines Richters gesetzlich begründet ist. Die Exekutive kann dieses Prinzip zudem durch Eingriffe in die gesetzliche Zuständigkeitsverteilung beeinträchtigen. Obschon eine derartige exekutive Einflussnahme heute eher selten ist, äußert sie sich nichtsdestotrotz in der Einrichtung oder Auflösung von Spruchkörpern, in der Festlegung von Gerichtsbezirken oder in der Wahl bzw. Ernennung von Richtern. Allerdings finden solche Einflussnahmemöglichkeiten ihre Rechtfertigung entweder in einer parlamentsgesetzlichen Verordnungsmächtigung (z. B. zur Festlegung von Gerichtsbezirken) oder beruhen auf verfassungsunmittelbaren Anordnungen (wie die Wahl der Richter nach Art. 94 Abs. 1 und Art. 95 Abs. 2 GG).

Zwar schützte das Prinzip des g.n R.s urspr. die Unabhängigkeit der Justiz vor einzelfallbezogenen Eingriffen der Legislative und Exekutive. Für Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG erweiterte das ↑BVerfG dessen Gewährleistungsgehalt allerdings schnell auch auf Akte der Judikative. Neben den vorstehend bereits erwähnten positiven Vorgaben für die Legislative handelt es sich bei dieser Schutzzrichtung mittlerweile um den bedeutendsten Anwendungsgehalt des Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG. Der Entzug des g.n R.s kann dabei entweder auf einer fehlerhaften Handhabung gesetzlicher oder sonstiger Zuständigkeits- bzw. Verfahrensvorschriften beruhen – etwa in Gestalt einer Abweichung vom gerichtlichen Geschäftsverteilungsplan, der Mitwirkung eines kraft Gesetzes ausgeschlossenen Richters, der fehlerhaften Behandlung eines Befangenheitsgesuchs oder der gebotenen, aber unterbliebenen Vorlage eines Rechtsstreits an den ↑EuGH (Art. 267 AEUV). Das BVerfG beschränkt sich insoweit jedoch auf eine Willkürkontrolle der angewandten Zuständigkeits- und Verfahrensnormen, um als Verfassungsgericht nicht in die Rolle eines prozessrechtlichen Revisionsgerichts gedrängt zu werden. Zudem können rechtswidrige richterinterne Organisationsakte (z. B. fehlerhaft erstellte Geschäftsverteilungspläne) einen Verstoß gegen das Prinzip des g.n R.s zur Folge haben.

## Literatur

D. Wolff: Willkür und Offensichtlichkeit. Die verfassungsgerichtliche Prüfung einer Verletzung von Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG i. V. m. Art. 267 Abs. 3 AEUV, in: AöR 141/1 (2016), 40–105 • R. Müller-Terpitz: Art. 101 GG, in: B. Schmidt-Bleibtreu/H. Hofmann/H.-G. Henneke (Hg.): GG. Kommentar zum Grundgesetz, 2014, 2479–2496 • G. Britz: Verfassungsrechtliche Effektivierung des Vorabentscheidungsverfahrens, in: NJW 65/19 (2012), 1313–1317 • M. Bäcker: Altes und Neues zum EuGH als gesetzlichem Richter, in: NJW 64/5 (2011), 270–272 • D. Remus: Präsidialverfassung und gesetzlicher Richter, 2008 • U. Müßig: Gesetzlicher Richter ohne Rechtsstaat?, 2007 • M. Düwel: Kontrollbefugnisse des Bundesverfassungsgerichts bei Verfassungsbeschwerden gegen gerichtliche Entscheidungen, 2000 • E. Kern: Der gesetzliche Richter, 1927.

RALF MÜLLER-TERPITZ

## Gesundheit

I. Sozialethisch – II. Pädagogisch –  
III. Soziologisch – IV. Wirtschaftlich

### I. Sozialethisch

#### 1. Begriff und Gegenstand

„Gesund“ meint urspr. „vollständig, ganz, heil“ (Vonessen 1974: 559), wie es im Lateinischen (*salus*), darüber hinaus auch im französischen oder hebräischen Gruß (*salut* bzw. *shalom*) anklingt. G. beschreibt den Zustand eines Menschen oder einer Bevölkerungsgruppe, der einerseits leiblich-körperliche, andererseits aber auch mentale, psychische und spirituelle Aspekte, also den „ganzen“ Menschen umfasst. Er enthält sowohl deskriptive als auch normative Anteile und ist nicht nur ein Zentralbegriff der ↑Medizin, sondern auch Thema der Sozialwissenschaften, Künste, Philosophie, Ethik und Theologie. Die Redewendung des „gesunden Menschenverstandes“ oder die begriffliche und semantische Nähe der Begriffe „Heilung“ (medizinisch) und „Heil“ (soteriologisch, theologisch) bringen dies zum Ausdruck.

Umstritten ist die G.s-Definition der ↑WHO von 1947, welche den G.s-Begriff in die Nähe des Glücksbegriffs (↑Glück) rückt: „Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche“ (Engelhardt 1998: 112). Kurz nach dem Zweiten Weltkrieg wurde damit ausgedrückt, was auch gegenwärtig im Zentrum des Interesses der G.s-Wissenschaften und der Alltagssemantik steht, nämlich, dass die G. mehr umfasse als die bloße Abwesenheit von Krankheit und dass die Sorge um die G. individuelle wie gesellschaftspolitische Aufmerksamkeit verdiene. Im Verständnis von G. der WHO-Definition bleibt unklar, wer angesichts dieser Maximal Kriterien überhaupt als gesund gelten darf, ob und inwiefern die G. mehr ist als eine nicht erreichbare Idealvorstellung und wie z. B.

chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen mit dieser für sie unerreichbaren Zielsetzung umgehen sollen.

Seit den 1980er Jahren ist in öffentlichen Diskursen eine zunehmende Sensibilität für die multifaktorielle Bedingtheit von G. und eine stärker an der G.s-Förderung als an der Krankheitsverhinderung orientierte G.s-Politik wahrzunehmen. Damit verbunden ist die Infragestellung der Alleinzuständigkeit der Medizin für die G. und eine zunehmende Bedeutung der multi- bzw. transdisziplinär arbeitenden G.s-Wissenschaften. Sozialpolitisch wird die Bestimmung von G. einerseits wichtig im Diskurs über Ressourcenknappheit (Prioritätensetzung und Rationierung); andererseits gewinnt er an Bedeutung hinsichtlich der Abgrenzung zu Maßnahmen der Verbesserung eigentlich gesunder Menschen durch ↑Doping, gedächtnisstärkende Medikamente oder kosmetische Chirurgie (Enhancement, wunscherfüllende Medizin).

Der G.s-Begriff bleibt im Unterschied zum Krankheitsbegriff meist unterbestimmt, häufig wird er lediglich ex negativo als Abwesenheit von Krankheit konkretisiert. Menschen verstehen G. i. d. R. erst durch ein persönliches Krankheitserlebnis, daher schreibt Hans-Georg Gadamer auch von der „Vorborgenheit der Gesundheit“ (Gadamer 1993). G.s-Definitionen aus Sicht der Sozialmedizin oder von Public Health gehen nicht mehr von einem beschreibbaren Zustand, sondern von einem multifaktoriell bedingten, *dynamischen Prozess* aus, der sich am Ziel eines ganzheitlich verstandenen Wohlbefindens orientiert und auf permanente Optimierung desselben ausgerichtet ist: G. wird als Fließgleichgewicht verstanden, „welches das Individuum ständig mit seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein Wohlbefinden zu optimieren. In diesem Fließgleichgewicht beeinflussen vier Dimensionen den jeweiligen Gesundheitszustand, nämlich die biologisch-genetischen Gegebenheiten, die medizinisch-technischen Möglichkeiten (Gesundheitswesen) sowie der Lebensstil und die Umweltfaktoren“ (Gutzwiller/Jeanerret 1996: 23).

## 2. Gesundheit in wissenschaftlichen Diskursen

Während in der Antike zwischen Krankheit und G. die Existenz eines dritten Bereichs der Neutralität (*neutrum* = keines von beiden) angenommen wurde, den es mittels Diätetik, dem rechten Umgang mit Licht und Luft, Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Essen und Trinken, Ausscheidungen und Gefühlen zu erhalten galt, wird G. im Rahmen der modernen Biomedizin binär und krankheitsorientiert, nämlich als *Abwesenheit von Krankheit*, verstanden. Im Rahmen dieses Verständnisses hat die Medizin keine Zuständigkeit für die G., sondern ausschließlich für Krankheit, die als ein Defekt oder eine Funktionsstörung verstanden wird, welche sich im Unterschied zur G. differenziert beschreiben lässt. Christopher Boorse versteht G. in seinem biostatistischen Modell als das *normale Funktionieren des körper-*

*lichen Organismus*, wobei er Normalität statistisch und anhand typischer Referenzgruppen definiert. G. bleibt somit eine rein theoretische Vorstellung, losgelöst von der Erfahrungswelt und dem subjektiven Befinden eines individuellen Patienten. Praktisch erfahrbar ist dagegen die Krankheit. Im Gegensatz dazu definiert Lennart Nordenfelt G. subjektiv-relativistisch, nämlich als die *Fähigkeit eines Individuums*, unter vernünftigen Standardbedingungen in seinem gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen *eigene vitale Ziele verfolgen zu können*, die zur Erfüllung eines Minimums an Glück erforderlich sind. Der Medizin fällt nicht mehr die Aufgabe zu, einen krankhaften Umstand zu beenden, sondern die genannten Fähigkeiten wiederherzustellen.

Die sog.e *biopsychosoziale Medizin* orientiert sich nicht mehr alleine an der Krankheit, sondern an einem ganzheitlichen, die gesamte Person in ihrem gesellschaftlichen Umfeld umfassenden G.s-Konzept. Neben die Bekämpfung von Krankheit tritt die Idee der Förderung und Erhaltung der G. Auf das in der Psychosomatik entstandene, in der *Palliative Care*, Präventivmedizin und *Public Health* weitergeführte Konzept hat die Theorie der Salutogenese von Aaron Antonovsky Einfluss ausgeübt. A. Antonovsky hatte beobachtet, dass viele Opfer des NS krank wurden, während andere gesund blieben. Ihn interessierten die Bedingungen, die dazu beitrugen, dass Menschen trotz extremer Belastungen gesund blieben. Auf dieser Basis entwickelte er sein *salutogenetisches Modell*: Es beschreibt Widerstandsressourcen, die krankmachende Einflüsse ausgleichen und überwinden können, z. B. Selbstwertgefühl, soziale Bindungen, Wissen oder Bewältigungsstrategien. Orientierung bietet dabei das sog.e Kohärenzgefühl (*sense of coherence*), das aus drei Komponenten besteht: Verständlichkeit oder Überschaubarkeit (*comprehensibility*), um Krisen voraussagen zu können, Machbarkeit oder Selbstvertrauen (*manageability*), um Krisen meistern zu können, und Sinnhaftigkeit (*meaningfulness*), die bewirkt, dass das Überwinden einer Krise als zielführend erfahren wird. Die Grundthese lautet: Je stärker das Kohärenzgefühl, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, sich in Richtung des G.s-Pols auf dem Krankheits-G.s-Kontinuum zu bewegen. Anstelle des binären Verständnisses von G. und Krankheit tritt somit eine Klassifikation auf einer kontinuierlichen Skala, anstelle der Diagnostik einer bestimmten Krankheit die Berücksichtigung der ganzen Person, anstelle der Medikamentenorientierung eine Ausrichtung an vorhandenen Bewältigungsressourcen.

Im Zuge der *personalisierten Medizin*, welche dem biomedizinischen Paradigma des G.s-Verständnisses folgt und an Krankheit orientiert ist, bildet sich gegenwärtig ein neues Medizinkonzept heraus, das Teile des biopsychosozialen Modells aufnimmt. Es werden individuelle Daten auf molekularer Ebene erhoben (Gendiagnostik) und diese mit Hilfe der IT im Hinblick auf eine individualisierte Prognosestellung und Therapie ausgewertet. Aufgrund genetischer Dispositionen werden neu *gesund-*

de Kranke identifiziert, welche zum Zeitpunkt der Diagnostik wohlauf sind, aufgrund des genetischen Befunds jedoch mit einer späteren Erkrankung zu rechnen haben und sich daher präventiv behandeln lassen. In der sog. *P4-Medizin* tritt an die Stelle eines reaktiven, auf Krankheit reagierenden Vorgehens eine proaktive, am Wohlbefinden bzw. an der G. orientierte Medizin, in welcher autonome Persönlichkeiten im Zentrum stehen, die sich weltweit zu Netzwerken zusammenschließen, diagnostisch tätig sind und Forschungsprojekte vorantreiben. P4 bezieht sich auf die vier Adjektive prädiktiv, personalisiert, präventiv und partizipatorisch.

In den transdisziplinär ausgerichteten *G.s-Wissenschaften* bzw. der gesundheitspolitisch ausgerichteten *Public Health* werden G. und Krankheit als soziale Konstruktionen verstanden: G. werde heute weitgehend individualisiert wahrgenommen, nämlich als Produkt des persönlichen Verhaltens und der Genetik. Das sei unvollständig. Übersehen würden dabei politische, wirtschaftliche, kulturelle, technische und ökologische Determinanten, die auf körperliche und psychische G. einwirken und sie teilweise indirekt über das G.s-Verhalten mitbestimmen. Wie stark gesellschaftliche Faktoren auf die G. Einfluss ausüben, lässt sich an der durchschnittlichen Lebenserwartung in einer Gesellschaft erkennen: So besteht eine Korrelation zwischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie sozialer Gleichheit, Partizipationsmöglichkeiten und Bedingungen zur Führung eines selbstbestimmten Lebens, und der durchschnittlichen Lebenserwartung.

*Psychologische Theorien* von gesundheitlichem Wohlbefinden gewichten das subjektive Befinden, z.B. die Fähigkeit zur Stressbewältigung oder die Möglichkeit, externe und interne Anforderungen zu bewältigen, wobei als Leitbild die Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Anstrengung und Erholung, Anspannung und Entspannung sowie aktuellem und habituellem Wohlbefinden gilt. In der *ethnographischen Forschung* werden G.s-Konzepte als soziokulturell verankerte Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster verstanden. In der *sozialepidemiologischen Forschung* werden standardisierte Erhebungsmethoden angewendet, in welchen die G. mit mehrdimensionalen Skalen erfasst wird; als Orientierungspunkte dienen dabei: Nicht-Fitsein v Fitness, Krankheit oder ↑ Behinderung v Freisein von Krankheit, Krankheitserfahrungen v keine Krankheitserfahrungen, psychosoziale Probleme v Wohlbefinden. Darüber hinaus finden Einkommen, Geschlecht sowie Beruf, Bildung und sozialer Status als G.s-Determinanten Beachtung.

Ein integratives G.s-Verständnis ist das *Meikirch-Modell* (Johannes Bircher, Shyama Kuruvilla, Eckhart Hahn): Hier wird G. als ein dynamischer Status des Wohlbefindens verstanden, der sich aus der Interaktion zwischen individuellen Möglichkeiten, den Herausforderungen des Lebens und sozialen sowie umweltbezogenen Determinanten ergibt. Wie im salutogenetischen

Modell ist auch hier entscheidend, wie ein Mensch auf die Herausforderungen des Lebens reagiert. Darüber hinaus werden soziale G.s-Determinanten und Umweltbedingungen berücksichtigt: Der einzelne Mensch verfüge über ein *biologisches G.s-Potential*, das im Laufe des Lebens abnehme, daneben aber auch über ein *persönlich erworbenes Potential* zur Erhaltung der G., welches der Einzelne im Laufe des Lebens vergrößern könne (im Idealfall, um den biologischen Abbau zu kompensieren). Dieses Potential wird in einem engen Abhängigkeitsverhältnis zu sozialen G.s-Determinanten und Umweltbedingungen verstanden, welche auf gesellschaftspolitischer und systemischer Ebene verändert werden können.

### 3. Ausblick

Der stark zunehmende finanzielle Druck im Bereich der G.s-Versorgung, der sich auch im politischen Unwillen manifestiert, im Bereich der G.s-Prävention stärker zu investieren, dürfte sich voraussichtlich auch auf das G.s-Verständnis auswirken: Eine Möglichkeit, die Reichweite des Rechts auf eine gute G.s-Versorgung einzugrenzen, wäre eine Beschränkung des G.s-Verständnis auf grundlegende Funktionen oder Fähigkeiten und damit das Gegenteil der eingangs zitierten WHO-Definition.

Die gleichzeitig forcierten Möglichkeiten zur Verbesserung eigentlich Gesunder durch kosmetische Chirurgie, Neuro-Enhancement, pränatale Diagnostik und *gene editing* erhöhen den Druck auf die einzelne Person, ihre G. permanent zu optimieren. Es besteht die Gefahr, dass die G. zum höchsten Gut im Leben wird, was zu Enttäuschungen führen muss, insofern die G. lediglich ein Bedingungsgut bzw. eine Disposition zur Verwirklichung anderer Güter ist.

Je erfolgreicher die Medizin ist, desto mehr nehmen chronische Krankheitszustände zu. Aus Sicht des einzelnen Menschen wird darum wichtig bleiben, die sog. kleine G. wahrzunehmen und wertzuschätzen: Die Fähigkeit, mit Einschränkungen, Schmerzen oder Behinderungen leben zu können. Am Ende der „Fröhlichen Wissenschaft“ schreibt Friedrich Nietzsche von der „großen Gesundheit“, einer „stärkeren gewitzteren zäheren verwegeneren lustigeren, als alle Gesundheit bisher waren.“ Damit stellt er den G.s-Wahn infrage und skizziert gleichzeitig die Vorstellung von „gefährlich-gesunden“ Menschen, die in der Lage seien, Ziele jenseits etablierter G.s-Ideale zu verfolgen (Nietzsche 1999: 636).

### Literatur

J. Bircher/E. G. Hahn: Understanding the nature of health. New perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs, in: F1000Research 5 (2016), o.S. • M. Richter/K. Hurrelmann: Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, in: dies. (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, 2016, 3–19 • J. Bircher/S. Kuruvilla: Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants, in: JPHP 35/3 (2014), 363–386 •

P. Hucklebroich: Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre, in: ders./A. Buyx (Hg.): Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs, 2013, 13–83 • European Science Foundation: Personalised Medicine for the European Citizen Towards more precise medicine for the diagnosis, treatment and prevention of disease, 2012 • M. Marmot u.a.: WHO European review of social determinants of health and the health divide, in: The Lancet 380/9846 (2012), 1011–1129 • K. Bergdolt/I. F. Herrmann (Hg.): Was ist Gesundheit?, 2011 • G. Aumüller/A. Franck: Interkulturelle Aspekte des Gesundheitsbegriffs, in: ebd., 61–74 • I. F. Herrmann/M. Gadebusch Bondio: Was versteht der Schwerkranken unter „Gesundheit?“, in: ebd., 143–151 • R. Wilkinson/K. Pickett: The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone, 2009 • D. von Engelhardt: Lebenskunst (ars vivendi). Kunst des Krankseins (ars aegrotandi) und Kunst des Sterbens (ars moriendi), in: ZME 52/3 (2006), 239–248 • L. Honnfelder: Gesundheit als hohes Gut, in: V. Schumpelick/B. Vogel (Hg.): Was ist uns die Gesundheit wert?, 2006, 16–33 • I. Rajower/R. H. Noack: Von der Pathogenese zur Salutogenese, in: C.A. Zenger/T. Jung (Hg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, 2003, 57–68 • F. Nietzsche: Die fröhliche Wissenschaft, in: KSA, Bd. 3, 1999, 343–651 • D. von Engelhardt: Gesundheit, in: W. Korff/L. Beck/P. Mikat (Hg.): Lexikon der Bioethik, Bd. 2, 1998, 108–114 • A. Antonovsky: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, 1997 • F. Gutzwiller/O. Jeanneret: Konzepte und Definitionen, in: dies. (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health, 1996, 23–29 • H.-G. Gadamer: Über die Verborgenheit der Gesundheit, 1993 • H.-G. Canguilhem: Das Normale und das Pathologische, 1974 • F. Vonessen: Gesund, Gesundheit, in: HWPh, Bd. 3, 1974, 559–561.

MARKUS ZIMMERMANN

## II. Pädagogisch

### 1. Begriffsfeld

G.s.-Pädagogik thematisiert das *ganzmenschliche Wohlergehen* des Einzelnen als elementare *lebenslange Bildungsaufgabe*. Voraussetzung für diese Sichtweise waren freilich die *Ausweitungen* des G.s.-Verständnisses im Zuge der *interdisziplinären* Fassung der „G.s.-Wissenschaften“ i. S. v. *public health* einerseits sowie die gesundheitspädagogischen Forschungsbemühungen der letzten Jahrzehnte mit der Überwindung einer im Dienst der kurativen Medizin befindlichen „Rumpfpädagogik“ (vgl. nur die sprichwörtlichen Zahnarztbesuche in der Grundschule) andererseits. So konnte bspw. Gerhard Schäfer, einer der Pioniere eines umfassenden Verständnisses von G.s.-Bildung, aufzeigen: Die alle personalen Regionen des Menschseins umspannende positive Konnotation von „G.“, wie sie bereits etymologisch (*gasunda*: stark, kräftig, heil) grundgelegt ist, findet sich auch im internationalen Vergleich, nicht zuletzt in den Entwicklungsländern, wieder, wo – im Unterschied zur Negativzentrierung um den Krankheitsbegriff hierzulande – mit dem Wort *health* Aspekte wie Lebenskraft, Energie, Nahrung, Freude, Schlaf usw. assoziiert werden. „G.“ zielt dann gleichsam als Systemeinheit auf das Wohlsein

des ganzen Menschen einschließlich seiner seelisch-geistigen Stabilität und seines sozial-ökologischen Aufgehobenseins ab. Demgegenüber vermochte das ehemalige Konzept der *G.s.-Erziehung*, schulmeisterlich und individuenzentriert wie es war, in seiner Ausrichtung primär auf fallweise individuelle Krankheitsvermeidung, nicht einmal im Ansatz das Prädikat verdienen, eine veritable pädagogische Theorie zu präsentieren. Diese beginnt vielmehr erst dort, wo pädagogisches Handeln auf die Anregung zu ureigenen Aktivitäten des Individuums, also auf Bildungsprozesse, abzielt; eben dort, wo mit *G.s.-Bildung* die Ausformung eines *kultivierten Lebensstils* in den Blick kommt, kraft dessen der Mensch inmitten seiner situativen Lebensweltbezüge, und sei es als Rollstuhlfahrer in anstrengendem Berufsleben, an seinem Wohlergehen verantwortlich mitwirkt. G.s.-Bildung hebt somit in einem lebenslangen dynamischen Prozess auf die „Fähigkeit (ab), am Leben mit möglichst vielen Facetten teilzunehmen“ (Schäfer 1998: 26).

## 2. Das Bildungskonzept der Diätetik im Rahmen der Gesundheitsförderung

### 2.1 Grundlinien

Ähnlich hatte sich ja schon die klassische „Diätetik“ (griechisch *diáita*: gesunde Lebensführung im Dienst des Heilungsprozesses) in positiver Einstellung am Wohlergehen des Menschen orientiert. Auch eröffnete sie dem Patienten hinsichtlich seines Wohlergehens einen beträchtlichen Freiheits- und Gestaltungsspielraum, ja, sie wies ihm dabei die Hauptaktivität zu. So hatte der Einzelne innerhalb des Systems gesunder Lebensführung bis in deren mittelalterliche Version von *regimen sanitatis* hinein sechs Lebensbereiche in Ordnung zu halten:

- a) die Luft (*aer*),
- b) Arbeit und Muße (*motus et quies*),
- c) Speise und Trank (*cibus et potus*),
- d) Schlafen und Wachen (*sonnus et vigilia*),
- e) Entleerung und Füllung (*inanitio et repletio*),
- f) die Gemütsbewegung (*affectus animi*).

In diesem austarierten System intendierte die Diätetik ein „Gleichgewicht der wohlausgewogenen Proportionen“ (Hörmann 1998: 115), das „der Kultivierung der individuellen Lebensführung im Sinne einer harmonischen Gesamtpersönlichkeit diene“ (Schipperges 2003: 12 f.). Was jedoch diesem idealistisch-elitären Bildungsgedanken abging, war die Realität irdenschwerer sozialer Gegebenheiten.

Während nämlich die privilegierte griechische Oberschicht ihr Augenmerk auf eine wohlgeordnete Rhythmik ihres Alltagslebens zwischen Körperübung, Baden, Schlafen und Anspannen richtete, „brachten die Sklaven in gebückter Stellung, bei rauchigem Schein der Öllampen, unter der Frohn der Aufseher, bis zu zehn Stunden am Tag tief unter der Erde beim Abbau der Erze zu“ (Henkelmann/Karpf 1983: 27).