

Michael M. Zwick · Jürgen Deuschle
Ortwin Renn (Hrsg.)

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG METHODEN GEWALT SPRACHE WISSEN
SCHAFT DISKURS SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM INDIVIDUUM KONTROLLE
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT GERECHTIGKEIT STADT WERTE
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT RELIGION UMWELT SOCIALIZATION
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG MACHT PROZESS LEBENSSTIL DELIN



Michael M. Zwick · Jürgen Deuschle · Ortwin Renn (Hrsg.)

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Michael M. Zwick · Jürgen Deuschle
Ortwin Renn (Hrsg.)

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011

Lektorat: Cori Mackrodt

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist eine Marke von Springer Fachmedien.

Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

www.vs-verlag.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-531-17568-3

Inhalt

Einleitung	9
<i>Michael M. Zwick / Jürgen Deuschle / Ortwin Renn</i>	
Philosophische Aspekte der Diskussion um Übergewicht und Adipositas als systemische Risiken	21
<i>Niels Gottschalk-Mazouz</i>	
Kritische Betrachtungen zur Verwendung des Body-Mass-Index und der Gewichtsklassifizierung bei Minderjährigen	31
<i>Friedrich Schorb / Uwe Helmert</i>	
Epidemiologische Befunde zum Übergewicht und zur Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	49
<i>Uwe Helmert / Friedrich Schorb / Christina Fecht / Michael M. Zwick</i>	
Die Ursachen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter in der modernen Gesellschaft	71
<i>Michael M. Zwick</i>	
Systemische Risikofaktoren relativieren den alleinigen Einfluss von Ernährung und Bewegung bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	91
<i>Claudia Müller / Kirsten Roscher / Alexandr Parlesak / Christiane Bode</i>	
Übergewicht und Adipositas – Eine Diätgeschichte. Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie mit Kindern und Jugendlichen aus psycho-sozialer Sicht	115
<i>Dörthe Krömker / Juliane Vogler</i>	
Essen ohne Maß? Zu Formen der Essensorganisation in Familien mit ‚dicken Kindern‘	137
<i>Claudia Peter</i>	

Zum Stereotypus des übergewichtigen Kindes	161
<i>Jürgen Deuschle / Marco Sonnberger</i>	
Die Gesellschaft und das Selbst der ‚Dicken‘ – Wie Kinder und Jugendliche gesellschaftliche Haltungen und Erwartungen in ihre Selbstkonstitution hineinehmen	181
<i>Eva Barlösius / Axel Philipps</i>	
Körper von Gewicht. Zur Geschlechterdifferenz in den Ernährungs- und Körnernormen	203
<i>Daniela Schiek</i>	
Ratings der Nachhaltigkeit und des Ausfallrisikos – Erkennung und Steuerung von durch Übergewicht und Adipositas ausgelösten Unternehmensrisiken der Nahrungsmittelbranche	219
<i>Henry Schäfer / Elisabeth Ring</i>	
Wirksame Prävention? Ergebnisse eines Expertendelphi	239
<i>Michael M. Zwick / Regina Schröter</i>	
Das Adipositasrisiko als Folge sozialkonstruktivistischer Prozesse	261
<i>Susanne Seitz / Michael M. Zwick</i>	
Adipositas im Kindes- und Jugendalter – Ein systemisches Risiko?	279
<i>Michael M. Zwick / Ortwin Renn</i>	
 Kommentare zum Adipositasprojekt	
Adipositas als Änderungsrisiko	291
<i>Christian Lahnstein</i>	
Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	293
<i>Susanne Langguth</i>	
Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Ein Beitrag zum Projekt ‚Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko‘ und zur aktuellen Diskussion	299
<i>Angelika Michel-Drees</i>	

Strategien der Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Einige Anmerkungen zur aktuellen Diskussion	303
<i>Rüdiger Meierjürgen</i>	
Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Prävention von Übergewicht und Adipositas	313
<i>Eva Hummel / Friederike Wittig / Ingrid Hoffmann</i>	
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	319

Einleitung

Michael M. Zwick / Jürgen Deuschle / Ortwin Renn

Ungeachtet ihrer Gleichförmigkeit hat die Adipositas im Kindes- und Jugendalter als gesellschaftliches Problem in den vergangenen zwei Dekaden eine erstaunliche Themenkonjunktur erfahren. Die Entwicklung der Referenz- und Klassifikationssysteme von Rolland-Cachera und Cole leistete der wissenschaftlichen Erforschung und der öffentlichen Problemwahrnehmung Vorschub. Nach dem Medienhype und der Dramatisierung des Adipositasrisikos zu einer ‚Epidemie‘ von gesellschaftsbedrohlichem Ausmaß zu Beginn der Jahrtausendwende, trugen zunächst die internationale Finanz-, gefolgt von der Banken- und Eurokrise und nicht zuletzt die Natur- und Nuklearkatastrophen Japans dazu bei, dass die Themenarena anderweitig besetzt und die ‚dicken Kinder‘ weitgehend aus den Medien, der öffentlichen Wahrnehmung und der politischen Bearbeitung verschwunden sind – ohne dass sich an dem realen Kern des Adipositasrisikos freilich Substanzielles geändert hätte.

Die Volatilität des Themas ist Ausdruck der symbolischen Überhöhung oder auch Verharmlosung, je nach gesellschaftlicher Problemwahrnehmung. Damit trägt das Phänomen der juvenilen Fettleibigkeit alle Anzeichen eines Risikos, das massiven gesellschaftlichen Verstärkungs- und Abschwächungsprozessen (Amplifikationen) ausgesetzt ist. Hierin liegt auch der Reiz des vorliegenden Sammelbandes, der es nicht damit bewenden lässt, den ‚realen‘ Kern von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, einschließlich seiner sozialen und kulturellen Ursachen und Auswirkungen, zu erörtern, sondern darüber hinaus in einer Reihe von Beiträgen den gesellschaftlichen Umgang mit solch einem *sozial amplifizierten Risiko* einer kritischen Würdigung unterzieht.

Alle Beiträge und Kommentare entstanden im Zusammenhang des Projekts *‚Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko‘*, das vom BMBF zwischen Anfang 2006 und Ende 2009 finanziert wurde. Sie spiegeln die Fülle der Forschungstätigkeiten und Themen des Forschungsverbundes wider. Die in diesem Band behandelten Fragestellungen umfassen vier Schwerpunkte:

- Ein *erster* Schwerpunkt zielt auf eine umfassende Problembeschreibung und -diagnose: auf die interdisziplinäre Ermittlung der sozialen Ursachen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Dabei kommen im Zuge einer multimethodischen Vorgehensweise zuallererst betroffene Kinder und Jugendliche zu Wort, die in Leitfadeninterviews und Fokusgruppen ausführlich über ihre Sicht der Dinge berichten konnten. Auf qualitativem Weg wurden aber auch Erwachsene befragt, die mit betroffenen Kindern und Jugendlichen befasst sind, sowie ExpertInnen aus einschlägigen Handlungsfeldern. Die umfangreichen qualitativen Methoden wurden ergänzt durch eine Stichprobe von mehr als 2.500 Schülerinnen und Schülern aus fünf Bundesländern, die standardisiert über eine Vielfalt von Merkmalen ihres Lebens, über Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten, über das familiäre Mit- und Gegeneinander und ihren Lebensstil befragt wurden. Mit einem Teil dieser Jugendlichen wurden aufwendige Ernährungsinterviews, so genannte ‚Diet-Histories‘, durchgeführt, andere wurden biometrisch untersucht, wobei teilweise auch Bioimpedanzmessungen zum Einsatz kamen. Das Methoden-Portfolio wurde durch epidemiologische Sekundäranalysen von Mikrozensusdaten und allgemeinen Bevölkerungsumfragen mit gesundheitsbezogenem Schwerpunkt abgerundet.
- Einen *zweiten* inhaltlichen Schwerpunkt bildet die Frage nach den Lebensbedingungen und den subjektiv empfundenen Erlebniswelten unter Bedingungen von Übergewicht und Adipositas. Auch hierzu ließen wir die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst zu Wort kommen und nahmen nach sorgfältiger Analyse der Schilderungen eine angemessene Theoretisierung der gewonnenen Einsichten vor.
- Eine *dritte* Kernfrage zielt auf die praxiswirksame Kommunikation der Projektergebnisse an einschlägige Stakeholder und Interessengruppen. Eine besondere Rolle spielt hierbei die Identifizierung geeigneter, d.h. zielführender, effektiver und umsetzbarer Präventivstrategien, die intensiv erforscht und in einem abschließenden Workshop nach der Methode des Expertendelphi bewertet wurden.
- Ein *vierter* thematischer Schwerpunkt eröffnet sich gleichsam von selbst, denn die Beschäftigung mit dem Adipositas-Thema und seiner gesellschaftlichen Resonanz offenbart einige erklärungsbedürftige Widersprüche, die das Phänomen zwischen physischer Messung und sozialer Konstruktion hin und her bewegen. Sei es bei der Messung und Abgrenzung von Gewichtsklassen, sei es die Einschätzung der Problemschwere oder Prognosen über seine zukünftige Entwicklung – die Kluft zwischen der juvenilen Adipositas als realem Scha-

denpotential und den symbolisch kommunizierten Deutungen in Politik, Teilen der Wissenschaft und den Massenmedien, legt es nahe, die gesellschaftlichen Strategien der Risikogenese und -bearbeitung einer kritischen Reflektion zu unterziehen, wobei vor allem die Ansätze des Sozialkonstruktivismus und der ‚Social Amplification of Risk‘ hier wertvolle Dienste leisten.

Diese Spannweite der Fragestellungen belegt die Absicht des Auftraggebers, die Analysen *interdisziplinär* durchzuführen. Der vorliegende Band deckt epidemiologische, soziologische, philosophische, psychologische, physiologische, wirtschaftswissenschaftliche und, am Rande, juristische Perspektiven ab, wobei es bereits während der Projektarbeit zu einer Reihe fächerübergreifender Kooperationen kam. Diese drücken sich nicht zuletzt in Koautorenschaften aus, wie zum Beispiel zwischen den Arbeitsgruppen für Soziologie, Epidemiologie und Philosophie. Die intensive Zusammenarbeit zwischen den physiologischen und psychologischen Teilprojekten, die gemeinsam eine große standardisierte Befragung von über 2.500 Jugendlichen organisierten und durchführten, verdient es, besonders hervorgehoben zu werden.

Alle Beiträge, die sich mit den Entstehungsbedingungen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter befassen, teilen die Auffassung, dass es sich hierbei um ein vielschichtiges, komplexes und interpretationsfähiges Phänomen handelt, das weit über individuelle Dispositionen, Gewohnheiten und Präferenzen hinausreicht und Entwicklungen auf institutioneller und gesamtgesellschaftlicher Ebene einschließt. Die offensichtliche Komplexität des Forschungsgegenstandes bedingt eine Vielfalt der disziplinären Zugänge und der multimethodischen Strategien. Unter diesen Umständen ist auch zu erwarten, dass die in den Beiträgen vorgenommenen Deutungen und Einschätzungen variieren. Die AutorInnen bilden in ihren Beiträgen jenen gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und methodischen Pluralismus ab, dessen Heterogenität durch die Herausgeber respektiert und bewusst nicht künstlich eingeebnet wurde. Es bleibt dem mündigen Leser überlassen, sich aus den verschiedenen Analysen und Deutungsangeboten ein eigenes Bild zu machen.

Der Band gliedert sich thematisch wie folgt: Einleitend widmen sich zwei Beiträge aus unterschiedlicher Perspektive der Frage der gesellschaftlichen Konstruktion des Adipositas-Risikos und den Versuchen seiner methodischen Absicherung.

Den Anfang macht der Philosoph *Niels Gottschalk-Mazouz*. Er diskutiert aus philosophischer und juristischer Sicht am Beispiel der juvenilen Adipositas die gesellschaftlich teilweise sehr variablen Vorstellungen von ‚Krankheit‘ sowie die praktischen Folgen, je nachdem von welchen Institutionen die Zuschreibung des Krankheitslabels erfolgt.

Auch *Friedrich Schorb* und *Uwe Helmert* wenden sich dem Problem der gesellschaftlichen Definition und Abgrenzung von verschiedenen Gewichtsklassen im Kindes- und Jugendalter zu, verwenden hierzu jedoch eine epidemiologische und methodenkritische Perspektive. Mit Gottschalk-Mazouz stimmen sie darin überein, dass es für die Abgrenzung von Gewichtsklassen keine aus der Natur ableitbaren Anhaltspunkte gibt, sondern letztlich nur dezisionistische Normensetzung und Zuschreibungen durch Experten. Je nach verwendetem Referenzsystem, das bei Minderjährigen zur Abgrenzung zwischen normal-, übergewichtig und adipös zugrunde gelegt wird, schwanken die Anteile übergewichtiger oder fettleibiger Kinder beträchtlich. Aus keinem der Referenzsysteme lassen sich qualitative Aussagen über das Problem Adipositas ableiten.

Es folgen vier Beiträge, die sich – gleichfalls aus unterschiedlichen Perspektiven und anhand verschiedener Methoden – auf die Suche nach den Entstehungsbedingungen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter machen. *Uwe Helmert*, *Friedrich Schorb*, *Christina Fecht* und *Michael M. Zwick* versuchen anhand epidemiologischer Analysen von Schuleingangsuntersuchungen und Mikrozensusdaten die Fragen nach der Problemdynamik und -genese zu klären. Für das Zeitfenster zwischen 1999 und 2005 stellen sie eine etwas uneinheitliche, tendenziell jedoch stagnierende Entwicklung des Adipositasproblems in Deutschland fest. Einem geringfügigen Rückgang der Adipositasprävalenz bei Kindern stehen ebenfalls geringfügige Zuwächse bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen entgegen. Zugleich erweisen sich epidemiologische Globalindikatoren bei der Ursachenanalyse als zu grob und wenig hilfreich für eine differenzierte Ursachenforschung. Zwar vermögen die AutorInnen massive Unterschiede im Auftreten von Übergewicht und Adipositas im internationalen Vergleich nachzuweisen, einige der landläufig favorisierten Prädiktoren, wie etwa das Körpergewicht der Eltern oder das verfügbare Haushaltseinkommen, erweisen sich jedoch als Erklärungsschwach. Sie schließen daraus, dass nur solche Prädiktoren Erklärungskraft entfalten werden, die zum einen charakteristisch für den individuellen bzw. familialen Lebensstil sind und zum anderen die Lebensbedingungen und den Modernisierungsgrad einer Gesellschaft charakterisieren.

Michael M. Zwick stützt seine Ursachenforschung auf verschiedene qualitative und quantitative Datenbestände und gelangt zu der Einsicht einer trilateralen Ursachenkonstellation, wobei das individuelle Ernährungs- und Freizeitverhalten als scheinbar evidente Hauptursache zu kurz greife. Mit Blick auf internationale Vergleichszahlen sieht er auf der makroskopischen Ebene im soziokulturellen und -ökonomischen Entwicklungsstand von Gesellschaften eine zentrale Bedingung für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas. Er interpretiert Überge-

wicht und Adipositas als eine erwartbare Begleiterscheinung von Überflussgesellschaften. Auf der institutionellen Ebene trage eine prekäre Familienstruktur bzw. -dynamik zur Problemverschärfung bei, weil intakte Familien Kinder nicht nur mit wichtigen Kompetenzen und Ressourcen ausstatten, sondern vor allem auch ein Gegengewicht gegen die mit der Überflussgesellschaft assoziierten Marktimperative darstellen. Bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund wird die Kluft zwischen traditionellen Werten und Gewohnheiten und einem Leben in einer modernen, ‚Kräfte sparenden‘ Sozialstruktur zum Problem, wobei die erforderlichen kulturellen Anpassungsleistungen in vergleichsweise kurzen Zeiträumen oftmals nicht angemessen bewältigt werden können.

Claudia Müller, Kirsten Roscher, Alexandr Parlesak und Christiane Bode stützen ihre Analysen auf einen Survey, bei dem mehr als 2.500 Schülerinnen und Schüler in fünf Bundesländern standardisiert befragt wurden. Eine Vielzahl von Einzelvariablen gehen mit Übergewicht bzw. Adipositas im Jugendalter eher schwache Korrelationen ein, darunter auch das individuelle Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Dort aber, wo sich ein wenig gesundheitlich orientiertes Vorbild der Eltern mit Rauchen, hohem Medienkonsum und hochkalorischen Ernährungspräferenzen der Jugendlichen zu einem Syndrom verdichten, sind Übergewicht und Adipositas bei den befragten Jugendlichen weit überproportional anzutreffen. Die AutorInnen folgern, dass bei Prävention und Therapie die Familien systematisch einbezogen werden sollten.

Auch *Dörthe Krömker und Juliane Vogler* bedienen sich bei ihren Analysen der Daten aus der Schülerbefragung. Aus einer vorwiegend psychologischen Perspektive gelangen die beiden Autorinnen gleichfalls zu der Einschätzung, dass Übergewicht und Adipositas im Jugendalter maßgeblich von der Familie beeinflusst werden. Die Reaktionen von Eltern auf Übergewicht oder Adipositas ihrer Kinder zielen nur sehr selten auf die Förderung von Sport und Bewegung, sondern vor allem auf die Durchführung von Diäten. Allerdings erweist sich diese Bewältigungsstrategie zumeist als kontraproduktiv. Mit ihrer Strategie tragen die Eltern oftmals zur Problemverschärfung bei.

Anhand einer qualitativen Feinanalyse von fünf Leitfadeninterviews mit adipösen Kindern, richtet *Claudia Peter* den Blick auf den Einfluss von Familienstrukturen und Familiendynamiken sowie auf die Organisation des Alltags rund ums Essen. Sie beschreibt eine zirkuläre Wechselwirkung zwischen Essstörungen einerseits und ausgeprägten familialen Spannungen bzw. Kränkungen andererseits. Damit bewegt sich Claudia Peters Beitrag an der Grenze zwischen der intersubjektiven Ursachenforschung und den persönlichen Erfahrungsberichten eines Lebens mit einem adipösen Körper. Sie zieht aus ihren Analysen zwei Schlussfolgerungen:

Zum einen geht es mit Blick auf das dicke Kind weniger um ein entgleistes Einzelschicksal – vielmehr gelten ihr die betroffenen Familien als potentiell therapiebedürftig, weil sich ein gestörtes kindliches Essverhalten in den untersuchten Fällen als Begleiterscheinung einer prekären familiären Situation darstellt. Zum anderen übt sie dort Gesellschaftskritik, wo ambivalente oder abweichende Formen des Essverhaltens wissenschaftlich ignoriert werden und, mehr noch, Toleranz gegenüber Dicken verweigert wird.

Der Text von Claudia Peter bildet den Auftakt zu drei weiteren Beiträgen, die sich mit dem Erleben und der Symbolik von Übergewicht und Fettleibigkeit befassen; alle stützen sich auf qualitative Interviews. Gemeinsam teilen sie die Auffassung, dass der dicke Körper in der Selbst- und in der Fremdwahrnehmung eine evidente, fundamentale und kaum kontrollierbare Semantik darstellt.

Jürgen Deuschle und Marco Sonnberger gehen in ihrem Beitrag von zwei grundlegenden Annahmen aus, dass Menschen aufgrund physiologischer Grenzen bei der Informationsverarbeitung zu Typisierungen greifen und dass die offen sichtbare Körperform – zumal das Körpergewicht gesellschaftlich stark normiert ist – Anlass für Stereotypisierungen im Sinne diskriminierender sozialer Vergleiche bietet. Ihrer Meinung nach können Stereotypen zwar nicht vermieden, jedoch auf gesellschaftlicher Ebene massenmedial abgeschwächt werden. Dies gelte jedoch nicht für Kampagnen gegen Übergewicht, da diese im Gegenteil zu einer Verfestigung der geltenden Schlankheitsnormen beitragen.

Eva Barlösius und Axel Philipps wenden sich Körperbildern und Selbstkonzepten übergewichtiger Kinder und Jugendlicher zu. Sie stellen fest, dass sich die Körpergestalt in der Selbst- und Fremdwahrnehmung selbst in ‚ernährungs- oder körperfernen‘ Lebensbereichen als ein dominierendes Merkmal erweist. Vor dem Hintergrund des gesellschaftlich verbreiteten Deutungsschemas der ‚Eigenverantwortlichkeit‘ bietet der dicke Körper zudem Anlass zu pejorativen Fremdzuschreibungen. Hierfür finden die AutorInnen in den Interviews Hinweise und benennen Folgen für die alltägliche Interaktion. Als Konsequenz sehen sie weniger, dass Dickleibigkeit ‚automatisch‘ ein geringes Selbstwertgefühl nach sich zieht, sondern dass sich die Betroffenen vermehrt bewusst um Distanzierungs-, Kontroll- oder Korrekturversuche bemühen. Trotz ihrer Bemühungen gelingt es den Befragten in Auseinandersetzungen mit anderen aber zumeist nur schwerlich, sich der gewichtsbezogenen Fremdwahrnehmung zu entziehen.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt *Daniela Schiek*, wenn sie nach geschlechterspezifischen Unterschieden in den ernährungs- und körperbezogenen Normen fragt. Sie stellt fest, dass Schlankheits- bzw. Gesundheitsnormen einerseits und Geschlechternormen andererseits teilweise paradoxe Anforderungen stellen, wenn

beispielsweise von Jungen einerseits mehr Sensibilität für den Körper und bessere Ernährungskompetenzen, andererseits aber die Verinnerlichung und Demonstration unmissverständlicher Maskulinität erwartet wird. Es gelte nicht nur, kontraproduktive Schlankheits-, sondern auch restriktive Geschlechternormen reflexiv zu machen und ihre Wirkung abzuschwächen. Hierzu könnten zum einen die Massenmedien und zum anderen eine gendersensible Gesundheitsprävention wertvolle Beiträge leisten.

Die beiden folgenden Beiträge befassen sich mit möglichen Präventionsstrategien. Einen innovativen ökonomischen Ansatz verfolgen *Henry Schäfer und Elisabeth Ring*. Sie untersuchen die Chancen dafür, nachhaltigkeitsrelevante Aspekte in das Unternehmensrating zu integrieren, wobei sie Übergewicht und Adipositas als systemische Gesundheitsrisiken unter den Nachhaltigkeitsbegriff subsumieren. Wenn es gelingt, qualitative, nachhaltigkeitsbezogene Kriterien in das Unternehmensrating einzubeziehen – die Chancen hierfür haben sich nach Ansicht der Autoren mit dem Basel-II-Abkommen verbessert – verschlechtern sich für Unternehmen, die gegen Nachhaltigkeitskriterien verstoßen und entsprechende Risiken produzieren, die Kreditkonditionen. Henry Schäfer und Elisabeth Ring sind allerdings wenig optimistisch, dass die Bedeutung des Themas Adipositas und Fettleibigkeit so relevant im Rahmen der gebotenen Nachhaltigkeit werden könne, dass Ratingagenturen Unternehmen nur auf der Basis dieses Kriteriums herabstufen würden.

Mit einem deutlich allgemeineren Ansatz wenden sich *Michael M. Zwick und Regina Schröter* der Präventionsfrage zu: Die aus Experteninterviews und Fokusgruppen ermittelten zentralen Optionen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas ließen sie im Frühjahr 2008 von ExpertInnen auf Sinnhaftigkeit, Effizienz und Umsetzbarkeit prüfen. Dazu bedienten sie sich der Methode des Gruppendelphis. In ihrem Beitrag berichten sie über die Argumente und Resultate dieses Verfahrens.

Der Band wird abgerundet durch zwei theoretische Beiträge, die aus unterschiedlichen Perspektiven Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter unter Aspekten der Risikothorie zu resümieren versuchen. *Susanne Seitz und Michael M. Zwick* behandeln Risiken als soziale Konstrukte. Gestützt auf den ‚Social Amplification of Risk‘ Ansatz klopfen sie verschiedene Institutionen und Strategien darauf ab, in welcher Weise sie dazu beitragen, dass aus einem bestimmten Phänomen – im vorliegenden Fall dicke Kinder und Jugendliche – ein gesellschaftlich und politisch ‚anerkanntes Risiko‘ wird und in welcher Weise solchermaßen konstruierte Risiken institutionell verfestigt werden.

Die Autoren *Michael M. Zwick und Ortwin Renn* haben sich am Schluss des analytischen Teils des Buches der das Forschungsprojekt überspannenden Frage gewidmet, ob und inwieweit es sich bei der juvenilen Adipositas um ein systemisches Risiko handelt. Die beiden Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Adipositas-Thema zwar die klassischen Merkmale systemisch entgrenzter Risikofolgen vermissen lässt, aber gleichwohl systemische Eigenschaften der multilateralen – individuellen, institutionellen und kulturellen – Risikogenese trägt. Diese multikausale Verknüpfung von unterschiedlichen physischen, sozialen und kulturellen Einflussfaktoren bedingt, dass auch ein effizientes Risikomanagement systemisch ausgelegt werden muss.

Die Kommentare zu unserem Forschungsprojekt am Ende des Buches sind Ausdruck der transdisziplinären Ausrichtung des Forschungsprozesses. Vor allem dort, wo die empirisch gewonnenen Einsichten mögliche Präventionsmaßnahmen betreffen, wurde auf verschiedenen Wegen versucht, den innerakademischen Diskurs zu verlassen und die Diskussion auf einschlägige Institutionen, die Politik und die (Fach-)Öffentlichkeit auszudehnen. Von fünf der eingebundenen Institutionen liegen Kommentare vor, die ganz unterschiedliche Aspekte des Adipositasrisikos im Kindes- und Jugendalter aufgreifen.

Den Anfang macht *Christian Lahnstein* von der Münchener Rückversicherung, der die Adipositas im Kindes- und Jugendalter als ein ‚Änderungsrisiko‘ interpretiert, dessen Folgen eine ganze Reihe von Versicherungssparten betrifft. Bezüglich haftungsrechtlicher Folgen erscheinen ihm nicht nur die (vermeintlichen) Verursacher von Übergewicht und Adipositas als relevant – aus der Perspektive eines Rückversicherers können auch paradoxe Folgen des Risikomanagements virulent werden. Eine angemessene Risikobewertung hat demzufolge mögliche systemische Schadensaspekte zu antizipieren und zu bewerten.

Susanne Langguth vom Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde, (BLL) sieht in der juvenilen Adipositas ein komplex verursachtes Phänomen, das maßgeblich durch Bewegungsarmut hervorgerufen werde, wohingegen der Einfluss von Fehl- und Überernährung geringer ausfalle als herkömmlich angenommen. Die Adipositasprävention liege in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung, wobei Bildung und die Befähigung zum eigenverantwortlichen Handeln prioritär seien.

Angelika Michel-Drees, die als Referentin für Ernährung und Lebensmittel beim Verbraucherzentrale Bundesverband tätig war, teilt die Einschätzung einer komplexen Verursachung. Dessen ungeachtet will sie die Lebensmittelindustrie und die Politik, wenn es beispielsweise um eine leicht verständliche Lebensmittelkennzeichnung oder die Begrenzung von Lebensmittelwerbung für Kinder geht, nicht aus der Verantwortung entlassen, weil neuere Forschung Dickleibigkeit im

Kindes- und Jugendalter u.a. auf Fehlernährung zurückführe und dieser auch durch aggressive Lebensmittelwerbung und unzureichende Lebensmittelkennzeichnung Vorschub geleistet werde.

Rüdiger Meierjürgen, Leiter des Bereichs Prävention bei der BARMER GEK, setzt an dem Verständnis der juvenilen Adipositas als einem systemisch verursachten Risiko an und zieht Verbindungslinien zu neueren Erkenntnissen und Strategien im Bereich ‚Public Health‘. Systemisch verursachte Risiken bedürfen eines Paradigmenwechsels weg von der Einzelverantwortung hin zu einem systemischen Risikomanagement und einer solidarischen, ‚kooperativen Verantwortungsübernahme‘, der sich alle relevanten Akteure und Institutionen zu stellen haben.

Ausgehend von der Problemstellung Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter entfalten *Eva Hummel, Friederike Wittig und Ingrid Hoffmann* vom Max Rubner-Institut ein multikausales Wirkungsgeflecht, das neben ‚nahe liegenden‘ Einflussfaktoren wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten weiter entfernt liegenden Ursachen der Adipositas nachspürt. Mit Blick auf wirksame Prävention fordern sie, dass – über proximale Stellgrößen wie Ernährung und Bewegung hinaus – den systemischen Ursachen des Problems Rechnung getragen werden muss.

Der Erfolg eines solch großen, über fünf Jahre interdisziplinär operierenden Forschungsprojekts bedarf der Mitwirkung vieler Akteure, denen unser Dank gebührt. An erster Stelle haben wir dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für den Forschungsauftrag und die großzügige Finanzierung unseres Forschungsvorhabens zu danken. Ebenso dankbar sind wir der DLR, unserem Projektträger, und namentlich Dr. Martin Schmied, der unser Projekt mit großem inhaltlichen Interesse verfolgt und uns mit wertvollen inhaltlichen und verwaltungstechnischen Hinweisen und mit großer Geduld geholfen hat, alle auftretenden Hürden zu meistern.

Im Projektverlauf wurden umfangreiche empirische Arbeiten durchgeführt. Allen voran haben wir den vielen ‚dicken‘ Kindern und Jugendlichen herzlich dafür zu danken, dass sie uns, trotz vermutlich vieler Vorurteilserfahrungen, ihr Vertrauen geschenkt und uns ihre Erfahrungen eingehend geschildert haben. Ihr Mitwirken hat unser Projekt überhaupt erst ermöglicht und dazu beigetragen, dass wir unseren wissenschaftlichen Horizont erweitern konnten. Doch damit nicht genug: Bei manch qualitativem Leitfadeninterview haben sie uns auf beklemmende Weise vermittelt, was es bedeutet, in unserer Gesellschaft ein Leben mit starkem Übergewicht zu führen.

Nicht minder haben wir den Schülerinnen und Schülern zu danken, die sich an unserer Umfrage beteiligt haben – und ganz besonders jenen, die sich freiwillig für anthropometrische Untersuchungen oder langwierige Ernährungsbefragungen

bereit erklärt haben. Unser Dank schließt die Schulämter, Schulleiter, Lehrkräfte und Eltern ein für die Erlaubnis, die Untersuchungen an den Schulen durchführen zu dürfen.

Dank schulden wir auch den Erwachsenen, mit denen wir narrative Interviews geführt haben, um die Unterschiede zwischen der Kindheit in den 50er und 60er Jahren und heute verstehen zu lernen, und den rund 100 TeilnehmerInnen an den Fokusgruppen, von denen wir uns aus ganz unterschiedlichen Perspektiven heraus ihre direkten oder mittelbaren Erfahrungen mit Übergewicht und Adipositas berichten ließen, darunter Personen, die von Übergewicht betroffen waren, Kinder, Jugendliche und erwachsene Deutsche sowie Personen mit türkischem Migrationshintergrund, Eltern schlanker und übergewichtiger Kinder, Lehrkräfte und ErzieherInnen, in Selbsthilfegruppen und professionellen Einrichtungen zur Adipositasprävention Beschäftigte, Ärzte, Therapeuten und Akteure aus der Werbebranche.

Sowohl für die Diagnose der Entstehungsbedingungen als auch hinsichtlich der Optionen für eine erfolgreiche Adipositasprävention waren die Einsichten der Expertinnen und Experten von großer Bedeutung, die uns ihre Zeit geopfert haben und für Experteninterviews zur Verfügung standen. Ihnen allen sei hiermit herzlich gedankt.

Bei der Konzeption des empirischen Designs, im Vorfeld der Datenerhebung und bei der Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten standen uns Rolf Porst, Dr. Wolfgang Bandilla und Alfons Geis von der GESIS in Mannheim – vormals ZUMA – mit Rat und Tat zur Seite, wofür wir unseren Dank aussprechen wollen.

Für sein besonderes Engagement bei der erfolgreichen Planung und Durchführung der Datenerhebung in den Bundesländern Hessen, Thüringen und Sachsen-Anhalt, sowie für die kompetente Aufbereitung und tatkräftige Mitwirkung bei den Analysen der Surveydaten schulden wir Andreas Stolberg vom ‚Datenpunkt‘ in Marburg großen Dank. Für die aufwendigen Rekrutierungsarbeiten im Vorfeld der Fokusgruppen gilt unser Dank Frank Ulmer (Kommunikationsbüro Ulmer), der uns ein gleichermaßen kompetenter wie gewissenhafter Ansprechpartner war.

Von Projektbeginn an kamen wir in den Genuss kompetenter Hilfestellung und Beratung durch einen Wissenschaftlichen Beirat, der mit international renommierten Expertinnen und Experten besetzt war. Für die Bereitschaft, trotz teilweise beträchtlicher Entfernungen und großen Aufwandes unentgeltlich an den Beiratstreffen teilzunehmen, für die aufmerksame, hoch kompetente Kommentierung der Projektfortschritte und viele wertvolle Hinweise danken wir Prof. Dr. Marina Fischer-Kowalski (Universität Klagenfurt), Prof. Dr. Ingrid Hoffmann (Max Rubner-Institut), Dr. Andreas Klinke (Swiss Federal Institute of Technology), Dr. Harry

Kuiper (RIKILT, Wageningen, Niederlande), PD Dr. Jürg Lüthy (ehem. Bundesamt für Gesundheit, Bern), Prof. Dr. Erik Millstone (University of Sussex, UK) und Prof. Dr. Stephen G. Sapp (Iowa State University, USA).

Entsprechend der transdisziplinären Ausrichtung unterhielt das Projekt enge Kontakte zu Akteuren aus einschlägigen Institutionen, die auch einen praktischen Zugang zum Problemkreis adipöser Kinder und Jugendlicher haben. Zu diesem Zweck haben die Projektverantwortlichen ein Gremium mit relevanten Akteuren eingerichtet, dem turnusmäßig Bericht erstattet und von dessen Mitgliedern wir beraten wurden. Einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Arbeitskreises haben außerdem an dem Expertendelphi zur Bewertung von Präventionsoptionen teilgenommen. Für ihre tatkräftige Unterstützung geht unser herzlicher Dank an Friederike Ahlers (Frosta AG), Prof. Dr. Christiane Bode (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), Prof. Dr. Bernd Heins (INEP gGmbH Oldenburg), Dr. Rolf F. Hertel (ehem. Bundesinstitut für Risikobewertung), Christian Lahnstein (Münchener Rück), Susanne Langguth (Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V.), Barbara Leykamm und Dr. Torben Sammet (Regierungspräsidium Stuttgart), Ellen Frings (IFOK – Institut für Organisationskommunikation), Dr. Rüdiger Meierjürgen (BARMER GEK), Angelika Michel-Drees (ehem. Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.), Prof. Dr. Carl Joachim Partsch (Klinikum Esslingen), Prof. Dr. Martin Wabitsch und Dr. Anja Moss (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Joachim Westenhöfer (Deutsche Adipositas-Gesellschaft), Axel Wilhelm und Lidija Marjanovic (Scoris Investment Research/Sustainalytics Deutschland), Dr. Markus Scholand (WestLB), Prof. Dr. Wolfgang Schlicht und Dr. Martina Kanning (Institut für Sport- und Bewegungswissenschaft der Universität Stuttgart), Prof. Dr. Ralf Brand und Daniela Kahlert (Sportpsychologie, Universität Potsdam), Dr. Jürgen Wuthe, Regine Merkt-Kube und Wolfgang Sindlinger (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg) sowie Christian Barthruff und Zeljko Radinkovic (Universität Stuttgart).

Vor Ort wurden wir von Agnes Lampke und Anja Schnepf in allen Verwaltungsangelegenheiten freundlich und kompetent betreut. Sabine Mertz hat die gewissenhafte Lektüre des Textmaterials übernommen und uns beim Redigieren der Texte unterstützt. Auch ihnen gilt ein herzliches Dankeschön.

Die Zusammenstellung des Sammelbandes erforderte viel Zeit, das teilweise mehrstufige Redigieren und Revidieren der Texte Toleranz und Engagement bei den AutorInnen und KommentatorInnen, denen wir für ihre Geduld und Kooperationsbereitschaft ebenso danken möchten wie Frau Dr. Cori Antonia Mackrodt und Frank Engelhardt vom VS Verlag für die freundliche Betreuung und ihren Langmut

bei unserer nachlässigen Handhabung von Terminen. Sie alle haben maßgeblich dazu beigetragen, dass dieses Buch in sozialverträglicher Form entstehen konnte.

Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn

Philosophische Aspekte der Diskussion um Übergewicht und Adipositas als systemische Risiken

Niels Gottschalk-Mazouz

1. Einleitung

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

Die Phänomene *Übergewicht* und *Adipositas* sind sowohl *intrasystemisch* als auch *intersystemisch* erzeugt, da sie einerseits langfristige Eigendynamiken einzelner Systeme widerspiegeln (vgl. Zwick und Renn in diesem Band), andererseits aber auch – und dieser Aspekt wird im Folgenden vertieft – das Zusammenwirken u.a. der Systeme Gesundheit, Ernährung, Erziehung, Ökologie bzw. Stadtplanung, Wirtschaft und Politik. Jedes dieser Systeme bekommt bestenfalls einen Ausschnitt

des Phänomens zu fassen und ist mit der Bewertung sowie der Ausarbeitung von Reaktionen und Maßnahmen alleine überfordert.

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

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

Es sollte daher nicht einfach vom Bestehen eines erheblichen Risikos ausgegangen und dann nach möglichst effizienten Maßnahmen gesucht werden. Hierbei wäre die Philosophie ohnehin nur ganz am Rande gefragt. Vielmehr ist eine der Komplexität gerecht werdende Wiederannäherung an den Phänomenbereich Übergewicht und Adipositas vonnöten. In drei Schritten haben wir versucht, seitens der Philosophie einen Beitrag zu einer solchen Wiederannäherung zu leisten, nämlich

mit erstens einer wissenschaftstheoretischen Analyse des Krankheitsbegriffs, zweitens der Untersuchung des Beitrags der Phänomenologie zu einer (Wieder-) Annäherung an die Phänomene Krankheit und Übergewicht und drittens einer interdisziplinären Integration insbesondere auch entdramatisierender Risikobefunde, mit dem Ziel, Grundlagen für eine ausgewogene Bewertung möglicher Maßnahmen beizusteuern. Der dem ersten Schritt entsprechende Projektteil wurde vom Autor dieser Zeilen bearbeitet, der dem zweiten entsprechende von Zeljko Radinkovic und der dem dritten entsprechende von Susanne Seitz.

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

2. Krankheitsbegriff und Kriterien der Krankheitswertigkeit von Adipositas

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

- Es gibt verschiedene Krankheitsbegriffe, die in verschiedenen Kontexten verwendet werden (WHO, Arzt-Patientenbeziehung, ICD-10, Kostenübernahme, Arbeitsfähigkeit, Medizinische Forschung). Dass etwas in einem Kontext als Krankheit gilt und in einem anderen nicht, heißt nicht, dass der Begriff vage ist.
- Gegenüber anderen fachkundigen Personen verwendet der Arzt ein hoch differenziertes und absolut nicht vages Klassifikationssystem (ICD-10), das Krankheitsstypen aufführt.
- In der Arzt-Patientenbeziehung wird (auch stillschweigend angesichts der Klassifikationsmöglichkeiten) ausgehandelt, was konkret eine Krankheit ist und was behandlungsbedürftig. Dass *dieser* Krankheitsbegriff nicht im

Vorhinein festliegt, ist also Absicht (und kein Zeichen von unzureichender Bestimmtheit des Begriffs).

- Gesundheitspolitik und ‚Public Health‘ orientieren sich am WHO-Begriff von Gesundheit: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946/2009: 1) – Das ist nicht vage, wohl aber sehr weit gefasst und Ausdruck einer sehr weitgehenden Zielsetzung.
- Insbesondere der Krankheitsbegriff des Sozialgesetzbuches (SGB) ist keineswegs unscharf, sondern dient seinem Zweck, nämlich eine Rechtsprechung so weit zu leiten, dass diese Einzelentscheidungen konsistent fällen kann. Doch dazu später mehr.

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

2.1 *Medizintheorie und Wissenschaftstheorie: Theoretischer Krankheitsbegriff*

Aus ideengeschichtlicher Perspektive werden in einer Reihe von Arbeiten (Fleck 1980, Fleck 1983, Foucault 1996, Engelhardt 1995) in der gegenwärtigen medizintheoretischen Diskussion normative und nicht-normative Krankheitsbegriffe unterschieden. *Normative Begriffe* (z.B. Engelhardt 1974, Nordenfelt 1987) gehen üblicherweise von subjektiv oder kulturell negativen Bewertungen als ausschlaggebend für eine Bezeichnung als ‚krank‘ aus. *Nicht-normative Ansätze* fußen auf einer Abweichung von der biologischen Normalität, die entweder ätiologisch auf evolutionäre Selektion von Merkmalen auf Gattungsebene (z.B. Wakefield 1992, der diese mit einem kulturellen Kriterium kombiniert) oder auf individuell nützliche Funktionen wie Reproduktion und Überleben bezogen ist (so z.B. Boorse 1977 und 1997). Dies führt in eine komplexe Grundlegendiskussion der Biologie um die Frage nach dem Stellenwert von Funktionen und funktionalen Erklärungen (Millikan 1989, Boorse 2002).

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

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

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

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

2.2 Praktischer Krankheitsbegriff: Offene Rechtsbegriffe.

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

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

Adipositas eine ärztliche Behandlung, so belegt das zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankensicherungsrechtlichen Sinne.“ (Abs. 11)

Was das Risiko von anderen Erkrankungen erhöht, ist also selbst eine Krankheit, scheint das BSG hier zu schreiben. Ob ein derart erhöhter BMI das Krankheitsrisiko erhöht, brauchen wir hier nicht zu diskutieren (vgl. dazu den Beitrag von Schorb und Helmert in diesem Band). Die gerade betrachtete Argumentation bezieht sich jedenfalls auf die SGB-Krankheitsdefinition. Diese wurde in einem anderen Urteil (B 1 KR 9/04 R, Abs. 12) so erläutert: „Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung setzt nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V eine „Krankheit“ voraus. Damit wird in der Rechtsprechung ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand umschrieben, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht“ (BSGE 85, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr 11 S 38, BSGE 72, 96, 98 = SozR 3-2200 § 182 Nr 14 S 64 jeweils mwN). In diesem Urteil werden auch „Entstellungen“ diskutiert, bloßer Körperumfang scheint aber nicht dazugezählt zu werden. Ebenso wenig, und das ist von Interesse im Kontext der Fett-*Sucht*-Diskussion, wird Adipositas im Absatz 12 von B 1 KR 1/02 R ausdrücklich als „keine psychische Krankheit“ bezeichnet.

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

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

2.3 Öffentliche Diskussion: Teils sehr verkürzt.

Die öffentliche Diskussion konkreter medizinischer Fragen ist hingegen häufig beherrscht von Durchschnittsvorstellungen von Gesundheit, und das auch in praktischer

Hinsicht. Wenn es um Übergewicht und Adipositas geht, sind die gebräuchlichen Kriterien einerseits absolute Zahlenwerte des BMI und andererseits Veränderungen in bestimmten Perzentilen desselben. Aber auch der Bauchumfang oder verschieden gefasste Bauch-Hüft-Relationen werden herangezogen. Orientiert man sich nur am BMI, erscheinen drei Viertel aller Männer und die Hälfte aller Frauen in Deutschland mindestens als übergewichtig, je fast ein Viertel gar als adipös (Böcken et al. 2003), was den Deutschen die Schlagzeile einbrachte, „die dicksten Europäer“ zu sein (Süddeutsche Zeitung vom 18.4.2007 unter Bezug auf einen Vergleich der International Association for the Study of Obesity). Diese Kriterien mögen zur schnellen Orientierung praktisch sein, auch zur Rechtfertigung politischer Maßnahmen gelegen kommen, sagen – wie die wissenschaftstheoretische Analyse zeigt – als solche aber wenig über die medizinische Krankheitswertigkeit und sehr wenig über eine individuelle Behandlungsbedürftigkeit aus. Diese Kriterien dennoch dafür heranzuziehen, ignoriert nicht nur das Problem der teils schwach belegten statistischen Korrelationen zu relevanten Funktionsstörungen (vgl. Zwick 2008: 4f. in Auswertung der ALLBUS-Studie von 2004 und mwN, sowie Schorb und Helmert in diesem Band), sondern auch das Problem der kollektiven und individuellen Bewertungen solcher Störungen. Weitergehende Diskussionen, wie diejenigen nach Ursachen und Maßnahmen, berücksichtigen diese Probleme oft nicht und unterliegen selbst weiteren, dramatisierenden Verkürzungen. Diese wurden im weiteren Projektverlauf aus phänomenologischer und sozial-ethischer Perspektive näher untersucht (vgl. die Beiträge in Gottschalk-Mazouz 2010 sowie Seitz und Zwick in diesem Band).

3. Resümee

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

Die für uns wichtigsten Kontexte sind m.E. diejenigen des SGB und der praktischen Ärzte. Am SGB-Krankheitsbegriff hängt die Frage, ob gesetzliche Krankenkassen eine Behandlung bezahlen dürfen und müssen. Dieser Begriff wird durch

gerichtliche Einzelentscheidungen fortgeschrieben und präzisiert. Am ärztlichen Krankheitsbegriff hängt die Frage, ob etwas unabhängig von der Kostenübernahme als behandlungsbedürftig angesehen wird. In ihm kommt zum Ausdruck, ob etwas als ein Zustand angesehen wird, gegen den der Betroffene etwas tun sollte. Der normative Kern beider Krankheitsbegriffe liegt m.E. in der Behandlungsbedürftigkeit (und nicht in der Abweichung von der Norm). Im Fall von Übergewicht und Adipositas handelt es sich *nicht* um einen unklaren Krankheitsbegriff, sondern vielmehr um einen unter vielen Grenzfällen bei Zuordnung eines Phänomens zu einem Begriff (nämlich zur Behandlungsbedürftigkeit und *damit* auch zur Krankheit).

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

Literatur

- Agich, G. J. 1997: A Pragmatic Theory of Disease, in: Humber, J.M. und Almeder, R.F. (Hg.): What Is Disease? Totowa: 221-246.
- Böcken, J., Braun, B. und Schnee, M. 2003: Gesundheitsmonitor. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, hg. von der Bertelsmann-Gesellschaft, www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-8CB0B4F9-76FB615/bst/xcms_bst_dms_15032_15033_2.pdf, verifiziert am 08.10.2010.
- Böhler, T. 2005: Kriterien für Adipositas als Krankheit, in: Wabitsch, M., Hebebrand, J, Kiess, W. et al. (Hg.): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Klinik, Berlin: 234-238.
- Boorse, C. 1977: Health as a Theoretical Concept. Philosophy of Science 44: 542-573.
- Boorse, C. 1997: A Rebuttal on Health, in: Humber, J.M. und Almeder, R.F. (Hg.): What is Disease? Totowa: 3-134.
- Boorse, C. 2002: A Rebuttal on Functions, in: Ariew, A., Cummins, R. und Perlman, M. (Hg.): Functions: New Readings in the Philosophy of Psychology and Biology, Oxford: 63-112.
- Engelhardt, D. v. 1995: Health and Disease: History of the Concepts, in: Reich, W.T. (Hg.): Encyclopedia of Bioethics, New York: 1085-1092.

- Engelhardt, T.J. 1974: Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. *Bulletin of the History of Medicine* 48, 2: 234-248.
- Fleck, L. 1980: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre von Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt a.M.
- Fleck, L. 1983: Erfahrung und Tatsache: Gesammelte Aufsätze. Frankfurt a.M.
- Foucault, M. 1996: Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M.
- Fulford, K.W. 1993: Praxis Makes Perfect: Illness as a Bridge Between Biological Concepts of Disease and Social Conceptions of Health. *Theoretical Medicine* 14: 305-320.
- Fedoryka, K. 1997: Health as a Normative Concept: Towards a New Conceptual Framework. *The Journal of Medicine and Philosophy* 22: 143-160.
- Gottschalk-Mazouz, N. 2008a: Risikokulturen, in: Köngeter, J. (Hg.), Sicherheit und Risiko wasserbaulicher Anlagen (37. IWASA Internationales Wasserbau-Symposium Aachen), Aachen: A1-A22.
- Gottschalk-Mazouz, N. 2008b: Bericht: Probleme mit dem Begriff der Krankheit. Über die Normativität von Krankheit und Gesundheit und die Grenzen einer biologischen Fundierung dieser Begriffe. *Information Philosophie* 5: 12-19.
- Gottschalk-Mazouz, N. und Zurhorst, G. 2008: Krankheit und Gesundheit. Reihe ‚Philosophie und Psychologie im Dialog‘. Göttingen.
- Gottschalk-Mazouz, N. (Hg.) 2010: Übergewicht und Adipositas, Gesundheit und Krankheit. *Diskussionsbeiträge aus philosophischer Sicht*. Stuttgart, <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2010/5737/>, verifiziert am 02.02.2011.
- Hartmann, D. und Janich, P. (Hg.) 1996: Methodischer Kulturalismus. Zwischen Naturalismus und Postmoderne. Frankfurt a.M.
- Hebebrand, J., Dabrock, P., Lingenfelder, M. et al. 2004: Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt* 101, 37 vom 10.9.: A 2468-2474.
- Hesslow, G. 1993: Do we need a concept of disease? *Theoretical Medicine* 14, 1: 1-14.
- Keil, G. und Schnädelbach, H. (Hg.) 2000: Naturalismus. Frankfurt a.M.
- Klotter, C. 1990: Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem: Zur Geschichtlichkeit des Übergewichts, Heidelberg.
- Mazouz, N. 2004: Krankheit, Gesundheit, gutes Leben und liberale Ethik. *Dialektik- Zeitschrift für Kulturphilosophie*, 1: 97-116.
- Millikan, R.G. 1989: In Defense of Proper Functions. *Philosophy of Science* 56: 288-302.
- Nordenfeld, L. 1987: On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach. Dordrecht.
- OECD 2003: Emerging Risks in the 21st Century. An Agenda for Action. Paris, www.oecd.org/bookshop?pub=032003011E1, verifiziert am 08.10.2010.
- Sade, R.M. 1995: A Theory of Health and Disease: The Objectivist-Subjectivist Dichotomy. *The Journal of Medicine and Philosophy* 20: 513-525.
- Wakefield, J. C. 1992: The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist* 47, 3: 373-388.
- WHO 1946/2009: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Dt. Übersetzung, Stand vom 25. Juni 2009. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> verifiziert am 10.7.2010.
- Wiesing, U. 1998: Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44, 2: 83-97.
- Zwick, M.M. 2008: Maßnahmen wider die juvenile Adipositas, *Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung* Nr. 9, Stuttgart.

Kritische Betrachtungen zur Verwendung des Body-Mass-Index und der Gewichtsklassifizierung bei Minderjährigen

Friedrich Schorb / Uwe Helmert

Die ‚Übergewichts-Epidemie‘

Adipositas und Übergewicht werden seit einigen Jahren zu den wichtigsten weltweiten Gesundheitsproblemen gezählt. Seit 1997 bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation WHO Adipositas als Epidemie (WHO 1997 und 2000). Dies ist eine Deutung, die sich mittlerweile allgemein durchgesetzt hat. Auch in Deutschland werden, spätestens seitdem die ehemalige Verbraucherschutzministerin Renate Künast das Thema in ihrer Regierungserklärung „Eine Ernährungsbewegung für Deutschland“ im Jahr 2004 zur Chefsache erklärt hatte (Künast 2004), Übergewicht und Adipositas nicht länger als ein medizinisches oder ästhetisches, sondern als ein *gesellschaftliches Problem* wahrgenommen.

Im Zusammenhang mit Adipositas werden die Ergebnisse epidemiologischer Forschung häufig nicht angemessen wiedergegeben. Dies zeigt sich besonders deutlich an der ‚*Epidemie-Semantik*‘ von Übergewicht und Adipositas. Der weltweite mediale Siegeszug der ‚Übergewichts-Epidemie‘ geht auf eine Fachtagung der WHO mit dem Titel: „Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic“ vom Juni 1997 zurück. Seither wurde diese Sprachregelung durch die überwiegende Mehrzahl der Medien, Gesundheitsinstitute, -ministerien und -organisationen unhinterfragt übernommen.

Entscheidend für die Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas als einer Epidemie sind die zugrunde gelegten Grenzwerte. Noch bis Ende der 1990er Jahre lagen keine einheitlichen Grenzwerte zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen vor. Nationale Grenzwerte hatten selten bindenden Charakter. Viele Länder, darunter auch Deutschland, kannten nur unverbindliche Faustregeln. In Deutschland wurde zumeist der Broca-Index verwendet. Zur Formel, Körpergröße in Zentimetern minus 100 zur Bestimmung des Normalgewichts, wurden 10 oder 15% für Übergewicht und 20% für Adipositas addiert (vgl. Schorb 2009: 37). Im Alltag war zudem das sogenannte Idealgewicht von Bedeutung. Dafür wurden von obiger Formel bei Männern 10% und bei Frauen 15% abgezogen.

Dieses Gewicht lag, insbesondere bei kleineren Frauen, in der Nähe dessen, was heute als Untergewicht definiert wird.

Anders war die Situation in den USA. Hier existierten schon seit den 1980er Jahren Grenzwerte, die sich an den Perzentilen des in vierjährigen Abständen erhobenen Nationalen Gesundheitssurveys NHANES orientierten. Als Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas wurden das 85te und das 95te Perzentil der Altersgruppe der 20-29-jährigen des NHANES von 1980 definiert: BMI 27,8 bzw. 27,3 als Grenzwert für Übergewicht bei Frauen respektive Männern und BMI 32,3 bzw. 31,1 als entsprechende Grenzwerte für Adipositas (vgl. Kuczmarski und Flegal 2000).

1997 legte die WHO erstmals weltweit einheitliche Grenzwerte fest: BMI 25 für Übergewicht und BMI 30 für Adipositas. Die Sprachregelung von der ‚Übergewichts-Epidemie‘ und die strikten Grenzwerte gehen maßgeblich auf die Einflussnahme der von der Pharmaindustrie finanzierten International Obesity Task Force (IOTF) zurück. Sie hatte den Bericht der WHO maßgeblich vorbereitet (vgl. u.a. Campos 2004, Oliver 2006).

Die Festlegung der *Grenzwerte* war von entscheidender Bedeutung für die Darstellung von *Übergewicht und Adipositas* als einer Epidemie. Denn erst durch die global vereinheitlichten Grenzwerte konnten seriöse Schätzungen über die weltweite Betroffenheit vorgenommen werden. Durch die Festlegung auf den Grenzwert von BMI 25 war die Bevölkerungsmehrheit in den meisten Industrieländern als übergewichtig definiert worden. In den USA wurden auf diese Weise mehr als 35 Millionen ‚Normalgewichtige‘ über Nacht zu ‚Übergewichtigen‘ gemacht (Kuczmarski und Flegal 2000). Auf Grundlage der neuen Grenzwerte summierten sich die Schätzungen über die weltweite Betroffenheit von Übergewicht auf die Gesamtzahl von einer Milliarde Menschen. Diese Größenordnung hat hohe Symbolkraft. Denn nach Angaben der Welternährungsorganisation FAO litten zur Jahrtausendwende ebenfalls ca. eine Milliarde Menschen unter Hunger. In der Folge sprachen Ernährungswissenschaftler wie der US-Amerikaner Barry Popkin davon, dass zur Jahrtausendwende die Zahl der Übergewichtigen erstmals größer sein werde als die der Hungernden (vgl. u.a. Popkin 2007). Adipositas wurde durch die International Obesity Task Force (IOTF) zur „millenium disease“ erklärt. Aus der globalen Adipositas-Epidemie konstruierten Sprachakrobaten „Globesity“ (Delpeuch et al. 2009).

Fest steht: Ohne den Grenzwerte BMI 25 für Übergewicht wäre eine derart dramatisierende Problemwahrnehmung nicht denkbar gewesen. Begründet wurde die Wahl des niedrigen Grenzwertes mit den Ergebnissen von epidemiologischen Studien, die schon bei Werten um BMI 25 ein erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen