

Henning Schmidt-Semisch · Friedrich Schorb (Hrsg.)

Kreuzzug gegen Fette

Henning Schmidt-Semisch
Friedrich Schorb (Hrsg.)

Kreuzzug gegen Fette

Sozialwissenschaftliche Aspekte
des gesellschaftlichen Umgangs
mit Übergewicht und Adipositas



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

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 2008

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2008

Lektorat: Frank Engelhardt

Der VS Verlag für Sozialwissenschaften ist ein Unternehmen von 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

Titelbild: Franziska Fiolka

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Krips b.v., Meppel

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-531-15431-2

Inhalt

Einleitung.....	7
<i>Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb</i>	
Von der Diätetik zur Diät – Zur Ideengeschichte der Adipositas	21
<i>Christoph Klotter</i>	
Übergewicht und Körperdeutungen im 20. Jahrhundert – Eine geschichtswissenschaftliche Rückfrage.....	35
<i>Uwe Spiekermann</i>	
Adipositas in Form gebracht. Vier Problemwahrnehmungen.....	57
<i>Friedrich Schorb</i>	
Die „Adipositas-Epidemie“ in Deutschland – Stellungnahme zur aktuellen Diskussion	79
<i>Uwe Helmert</i>	
Anti-Fett-Politik – Übergewicht und staatliche Interventionspolitik in den USA	89
<i>Rogan Kersh & James Morone</i>	
Keine „Happy Meals“ für die Unterschicht! Zur symbolischen Bekämpfung der Armut	107
<i>Friedrich Schorb</i>	
„Im Gleichgewicht für ein gesundes Leben“ – Präventionsstrategien für eine riskante Zukunft.....	125
<i>Stefanie Duttweiler</i>	
Fitte Wirtschaft und schlanker Staat: das neoliberale Regime über die Bäuche	143
<i>Eva Kreisky</i>	

Essstörungen, Körperbilder und Geschlecht.....	163
<i>Carmen Gransee</i>	
Fitte Frauen – Dicke Monster? Empirische Exploration zu einem Diskurs von Gewicht	171
<i>Paula-Irene Villa & Katherina Zimmermann</i>	
Das metabolische Syndrom im Alltag – <i>translation</i> im Zeitalter von Biosozialität	191
<i>Jörg Niewöhner</i>	
Medien: Dickmacher oder Mittel zur Förderung einer gesunden Lebensweise?.....	207
<i>Helga Theunert</i>	
Essen und Überfressen – Anmerkungen zu kulturellen Aspekten der Nahrungsaufnahme	227
<i>Lotte Rose</i>	
AutorInnenverzeichnis.....	241

Einleitung

Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb

„Many (...) now think that anyone who has a [heart attack] must have lived the life of gluttony and sloth (...) We seem to view raising a cheeseburger to one's lips as the moral equivalent of holding a gun to one's head.“

(P.R. Marantz 1990: 1186)

Übergewicht und Adipositas gelten als die größte gesundheitspolitische Herausforderung der Zukunft. Weltweit sollen heute mehr Menschen übergewichtig als unternährt sein, und Experten sprechen davon, dass „Fettleibigkeit zur globalen Norm“ werde und spätestens seit der Jahrtausendwende den Welthunger als dringendstes ernährungspolitisches Problem abgelöst habe. In den USA galt Übergewicht in den vergangenen Jahren bereits als Todesursache Nummer eins, bis die Zahlen vor kurzem deutlich nach unten korrigiert werden mussten.¹ Davon unbeeindruckt werden allerdings immer wieder Studien präsentiert, die erstmals seit Ende des 18. Jahrhunderts einen dauerhaften Rückgang der Lebenserwartung aufgrund steigender Adipositasprävalenzen in den führenden Industrienationen vorhersagen (vgl. u. a. Olshansky et al. 2005); und in manchen Ggenden der Welt (so etwa in Australien, dem Pazifikraum und Amerika) sollen Adipositas und Diabetes gar schon für das Aussterben der dortigen Ureinwohner verantwortlich sein (Tagesspiegel 2006). Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, warum in den USA schon Neugeborene ggf. als zu fett gelten (Popkin 2006) und warum auch hierzulande mittlerweile empfohlen wird, spätestens ab dem zweiten Lebensjahr die Gewichtsentwicklung genau im Auge zu behalten (Wabitsch 2003).

Spätestens seitdem die ehemalige Verbraucherschutzministerin Renate Künnast das Thema zur Chefsache erklärt hat, gelten auch in Deutschland Übergewicht und Adipositas nicht länger als ein medizinisches bzw. ästhetisches, sondern als ein gesellschaftliches Problem. Dabei werden das gesteigerte öffentliche Interesse sowie die politische Brisanz des Themas meist mit der rasanten Zunahme des Phänomens einerseits und den wahnwitzig hohen Folgekosten andererseits begründet. Die Zahlen, so wird behauptet, seien in den letzten Jahrzehn-

¹ Vgl. hierzu auch den Beitrag von F. Schorb „Adipositas in Form gebracht“ in diesem Band.

ten geradezu explodiert. Ähnlich wie im Bereich der Demographie und den daraus resultierenden Belastungen für die Renten- und Krankenversicherung werden Langzeitprognosen angestellt, die alle zum selben Schluss kommen: Wenn wir jetzt nichts tun, wird das, was wir jetzt noch ein überschaubares Problem nennen, das Fundament der ganzen Gesellschaft untergraben.

Angesichts dieser dramatischen Problemwahrnehmung nehmen sich die bereits verwirklichten und angekündigten Maßnahmen und Vorschläge geradezu bescheiden aus. Doch der Kreuzzug gegen Fette gewinnt an Fahrt, und seine Protagonisten intervenieren mit einer Vielzahl von Initiativen und Maßnahmen an Schulen, in Kindergärten, in Betrieben und auf Gemeindeebene. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei – wie oben bereits angedeutet – überwiegend auf die kommenden Generationen. Zwar ist Adipositas ein Phänomen das vor allem im höheren Lebensalter auftritt, doch gelten die dicken Kinder von heute als die Adipösen von morgen und eine Intervention bei den Kleinsten damit als besonders viel versprechend und nachhaltig. Mit dieser Begründung verschwinden in den USA und Großbritannien, aber auch in Deutschland bereits Schokoriegel, Gummibärchen und Soft Drinks aus den Schulen; Großbritannien führt rund um seine Lehrstätten Junk-Food-Bannmeilen ein, in denen z.B. die im Königreich so beliebten mobilen Fish & Chips-Buden nicht mehr anhalten dürfen (Mc Millan 2006). An Modellschulen in England werden Essensauswahl und Kalorienzufuhr der Kinder per Fingerabdruck gespeichert und die Eltern regelmäßig über das Ernährungsverhalten ihrer Zöglinge informiert (Sherman 2006). Singapur hat seinen Pummelchen nicht nur den Fast Food Genuss in den Schulmensen untersagt, sondern sie von der ersten bis zur Abschlussklasse in verpflichtende zusätzliche Sportkurse gesteckt – selbst in den Pausen müssen die Übergewichtigen zur Gymnastik antreten (Wong Maye-e 2004). Zwar wird das Programm aufgrund massiver Elternproteste im kommenden Schuljahr zugunsten eines holistischen Ansatzes eingestellt (AP 2007), ein Diskussionspapier des britischen Wissenschaftsministeriums indes lobt das Singapurer Modell als besonders effektiv. Gleichzeitig will man auf der Insel durch regelmäßige Reihen-Wiegungen die Voraussetzungen für eine zielgerichtete Intervention schaffen (Foresight 2006).

Ähnlich verfährt man bereits in Schleswig-Holsteinischen Kindergärten: Dort wird seit zwei Jahren ein „Frühwarnsystem“ zur Bekämpfung von Adipositas „aufgebaut, das möglichst viele Personen für das Problem sensibilisiert und ein kompetentes Hilfesystem aus Akteuren verschiedener Fachgebiete wie z.B. Ernährung, Bewegung und Entspannung“ (OptiKids 2006: 1) bilden soll. Um sich ein möglichst flächendeckendes und vollständiges Bild über Adipositas bei Kindern zu machen, werden „jeweils zu Beginn und Ende des Kindergartenjahres der BMI der Kinder festgehalten und ein Bewegungstest durchgeführt“ (ebd.: 2). Gleichzeitig „werden ErzieherInnen und Eltern zum Ernährungs- und Bewe-

gungsverhalten der Kinder in Kindergarten und Zuhause befragt. (...) Zudem können einerseits in ihrem Essverhalten auffällige Kinder, die unter Umständen übergewichtig werden könnten, erfasst und gezielt beraten beziehungsweise unterstützt werden, zum anderen werden Kinder, die bereits im Kindergartenalter die 90er Perzentile überschreiten, an Hilfeangebote weiter vermittelt“ (ebd.).

In Niedersachsen wiederum wurde 2005 eine flächendeckende Datenbank für Fitnesswerte von allen rund 750.000 Schülerinnen und Schülern von der ersten bis zur zehnten Klasse eingerichtet. Die Schulreife markiert hier zugleich die Reife für eigenverantwortliches Handeln: Seit Juli 2005 können Schülerinnen und Schüler über ein internetgestütztes System mit eigenem passwortgeschützten Zugang „ihre im Sportunterricht der Schule einmal jährlich erhobenen Fitnesswerte vergleichen, einordnen und Anregungen und Motivation zur Verbesserung gewinnen“ (Fitnesslandkarte Niedersachsen, 2005). Hintergrund der Aktion ist die Sorge des niedersächsischen Kultusministers Busemann (und seiner Mitstreiter aus Sportverbänden und Krankenkassen) um die Fitnesswerte der Kinder und Jugendlichen in Niedersachsen: Diese lägen unterhalb des Bundesdurchschnitts und würden seit dem Jahr 2000 stetig absinken (Fitnesslandkarte Niedersachsen 2006). Zwei Jahre nach der Einführung hat der Fitnesstest zwar noch keine verlässlichen Werte geliefert, dafür aber viel Chaos und Ärger bei Sportlehrern, Eltern und Schülern verursacht: Moniert wurden u. a. die komplizierte Dateneingabe, der ungeklärte Datenschutz, der immense Zeitaufwand sowie der zweifelhafte Sinn der Übungen (Stadtteilerrat Hannover 2006).

Und schließlich wird den Fetten mittlerweile auch auf nationaler Ebene der Kampf angesagt: In Großbritannien warnen so genannte Lebensmittelampeln vor hohen Fett-, Salz- und Zuckeranteilen, und die Stadt New York hat ebenso wie Dänemark die als besonders problematisch angesehenen Transfettsäuren kurzerhand komplett verboten (Okie 2007). Fett- und Zuckersteuern werden nicht länger als exotische Hirngespinste, sondern als ernst gemeinte Lösungsvorschläge diskutiert. Werbeverbote sind in Großbritannien zumindest im Umfeld von Kinderfernsehsendungen bereits Realität (Food Standard Agency 2007).

Vor dem Hintergrund dieses allgemeinen Alarmismus einerseits sowie der daran geknüpften, vielfältigen und zum Teil auch recht drastischen Interventionen und Maßnahmen andererseits erscheint es uns durchaus legitim, von einem Kreuzzug gegen Fette (in der doppelten Bedeutung des Begriffes) zu sprechen. Dabei erfolgen sowohl die Problematisierung als auch die Bekämpfung des Übergewichts in einem gesellschaftlichen Umfeld, in dem der Wert der Gesundheit eine beachtliche Aufwertung erfahren hat: „Gesundheit“, so etwa Ilona Kickbusch (2006: 5), „wird allgegenwärtig und das derzeitige Gesundheitswesen wird zum Nebenschauplatz, wenn es um Gesunderhaltung geht. Es braucht von daher eine neue Gesundheitspolitik, die diesem Namen auch verdient.“ Geht es

nach Kickbusch, dann findet diese neue Gesundheitspolitik in einer Gesellschaft statt, die sie als „Gesundheitsgesellschaft“ bezeichnet und die sie als Ergebnis der „dritten Gesundheitsrevolution“ versteht: Nachdem im späten 19. und beginnenden 20. Jahrhundert die „erste Gesundheitsrevolution“ durch Investitionen in die Trink- und Abwasserversorgung, durch regulierten Arbeitsschutz und die Einführung der Schulpflicht sowie verbesserte Ernährung und Wohnbedingungen etc. zum weitgehenden Verschwinden der Infektionskrankheiten und zu einer stark angestiegenen Lebenserwartung geführt habe, habe die „zweite Gesundheitsrevolution“ – jedenfalls in den entwickelten Ländern – durch sozialstaatliche Interventionen eine weitgehende Teilhabe breiter Bevölkerungsschichten am medizinisch-technischen Fortschritt garantiert. Bei der dritten Gesundheitsrevolution, deren Zeugen wir gegenwärtig würden, gehe es hingegen um die Förderung der Gesundheit in den vielfältigen Lebenswelten des modernen Alltags. Dabei sei das vorrangige Ziel nicht (mehr) die Behandlung von Krankheiten, sondern deren Verhinderung (Prävention) sowie die Förderung von Gesundheit bzw. gesundheitsförderlichen Strukturen (vgl. Kickbusch 2006: 103ff.).

Erreicht werden sollen diese Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung durch eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“, die unterschiedliche Methoden und Ansätze verhaltens- und/oder verhältnisorientierter Interventionsformen zur Anwendung bringt und sich dabei auf Information und Aufklärung, Empowerment sowie grundlegende soziale und politische Veränderungen stützt: „Gemeinsam ist allen diesen Interventionsformen, dass sie in letzter Konsequenz (wenn auch mit unterschiedlicher Intensität) auf eine Verhaltensänderung der jeweiligen Ziel- oder Bevölkerungsgruppe zielen, mithin Reaktion auf unerwünschtes Verhalten sind. Auch wenn diese Interventionsformen in der Praxis nicht immer deutlich unterschieden werden können, so bilden doch die Gesundheitsinformationen (also Information und Aufklärung) idealtypischerweise die Basis einer (gestuften) gesundheitsfördernden (und durchaus emanzipativ gemeinten) Gesamtpolitik“ (Schmidt-Semisch 2007: 15f.).

Allerdings, so Kickbusch (2006: 6), drohe die Gesundheitsgesellschaft durch eine immer größer werdende Informationsflut ihre eigenen Grundlagen zu untergraben. Daher reiche es nicht aus, wenn Informationen einfach nur bereitgestellt würden, vielmehr müssten die Bürger selbst Gesundheitskompetenz entwickeln, um sich im Dschungel der Informationen, Produkte und Dienstleistungen nicht zu verlieren. Dass ein Zuviel an Informationen letztlich mehr Schaden als Nutzen bringen kann, dafür ist das Adipositas-Problem ein gutes Beispiel: Jahrzehntelang wurden Übergewichtigen bzw. solchen, die sich dafür hielten, immer neue Diäten und Abspeckkuren serviert, die sich im Nachhinein allesamt als

nutzlos, wenn nicht gar als kontraproduktiv erwiesen². Heute sind Diäten als Generalprophylaxe aus dem medizinischen Behandlungskatalog zwar verschwunden, geblieben ist jedoch eine Vielzahl von Ernährungsinformationen, die sich häufig widersprechen und nicht selten wechselseitig ausschließen. Experten reagieren zunehmend gereizt auf den Hinweis, dass sie ihren Adressaten wenig Substanzielles bieten können. So formulierte die Deutsche Gesellschaft für Ernährung im Juni 2007 in einer Pressemitteilung: „Widersprüchliche Berichte über die Ursachen dieser Entwicklung [gemeint ist die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas, d.A.] mögen zwar unterhaltsam sein, bestärken allerdings die Menschen darin, ihre Essentscheidungen und ihr Bewegungsverhalten auch weiterhin aus dem Bauch heraus mit den bekannten Folgen für den Bauchumfang zu treffen“. Es sei doch hinlänglich bekannt, „dass die Bevölkerung nicht bereit ist, eigene Ernährungs- und Lebensgewohnheiten zu überdenken oder sogar zu ändern, solange sie das Gefühl haben, dass noch ein erheblicher Dissens unter den Experten herrscht“. Dabei seien sich „im krassen Gegensatz zur öffentlichen Wahrnehmung (...) nicht Interessen geleitete Wissenschaftler und zur Neutralität und Objektivität verpflichtete Fachgesellschaften über die Verbreitung, Ursachen sowie notwendigen Präventionsmaßnahmen in Sachen Übergewicht weltweit weitgehend einig“ (DGE 2007).

In der Realität stellt sich dieser Sachverhalt freilich komplizierter bzw. umstritten dar, wie ein Blick in die zahlreichen medizinischen Fachzeitschriften unschwer erkennen lässt. Doch ganz falsch ist die Aussage trotzdem nicht: Das Gros der Experten und vor allem die international agierenden Organisationen wie die WHO, die IASO oder die IOTF³ sowie die nationalen halbstaatlichen und staatlichen Ernährungsinstitute sind sich tatsächlich weitgehend einig darin, was zu tun ist. Im Ärzteblatt bringen Deutschlands führende Adipositasexperten es sehr klar auf den Punkt: Maßnahmen, die notwendig wären, um den Trend bei Adipositas und Übergewicht umzudrehen, „entsprechen (...) nicht den gegenwärtig häufigen Wertvorstellungen und Wünschen der Menschen, die eher durch Gewinn, Konsum, Genuss und Lebensfreude charakterisiert sind. Die genannten Strategien würden deshalb zu erheblichen Einschnitten in die Gesellschaft führen. Hiervon wären nicht nur übergewichtige, sondern auch normalgewichtige Personen betroffen. Keine der genannten Maßnahmen hat eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz. Aber die bisherigen Präventionsstrategien zur Be-

² „Kaum eine Krankheit wird mit so unwirksamen und manchmal sogar kontraindizierten Mitteln und Methoden ‚behandelt‘ wie die Adipositas“, schrieb z.B. einer der führenden Adipositas Experten in der Bundesrepublik, Volker Pudel (2001: 953; vgl. auch Klotter 2007: 218ff.).

³ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die einflussreichen Lobbygruppen, die Internationals Association for the Study of Obesity (IASO) sowie die International Obesity Task Force (IOTF) setzen auf bevölkerungsbezogene Maßnahmen, die den Zugang zu „ungesunden“ Lebensmitteln erschweren sollen.

kämpfung des Rauchens deuten darauf hin, dass nicht immer gewartet werden muss, bis sich eine spezifische Maßnahme als nachweislich wirksam herausstellt“ (Müller/Reinehr/Hebebrand 2006: A 338).

Ganz offensichtlich also reicht es nicht aus, die Individuen – so wie bisher – zu informieren und zu empowern: Oder warum, so Kickbusch (2006: 54f.), „leben so viele Menschen trotz eines hohen Informationsstandes und vieler Gesundheitsprodukte nicht gesund?“ Warum sind, trotz der verbreiteten Bekanntheit der gesundheitlichen Folgen, 200 Millionen Europäer „nicht nur überge wichtig, sondern fettleibig? Das ist kein Resultat rein individueller Lifestyle Entscheidungen, sondern das Ergebnis struktureller Veränderungen unserer Lebensweisen, des Marktes und der Nahrungsmittelproduktion.“ Dementsprechend, so Kickbusch weiter, müsse umgedacht und eine neue Art von Gesundheitspolitik installiert werden, die grundlegende soziale und politische Veränderungen bewirken könne. D.h. wenn sich die Individuen – trotz aller Informierung durch Experten – doch regelmäßig „falsch“ entscheiden, „weiche“ Interventionen auf individueller Ebene also nur wenig Erfolg versprechend sind, dann stellt sich die Frage, ob und wie dieses Verhalten (ggf. auch jenseits von Gesundheitskompetenz und Empowerment) durch politische Entscheidungen und Maßnahmen verändert werden kann bzw. verändert werden darf.

Zwar ist man, wie das o.g. Zitat von Müller, Reinehr und Hebebrand zum Ausdruck bringt, in Deutschland noch vorsichtig im Hinblick auf rigide Maßnahmen, z.B. weil sie „nicht den gegenwärtig häufigen Wertvorstellungen und Wünschen der Menschen, die eher durch Gewinn, Konsum, Genuss und Lebensfreude charakterisiert sind“, entsprechen. Für Kickbusch hingegen sind das keine stichhaltigen Einwände: „So ganz verständlich sind diese Argumente nicht: (...) Wie ist es der Freiheit dienlich, wenn man als Unterschichtskind schon in der Schule Zugang zum Soft Drink Automaten hat und wenn die Portionen im Burgershop immer größer werden? Dient es der Freiheit sich selbst zu schädigen und die Allgemeinheit dafür zahlen zu lassen? (...) Macht es Spaß, wenn man wegen Übergewicht nicht an der Turnstunde teilnehmen will?“ (Kickbusch 2006: 53).

Grundsätzlich stellen die Überlegungen zum Wie der Verhaltensänderung dabei auf zweierlei ab: Erstens auf „Masse“, d.h. auf eine Vielzahl von Strategien und Maßnahmen⁴, und zweitens auf die Eigenverantwortung der Individuen, was nichts anderes bedeutet, als „dass diejenigen Menschen, die nicht bereit sind, Ihre Lebensweisen zu ändern und entsprechende Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, die Konsequenzen für ihr Fehlverhalten dann selbst tragen müssen“ (Naidoo/Wills 2003: 93). Hinter solchen Überlegungen wieder-

⁴ „Um Verhaltensänderungen herbeizuführen, bedarf es – da sind sich inzwischen fast alle Epidemiologen einig – wegen der Vielzahl der beeinflussenden Faktoren auch einer Vielzahl von Maßnahmen in der Lebensumwelt“ (Kickbusch 2006: 56).

um scheint als Grundannahme der skizzierten Interventionspolitik auf, dass Krankheit grundsätzlich vermeidbar ist, wenn das Individuum nur ein ausreichendes Informations- und Risikomanagement betreibt und einen adäquaten Lebensstil pflegt. „Was aber ist mit jenen, die sich nicht an die Normen der Gesundheitsgesellschaft halten wollen oder halten können? Die Übergewichtigen und die Cholesterin-Junkies, die Raucher und die Bewegungsmuffel u.v.m., sie alle werden im Kontext einer ‚gesundheitsfördernden Gesamtpolitik‘ zu ‚Präventionsverweigerern‘, die gegebenenfalls mit schärferen Maßnahmen zu ihrem Glück gezwungen werden müssen“ (Schmidt-Semisch 2007: 18).

Die Gesundheitsgesellschaft reagiert zunehmend intolerant auf alle, die von ihrem Ideal eines vernünftigen und gesunden Lebens abweichen. Wer sich z.B. nicht an die engen Gewichtsvorgaben anpassen kann oder will, muss mit Sanktionen rechnen. Auf diese Weise unterstützt und härtet der medizinisch-politische Diskurs um die richtigen Körpermaße das ohnehin schon rigide Schönheitsideal und macht den Dicken das Leben durch administrative Maßnahmen zusätzlich schwer: Bewerber im öffentlichen Dienst mit einem BMI größer 30 werden nicht verbeamtet, und an Wohlverhalten und Idealgewicht geknüpfte Krankenkassentarife werden diskutiert. Zugleich werden nun auch im Bereich Ernährung zahlreiche Maßnahmen ergriffen oder in die Debatte eingebracht, die man bereits aus dem Kampf gegen den Tabak kennt: Nach dem Motto „copy and paste“ werden Warnhinweise gefordert, Sündensteuern diskutiert, Überwachungs- und Kontrollsysteme installiert sowie räumliche Verbotszonen und andere Verkaufsbeschränkungen eingeführt – gerade so, als sei Essen eine Ansammlung von Nährstoffen, bei denen trennscharf zwischen Gut und Böse, zwischen gesundheitsfördernd und gesundheitsgefährdend unterschieden werden könnte.

In einer Zeit, in der Moral, Tradition und Religion keine allgemein gültigen Argumente mehr gegen abweichendes Verhalten bereit halten (können), liefert nun Gesundheit das ideologische Rüstzeug, welches – gerade auch im Kontext einer neoliberalen, ökonomisch orientierten Rationalität – den Eingriff in die Privatsphäre der Menschen legitimiert (vgl. hierzu auch Klotter 2007: 114ff.). Wer seine Gesundheit nicht schützt – so diese Denkungsart – gefährdet nicht nur sich selbst, sondern die gesamte Gesellschaft: „Kein Gesundheitssystem der Welt“, so hat es z.B. Renate Künast (2004: 14) formuliert, „kann bewältigen, was Übergewicht und Fettleibigkeit uns an immensen Kosten aufbürdet, kein Sozialsystem aufbringen, was Millionen Arbeitsunfähiger benötigen.“ Was so verheerende Schäden anrichtet, das kann in einer solchen Sichtweise nicht länger als individuelles Problem abgetan werden; wo es den Standort zu verteidigen gilt, kann man auf individuelle Befindlichkeiten oder (ungesunde) kulinarische Prioritäten nicht länger Rücksicht nehmen: Gesundheitsschädliches Verhalten ist unsoziales Verhalten, individuelle Freiheitsrechte müssen da zurückstehen. Der

„War on Fat“ (den US-Präsident George Bush 2002 parallel zum „War on Terror“ ausrief; Vulliamy 2002), so legt es jedenfalls der Künastsche Duktus nahe, ist auch in Deutschland unvermeidlich: „Was wir brauchen ist eine Art Mobilmachung. Wir müssen uns auf einen langen zermürbenden Wettkampf um jedes Gramm einstellen, der uns sicher auch Rückschläge bescheren wird (...) Je eher wir anfangen, desto niedriger ist der Berg, den wir abtragen müssen. Jedes Pfund, das nicht auf unseren Rippen lastet, ist ein Erfolg“ (Künast 2004: 28).

Zwar weisen die Protagonisten der Gesundheitsgesellschaft, wie z.B. eben auch Kickbusch (2006: 146), allzu rigide oder gar repressive Interventionen (noch) zurück und konzeptualisieren die Gesundheit des 21. Jahrhunderts als „ein durch und durch demokratisches und reflexives Projekt“, das sich „gegen die totalitäre Dimension der Perfektion“ zu positionieren habe. Zugleich aber wird der Ton der „Anti-Fett-Kämpfer“ seit einiger Zeit schärfter, der Verweis auf die ökonomischen Folgen eindringlicher und die diskutierten und geforderten Programme und Interventionen nehmen an Rigidität zu. Insofern gilt zweifellos auch für den Bereich von Übergewicht und Adipositas im Besonderen, was Bröckling für Präventionsprogramme im Allgemeinen formuliert: „Präventionsprogramme gleichen Kreuzzügen, ihre Logik ist die der antizipierenden Säuberung: Gegen welches Übel auch immer sie antreten, es soll eliminiert werden. Selbst wenn ein endgültiger Sieg den Protagonisten utopisch erscheint und sie sich mit bescheideneren Vorgaben zufrieden geben, als regulative Idee leitet dieses Ziel ihre Praxis“.

Vor diesem Hintergrund fragt der vorliegende Sammelband weniger in ätiologischer Manier nach den Gründen für Adipositas, sondern beschäftigt sich eher mit den unterschiedlichen Aspekten ihrer Problematisierung: Warum konnte Adipositas in den vergangenen Jahren diese ungeheure mediale und politische Aufmerksamkeit auf sich ziehen? Wie war es möglich, dass das Übergewicht von einem individuellen Problem, dass bestenfalls noch für ein medizinisches Fachpublikum von Interesse war, zur Schicksalsfrage moderner Gesellschaften werden konnte? Wie wird Adipositas in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen problematisiert? Welches Menschbild scheint hinter diesen Problematisierungen auf? Wie wirken diese Problematisierungen zurück auf die jeweiligen Lösungsvorschläge? Solche und ähnliche Fragen werden in den Beiträgen des Buches behandelt.

Zunächst fragt *Christoph Klotter*, wie es möglich ist, dass eine Gesellschaft, die sich ihrer individuellen Freiheitsrechte und ihrer demokratischen Errungenschaften röhmt, gleichzeitig abweichende Verhaltensweisen und Körperperformen immer rigider kontrolliert und sanktioniert, ohne darin einen Widerspruch zu erkennen. Von der Diätetik der Antike – der normative, für alle geltende Körpermaße noch fremd waren – bis zu den kulturellen und medizingeschichtlichen

Wurzeln des modernen Schlankheitsideals zeigt Klotter in seinem ideengeschichtlichen Rückblick, wie die gesellschaftliche Thematisierung der Adipositas auf die unterschiedlichsten Weisen in der gesamten abendländischen Geschichte zur Kontrolle der Körper genutzt wurde.

Uwe Spiekermann plädiert in seinem Beitrag für eine Versachlichung der wissenschaftlichen und öffentlichen Debatte über die Körperentwicklung der Deutschen. Anhand historischer Analysen von Messdaten, die bis ins 19. Jahrhundert zurückreichen, zeigt er, wie sich die Körperperformen innerhalb von zwei Jahrhunderten substantiell veränderten. Dabei wird klar, dass das Fundament für die gegenwärtige „Adipositas Epidemie“ schon in den späten 1950er Jahren gelegt wurde. Anhand zahlreicher Abspeckkampagnen aus den 1960er und 1970er Jahren, die eine ähnliche Problemwahrnehmung wie heute dokumentieren, kann Spiekermann eindrucksvoll aufzeigen, dass die Thematisierung eines weit verbreiteten Übergewichts kein Phänomen der letzten Jahre ist und dass sich im 20. Jahrhundert die Körper selbst ebenso schnell verändert haben wie die kulturellen Körperdeutungen: Waren bis in die 1960er Jahre füllige Körper weitgehend positiv assoziiert, sollte sich dies mit den gesellschaftspolitischen und kulturellen Brüchen am Ende des Jahrzehnts schlagartig ändern. Im Fazit plädiert Spiekermann für einen stärkeren kulturwissenschaftlichen und historischen Beitrag im gegenwärtigen Diskurs um Übergewicht und Körperdeutungen.

Der folgende Beitrag von *Friedrich Schorb* ist der Versuch – vor dem Hintergrund unterschiedlichster Definitionen und Ansätze – Ordnung in den gegenwärtigen Adipositas-Diskurs zu bringen. Idealtypisch betrachtet, so Schorb, lassen sich dabei vier Thematisierungsvarianten unterscheiden: Erstens der prominent von der WHO vertretene Ansatz, wonach es sich bei Adipositas um eine Epidemie handele, die insbesondere auf eine veränderte Umwelt zurückzuführen sei, welche wiederum dem Menschen biologisch nicht mehr entspreche; zweitens die Annahme, bestimmte Nahrungsmittel machten geradezu zwangsläufig süchtig, dumm, aggressiv oder eben dick; drittens ein individualisierender Ansatz, der die Ursachen der Adipositas nicht in gesellschaftlichen oder biologischen Bedingungen sucht, sondern die Verantwortung des Einzelnen für sein Gewicht betont und Adipositas als „abweichendes Verhalten“ versteht; und schließlich viertens den Gegendiskurs der „Size Acceptance-Bewegung“, die Adipositas im Kontext körperlicher Vielfalt verstanden wissen möchte und deshalb das Leitbild des „fitten Fetten“ propagiert – ein Ansatz, der sich allmählich auch in der Wissenschaft zu etablieren scheint.

Uwe Helmerts Stellungnahme zur aktuellen Diskussion um eine angebliche Adipositas-Epidemie in Deutschland setzt sich kritisch mit der Interpretation von statistischen Aussagen über die Betroffenheit der Bevölkerung durch Übergewicht und Adipositas auseinander. Der Vergleich von Studien, die mit unter-

schiedlichen Methoden und zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden, führe, so Helmert, zu einer fragwürdigen Darstellung der Adipositasproblematik in Öffentlichkeit und Politik, die sich zum Beispiel in wissenschaftlich nicht haltbaren Äußerungen wie „Die Deutschen sind die Dicksten in Europa“ manifestiere. Der Beitrag kritisiert zudem die vorherrschende Thematisierung der ökonomischen Effekte von Adipositas und Übergewicht, die einseitig auf Folgekosten für das öffentliche Gesundheitswesen insistiere, ohne die Profiteure der Thematisierung und Behandlung von Adipositas und Übergewicht auch nur zu erwähnen. Unterbelichtet bleibe in der gegenwärtigen Debatte auch die Kehrseite des Schlankheitsideals: Untergewicht und Essstörungen.

Der Beitrag von *Rogan Kersh und James Morone* diskutiert vor dem Hintergrund einer historischen Analyse den Stand der gegenwärtigen Anstrengungen der US-amerikanischen Anti-Fett-Politik. Im gleichen Maße, wie die Sorge über steigende Adipositasraten in der US-amerikanischen Öffentlichkeit wachse, konkretisierten sich die Debatten um mögliche politische Interventionen. Trotz des Mythos von Individualismus und Selbstverantwortung als amerikanische Urtugenden verfügten die USA über eine lange Tradition staatlicher Einflussnahme in privates Verhalten. Anhand historischer Parallelen der staatlichen Intervention in vier private Bereiche – Alkohol, Drogen, Tabak und Sexualität bzw. Familienplanung – identifizieren Kersh und Morone sieben Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, bevor amerikanische Regierungen in intime Verhaltensweisen eingreifen. Der Diskussion darüber, welche Voraussetzungen für eine staatliche Intervention im Bereich Adipositas und Nahrungsmittelkonsum bereits erfüllt wurden, folgt die Analyse dessen, was die Regierung in diesem Feld schon unternommen hat und was sie zukünftig unternehmen könnte.

Als symbolische Bekämpfung von Armut will *Friedrich Schorb* den „War on Fat“ in seinem Beitrag „Keine Happy Meals für die Unterschicht!“ verstanden wissen. Im Kontext der jüngeren Debatten über die neue Unterschicht wie auch über eine vorgeblieche „Kultur der Armut“ werde Adipositas zunehmend zum sichtbaren Ausdruck aller jener Verhaltensweisen, die man dem so genannten „white trash“ zum Vorwurf mache: körperliche Untätigkeit, exzessiver Medienkonsum, übermäßiger Verzehr von Fast Food etc. Insofern, so Schorb, könne man den gegenwärtigen Adipositas-Diskurs durchaus als einen Klassen- oder Schichtkonflikt lesen, woran auch die Berufung auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse nicht grundsätzlich etwas ändere. Schorb illustriert seine These unter anderem mit den Ereignissen rund um die Auseinandersetzungen um gesundes Schulessen in Großbritannien.

Unter Rückgriff auf Foucault analysiert *Stefanie Duttweiler* die „Plattform Ernährung und Bewegung (peb)“ exemplarisch als ein wesentliches Element der aktuellen „Bio-Politik der Bevölkerung“, deren Merkmal es sei, Gesundheits-

problemen oder -risiken (wie etwa Adipositas) präventiv im Spannungsfeld von Subjekt und System zu begegnen. New Public Health versteht Duttweiler dabei als ein Macht-Wissens-Regime, dem es um die Regulierung und Kontrolle des individuellen wie des gesellschaftlichen Körpers gleichermaßen gehe. Theoretisch schlägt sich dies zwar in der Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention nieder; praktisch bedeute es aber die Adressierung sämtlicher gesellschaftlicher Akteure sowie jedes Einzelnen, was die Grenzen von Prävention zunehmend verwische bzw. ausweite und zu einer Universalisierung des Verdachts führe. Die damit zugleich verbundene Expansion politischer Interventionen bedeute allerdings nicht, die Einzelnen zu entmündigen, vielmehr produziere sie im Gegenteil eine Steigerung ihrer Verantwortlichkeit – für sich selbst sowie die Gesellschaft im Ganzen.

Der Beitrag von *Eva Kreisky* befasst sich mit der Metapher vom schlanken Staat und den korrespondierenden Körperbildern im Neoliberalismus. Staat und Gesellschaft, so Kreisky, würden seit jeher in Analogien zum menschlichen Körper beschrieben, und so sei auch in den aktuellen politischen und ökonomischen Diskursen viel vom schlanken Staat und schlanken Unternehmen, von lean management und von abgespeckten bzw. entschlackten Abläufen und Strukturen die Rede. Diese Metaphern fänden ihre reale Entsprechung in den dominierenden Vorstellungen davon, wie ein gesunder leistungsfähiger Körper auszusehen habe. Nicht nur für die Unternehmensköperschaft oder für den Staatskörper, sondern auch für den leiblichen Körper der Marktsubjekte gelte das Prinzip des Höher, Schneller, Weiter bei gleichzeitigem Zwang zur Nachhaltigkeit und Ressourcenschonung. Neoliberalen Körperpolitiken beschränkten sich nicht auf Appelle an den selbstverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper und überließen – im scheinbaren Gegensatz zu ihren antietatistischen Prämissen – die Umsetzung der Gesundheits- und Gewichts imperative nicht allein den Individuen. Stattdessen erklärten sie die übergewichtigen Körper zum öffentlichen Problem und damit zum Gegenstand staatlicher Intervention – einer Intervention freilich, die sich weniger gegen die Ursachen des Übergewichts als gegen die Übergewichtigen selbst richtete.

In welchem Verhältnis der aktuelle Alarmismus hinsichtlich des Übergewichts zu den neuen und alten Normierungen von vergeschlechtlichten Idealkörpern steht, diese Frage stellt sich *Carmen Gransee*. Dabei vertritt sie die These, dass Gesundheitspolitik zwar einerseits das Recht habe, gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen auch als solche zu thematisieren, dass man aber umgekehrt immer auch die Konsequenzen dieser Thematisierungen mitreflektieren müsse. Gerade im Bereich des Körnergewichtes könne eine pauschale Stigmatisierung von Übergewichtigen unbeabsichtigte Folgen haben, z.B. könne etwa die „tendenzielle Verstetigung von Schlankheitsidealen, beispielsweise für junge Frauen,

aber auch für junge Männer in der Adoleszenz in psycho-somatischer Hinsicht problematisch“ werden. Vor diesem Hintergrund, so Gransee weiter, sei es gerade mit Blick auf die Adipositas-Debatte auch für die Gesundheitswissenschaften angezeigt, das analytische Instrumentarium der Genderforschung noch stärker als bisher zur Geltung zu bringen.

Paula-Irene Villa und Katherina Zimmermann interessiert der Körper als jener Ort, an dem sich das Politische materialisiert und „soziale, politische und kulturelle Verhältnisse den Menschen unter die Haut gehen.“ Zugleich, so die Autorinnen, gehe es dabei immer auch um die Grenzziehungen zwischen dem „natürlichen“ Körper und den sozial „gemachten“ Veränderungen dieses Körpers. Diese kulturelle Dichotomie von „sozial vs. natürlich“ spiegele sich auch in den derzeitigen öffentlichen Thematisierungen des Körpergewichts in augenfälliger Weise wider, etwa wenn schon mit dem Begriff *Übergewicht* davon ausgegangen werde, dass ein „weniger“ an Gewicht die (natürliche) Norm sei. Um diese Verbindungen zwischen Norm und Abweichung frei zulegen, arbeiten Villa und Zimmermann die historisch je spezifischen Semantiken des „Monströsen“ heraus, „die stets zugleich als die Kehrseite des modernen Phänomens der ‚Normalität‘ mit-konstituiert werden.“ In Anschluss daran folgt eine exemplarische Diskursanalyse zweier kurzer Texte, die zum einen der Zeitschrift „Brigitte“ und zum anderen dem Internetportal von „Weight Watchers“ entnommen wurden.

Jörg Niewöhner vollzieht anhand des metabolischen Syndroms – der Kombination der Risikofaktoren Übergewicht, erhöhte Cholesterinwerte und Bluthochdruck – den Praxistest für das Konzept der Biosozialität. Biosozialität, so Niewöhner, impliziere eine zunehmende wechselseitige Durchdringung von medizinischen Expertensystemen und sozialen Alltagen. Anstatt beide als voneinander getrennte Sphären zu betrachten, vermittele das der Biosozialität inhärente Prinzip der *translation* zwischen den beteiligten Akteuren. Dieses Prinzip der *translation* wird an zwei Fallbeispielen, der Ethnizität in der Diagnostik und der „Size Acceptance-Bewegung“ untersucht. Im ersten Fall wird die nach Ethnien getrennte Erfassung von Risikofaktoren (wie Übergewicht und Bluthochdruck) von ethnischen Interessensgruppen positiv aufgegriffen und als Aufruforderung zum Handeln an die eigene Community reformuliert. Im zweiten Fall opponieren die Klassifizierten gegen ihre Klassifizierung als Kranke, wirken durch ihre Kampagnenarbeit in die wissenschaftliche Praxis zurück und beeinflussen dort die Diskussion um die Klassifizierungskritierien.

Sind Medien Dickmacher, fragt der Beitrag von *Helga Theunert*, oder sind sie möglicherweise sogar Mittel zur Gesundheitsförderung. Im öffentlichen Diskurs würden Medien als ein wesentlicher Grund für Übergewicht bei Kindern beschrieben: Wer den ganzen Tag vor der Glotze respektive Spielkonsole sitze,

verbrenne wenig Kalorien, stopfe aber, womöglich ohne es zu merken, um so mehr in sich hinein. Mediennutzung erscheine in der öffentlichen Vorstellung vorrangig als passive und monotone Beschäftigung, die kreativen Potentiale von Medien hingegen würden völlig ausgeblendet. Der Beitrag analysiert die soziale Funktion von Medien und diskutiert darauf aufbauend, welche Rolle Medien im Kontext gesundheitsrelevanter Themen einnehmen könnten. Die heutige Medienwelt, so das Fazit, sei komplexer als die gegenwärtigen Debatten vermuten ließen, und wer Medien als positive Verstärker in Sachen Gesundheitsförderung nutzen wolle, täte gut daran, die Mediennutzung von Heranwachsenden nicht auf messbare Größen zu reduzieren.

Abschließend konstatiert *Lotte Rose*, dass in der aktuellen Problemdebatte über Übergewicht und Adipositas die kulturellen Aspekte des Essens deutlich zu kurz kommen. Derzeit sei der Diskurs vor allem von Ursache-Wirkungs-Logiken dominiert, die Gesundheit als Produkt spezifischer Nahrungsmittel und Inhaltsstoffe konstruierten. Dieses rationale Muster, so Rose, sei eindimensional und unterkomplex, denn es reduziere Gesundheit auf einen schlichten physiologischen Input-Output-Zusammenhang. Viel wichtiger seien hingegen die gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Bedingungen der Nahrungsaufnahme, denn mit der Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse verändere sich stets auch die Ernährungskultur. Wenn man also verstehen wolle, warum Menschen sich auf bestimmte Weisen ernährten, sei der Blick auf die sozialen Gestaltungen und ihre Veränderungen unverzichtbar: Mit dieser Intention skizziert Rose einige (zumeist ambivalente) Tendenzen, die das Essen in der heutigen Gesellschaft konturieren und deren Kenntnis bei Überlegungen zu Interventionen bei Übergewicht und Adipositas hilfreich sein können.

Literatur

- Associated Press (2007): Singapore to Scrap Anti-Obesity Programm. <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/03/20/AR2007032001145.html>, 20.03.2007.
- Bröckling, U. (2004): Prävention. In: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hg.). Glossar der Gegenwart, Frankfurt, S.271-276.
- DGE (2007): Ursachen für Übergewicht und Fettsucht sind hinreichend bekannt. DGE beklagt Verunsicherung durch plakatives Infotainment. In: DGE aktuell 03/2007. 05.06.2007.
- Fitnesslandkarte Niedersachsen (2005): Kultusminister stellt Fitnesslandkarte Niedersachsen vor. Presseerklärung vom 13.07.05, www.fitnesslandkarte-niedersachsen.de/content/aktuelles/presseerklaerung.php

- Fitnesslandkarte Niedersachsen (2006): Kultusminister stellt erste Ergebnisse des landesweiten Fitnesstests vor. Presserklärung vom 15.02.06, www.fitnesslandkarte-niedersachsen.de/content/aktuelles/presseerklaerung2.php
- Foresight (2006): Trends and drivers of obesity: A literature review for the Foresight project on obesity. Office of Science and Technology. http://www.foresight.gov.uk/Obesity/Outputs/Literature_Review/Literature_review.htm
- Food Standards Agency (2007): Restriction on TV advertising of foods to children come into force. www.food.gov.uk/news/newsarchive/2007/mar/tvads
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Hamburg.
- Klotter, C. (2007): Einführung Ernährungspsychologie, München und Basel
- Künast, R. (2004a): Die Dickmacher. Warum die Deutschen immer fatter werden und was wir dagegen tun müssen, München.
- Marantz, P.R. (1990): Blaming the victim: The negative consequence of preventive medicine. In: American Journal of Public Health Vol. 80, S. 1186-1187.
- MacMillan, A. (2006): Chips van defies schools' health drive. In: Scotland on Sunday. 29.01.2006.
- Müller, M./ Reinehr, T./ Hebebrand, J.(2006): Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter, In: Deutsches Ärzteblatt 103, S. 334 – 340.
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Hamburg.
- Okie, S. (2007): New York to Trans Fats: You're Out!. New England Journal of Medicine 356, S. 2017-21.
- Olshansky, S. et al. (2005): A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century. In: New England Journal of Medicine 352, S. 1138-1145.
- OptiKids (2006): www.dge.de/pdf/sh/Optikids.pdf
- Schmidt-Semisch, H. (2007): Gesundheitsförderung als soziale Kontrolle oder: Ausschließungsprozesse (noch) jenseits des Strafrechts. In: Kriminologisches Journal, Jg. 39, S. 14-25.
- Sherman, J. (2006): Schools fight fat with fingerprinting. Unhealthy eating habits could be banished as pupils have their fingers scanned at the dinner queue. In: The Times. 14.06.2006.
- Stadtelterrat Hannover (2006): FITNESS – Dokumentation Stadtelterrat Hannover. <http://www.stadtelterrat-hannover.de/fitness.htm>
- Tagesspiegel online (2006): Indigene Völker: Wegen Diabetes vom Aussterben bedroht. 13.11.2006.<http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/Welt-Indigene-Voelker-Diabetes;art118,1871714>
- Vulliamy, E. (2002): Bush declares war on fat America. In: The Observer. 23.01.2002.
- Wong Maye-e (2004): Singapore takes strict steps against obesity. Overweight kids sinled out for extra exercise in school. AP. 05.10.2004. <http://www.msnbc.msn.com/id/6124732/>
- Wabitsch, M. (2003): Radeltour statt Langeweile. Wie wir unseren Kindern helfen. In: Gesundheit und Gesellschaft Spezial. 11/2003, S. 18-19.

Von der Diätetik zur Diät – Zur Ideengeschichte der Adipositas

Christoph Klotter

Einleitung

Als 1984 in Frankreich (und 1986 in Deutschland) sein Werk „Der Gebrauch der Lüste – Sexualität und Wahrheit 2“ erschien, da wurde ersichtlich, dass Foucault „Sexualität und Wahrheit 1“ (1977a) nicht einfach fortgesetzt hatte. Foucault hatte seinen Fokus deutlich verändert: von einer, vereinfacht formuliert, Geschichte der Sexualität hin zu einer Fragestellung, wie sich Menschen selbst gestalten, mit welchen Methoden sich Subjekte herstellen – auch bezüglich des Umgangs mit Sexualität. Dieses Thema bedeutete für Foucault auch die Hinwendung zur Antike, zu den antiken Texten, die das Abendland so entscheidend konfiguriert haben. Bei diesem Vorhaben stieß Foucault auf den Begriff der *diaiteia*, der Diätetik, die als Lehre von der Lebensweise übersetzt werden kann. Sie kreist um Fragen, wie etwa: Wie ernähre ich mich? Wie praktiziere ich Sexualität? Wie stark kontrolliere ich meine innere Natur? Welches Verhältnis gehe ich hiermit zu mir selbst ein? Diätetik stellt so einen selbst bestimmten Umgang mit sich selbst dar. Es gibt keine Religion, die vorschreibt, wie das Leben zu gestalten ist, es gibt keine quasi rechtsverbindliche wissenschaftliche Lehrmeinung, wie die Nahrungsaufnahme zu bewerkstelligen ist, vielmehr ist der freie Bürger aufgerufen, selbst zu definieren, wie der Umgang mit dem eigenen Körper und der Zugang zur Welt sein soll.

Heute ist uns dieser Begriff der Diätetik überwiegend fremd. Die Sexualität wird tendenziell als etwas begriffen, was sich *natürlich* Bahn bricht, was sich ereignet, aber weniger als bewusster Umgang mit sich selbst wahrgenommen wird. Bezuglich der Nahrungsaufnahme ist die Freiheit geblieben, zwischen verschiedenen Diäten auszuwählen, also zwischen unterschiedlichen Kostregimes. Wenn Diätetik im antiken Sinne als Lebenskunst verstanden werden kann, dann ist diese heute zu einem bestimmten Kostplan verkümmert. Die nahezu selbstverständliche Annahme, dass wir in Westeuropa als freie Bürger in einer freien Welt leben, ist mit diesem historischen Prozess von der Diätetik zur Diät etwas unterhöhlt. Den Idealen der Menschenrechte, der bürgerlichen Aufklärung (z. B. Ausgang aus einer selbst verschuldeten Unmündigkeit – Kant) und

der Demokratie als neue Freiheiten korrespondieren möglicherweise neue Zwänge, mit denen die Subjekte reguliert und kontrolliert werden, vor allem über den Eingriff in den Körper. Auch das ist ein Grundgedanke von Foucault (1977b). Das Subjekt, das seine Regierung wählen darf, freie Meinungsäußerung besitzt und nicht willkürlich verhaftet werden darf, darf im Prinzip nicht darüber befinden, ob es schlank oder wohlbeleibt ist, ob es das Rauchen lassen oder nicht lassen soll. Denn im Falle der Entscheidung zur Wohlbeleibtheit drohen massive negative Sanktionen wie verbale Diskriminierung, schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder bei der Partnersuche. Die gesellschaftliche Thematisierung der Adipositas eignet sich vorzüglich zur Kontrolle der Körper und das nicht nur in unserer Zeit, sondern – wie ich im Folgenden darlegen möchte – auf die unterschiedlichsten Weisen in der gesamten abendländischen Geschichte.

Diätetik

Die von Hippokrates (460 – 377 v. Chr.) fundierte Diätetik umfasst die gesamte Lebensweise hinsichtlich dessen, was gesundheitsförderlich oder -abträglich ist. Sie bezieht sich auf die Bereiche Übungen, Speisen, Getränke, Schlaf und sexuelle Beziehungen (Foucault 1986: 131). Die bekannteste Systematisierung der Diätetik stammt von Galen (2. Jahrhundert n. Chr.). Sein System hat die abendländische Medizin 1500 Jahre lang beherrscht (Ackerknecht 1970). Galen unterscheidet zwischen den *res naturales*, also den natürlichen Dingen, welche die Gesundheit des Menschen ausmachen, den *res contra naturam*, also den Dingen, die die Gesundheit geschädigt haben, und den *res non naturales*, also den nicht natürlichen Dingen, die aus den Lebensbedingungen bestehen: 1. Licht und Luft, 2. Essen und Trinken, 3. Bewegung und Ruhe, 4. Schlafen und Wachen, 5. Stoffwechsel, 6. Gemütsbewegungen. Galen hat sich die Frage gar nicht gestellt, ob eher Umweltverhältnisse gesund bzw. krank machen oder ob das Individuum hierfür verantwortlich ist. Er umgeht das heute heiß diskutierte Problem, entweder Verhaltens- oder Verhältnisprävention zu präferieren, indem er selbstverständlich beides einbezieht. So ist für Galen die Bestimmung des Ausmaßes an sexueller Aktivität oder die Wahl der Getränke im Rahmen der Diätetik nicht abzulösen von der Berücksichtigung klimatischer oder jahreszeitlicher Bedingungen. Für Hippokrates oder Galen steht Gesundheit bzw. Krankheit in einem hoch komplexen System zahlreicher Dimensionen. Die naturwissenschaftliche Medizin, welche die Diätetik als vorherrschendes Modell im 19. Jahrhundert abgelöst hat, hat mit dieser Komplexität Schluss gemacht und Umweltbedingungen und psychosoziale Faktoren tendenziell ausgeklammert. Allerdings darf in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, dass dieses Ausklammern ei-

nen ungeheuren Innovationsschub für die Medizin bedeutet und so manches Leben gerettet hat. Somit gibt es eine erste Antwort auf die Frage, wie aus der Diätetik eine Diät geworden ist: durch Reduktion von Komplexität. So wie heute ein Medikament den Kopfschmerz besiegen soll, so soll eine bestimmte Diät Gesundheit und ewiges Leben gewährleisten.

Hippokrates und Galen hätten nicht nur über diese Reduktion den Kopf geschüttelt, sie wären auch verwundert gewesen, dass normativ ein rechtes Maß (die gesamte Diätetik kreist um das rechte Maß) für alle Menschen aufgestellt wird, wie z. B.: „Das Idealgewicht ist mit der höchsten Lebenserwartung verbunden. Alle Menschen müssen das Idealgewicht erreichen.“ Die Diätetik ist dagegen individuumszentriert. Für sie gibt es das rechte Maß nur unter Berücksichtigung des jeweiligen Individuums. Für die Diätetik dürften einige Menschen durchaus ein bisschen mehr wiegen und würden damit ihre Gesundheit schützen. Die sich im 19. Jahrhundert durchsetzende Normierung hat damit Schluss gemacht. Der Broca-Index oder der BMI gelten als Maßstäbe für alle Menschen, obwohl empirisch nicht bestätigt werden kann, dass z. B. ab der Grenze eines BMI von 25 Gesundheitsgefährdungen beginnen (Klotter 2007). Von der Diätetik zur Diät: Das ist dann auch der Weg von der Anerkennung der individuellen Unterschiede zur Norm. Diese Norm besitzt gesellschaftliche Relevanz (s.u.) und birgt in sich eine bestimmte Gesundheitsexperten-Patienten-Beziehung: Der Patient hat den Anweisungen der Gesundheitsexperten einfach Folge zu leisten. Dies nennt sich Compliance. Die Diätetik ist etwas grundlegend anderes: „Die Diätetik des Körpers muss, um verständig zu sein, um sich an die Umstände und den Augenblick richtig anzupassen, auch eine Angelegenheit des Denkens, der Reflexion, der Klugheit sein“ (Foucault 1986: 11). Dieser Grundgedanke der Diätetik ist heute wieder aufgetaucht in neueren Konzepten wie shared decision making oder Partizipation, ohne dass ein Wissen darüber besteht, dass dies im Grunde uralte Ansätze sind.

Von der Dialektik zur Vorschrift

Compliance ist zwar immer noch eines der Zauberbrote des heutigen Gesundheitswesens. Sie ist aber nicht in den heutigen Zeiten erfunden worden. Gab es in der griechischen Antike noch ein offenes und potenziell kontroverses Gespräch (dialogere: sich unterhalten) darüber, wie das Leben zu gestalten sei und wie körperliche Gesundheit bewahrt werden kann, so änderte sich dies bereits in der römischen Antike (Klotter 2000). Es war vor allem Seneca, ein Stoiker, der das offene Gespräch durch ein Lehrer-Schüler-Verhältnis ersetzte: Der Schüler muss den Anweisungen des Lehrers Folge leisten, quasi blind gehorchen. Die römisch-

katholische Kirche orientierte sich in ihrem didaktischen Konzept stark an Sene-
ca: Die Gläubigen müssen das tun, was die Kirche vorschreibt, müssen das glau-
ben, was die Kirche verkündet. Auch wenn Luther die Kirche als Institution
anzweifelte und die Absicht hegte, zur Bibel zurück zu kehren, so übernahm er
dennoch das traditionelle didaktische Konzept der Stoa und der römisch-
katholischen Kirche: Die Gläubigen müssen nicht nur Gott gegenüber Rechen-
schaft ablegen, vielmehr müssen sie auch dem folgen, was die evangelische
Kirche ihnen vorschreibt. In der Neuzeit setzt sich eine protestantische Ethik
durch, die Pflichterfüllung, Leistungsfähigkeit, Gesundheit und Gottgefälligkeit
als Synonyme verwandte (Labisch 1992). Krankheit wurde hingegen als Zeichen
eines gottungefälligen Lebens begriffen. Es muss fast nicht erwähnt werden, dass
Völlerei und Wohlbeleibtheit im Lichte der protestantischen Ethik als Sünden
angesehen wurden. Es waren dann in den folgenden Jahrhunderten nicht nur die
Priester, die alltagsbezogene Vorschriften machten, sondern auch die Verwaltung
(die Medicinische Policey) oder die Wissenschaftler, also sozusagen säkularisierte
Priester. Mit der Verwissenschaftlichung des Lebens im 19. Jahrhundert, mit
der Aufklärungsphilosophie transformierte sich die protestantische Ethik in die
Schlankheitsnorm. Von nun an erschien auf der manifesten Ebene Dicksein we-
niger als Ausdruck eines sündigen Lebens als eines gesundheitsabträglichen
Verhaltens.

Von der Diätetik zur Diät, von der Dialektik zur Compliance – bei dieser
Wahrnehmung der Geschichte könnte der Verdacht auftreten, die Antike
insgeheim zu verherrlichen. Unbedacht bleibt aber bei der vermeintlichen Glori-
fizierung, dass in der griechischen Antike nur einige männliche Bürger frei wa-
ren. Vielleicht ist Diätetik oder Dialektik nur in einer derart kleinen Gruppe
möglich, nicht aber bei so großen *Zielgruppen*, wie sie das Christentum und der
moderne Staat vor Augen haben. Es könnte allerdings auch sein, dass der Diät-
Compliance-Ansatz aus der Angst vor der großen, vermeintlich unsteuerbaren
Masse geboren ist, diese Angst aber nicht berechtigt ist. Sie führt und führt
faktisch noch immer dazu, dass Elemente des Aufgeklärten Absolutismus unsere
demokratische Gesellschaft durchdringen – z. B. im Versuch, den individuellen
Körper gesellschaftlich zu kontrollieren. Es ist für uns, da wir alle vom Geist des
Aufgeklärten Absolutismus durchtränkt sind, nahezu selbstverständlich, dass es
einer Krankenversicherung gestattet ist, Bonuspunkte an die zu verteilen, die
nicht rauchen und normalgewichtig sind, und entsprechend Malus-Punkte zu
vergeben – anstatt dem Gedanken nachzugehen, dass es in der Verantwortung
eines jeden liegt, sofern er andere gesundheitlich nicht beeinträchtigt, sich ge-
sundheitsabträglich oder gesundheitsförderlich zu verhalten und zu entscheiden,
wie das eigene Leben insgesamt auszusehen hat.

Der preußische Staat Friedrich II. wird als Aufgeklärter Absolutismus begriffen, weil er einerseits freie Religionswahl und philosophische Aufklärung wie die von Kant zuließ, weil er andererseits die staatliche Willkür, wie sie z. B. noch unter Ludwig XIV geherrscht hatte, einschränkte. Im Aufgeklärten Absolutismus wurde auch die Leibeigenschaft aufgehoben. Aufgeklärter Absolutismus meint aber auch, dass der Staat die Bevölkerung im Wesentlichen unter dem Gesichtspunkt des staatlichen Nutzens betrachtet, und die Würde und Integrität des Individuums weniger im Blick hat. Die Bevölkerung hatte dem Wohle des Staates zu dienen und diesen zu stärken. Für den vorliegenden Text ist dies das zentrale Merkmal des Aufgeklärten Absolutismus. Kant bringt es bei seiner Diskussion, was denn nun Aufklärung sei, auf den Punkt: Es stehe jedem Menschen frei zu denken, was er will, aber als Bürger hat er seine ihm auferlegten Pflichten zu erfüllen. Da gebe es keine Wahl. Und diesen Pflichten kann er nur nachgehen, wenn er hinreichend gesund ist. Also gehört es auch zu den Pflichten jedes einzelnen, für den Staat gesund zu bleiben. Kant selbst hat dies paradigmatisch vorgelebt. Er lebte das, was er schrieb.

Historischer Kristallisierungspunkt Adipositas

Der Geist des Aufgeklärten Absolutismus erklärt heute Nikotin und Adipositas zu den Feinden individueller und gesellschaftlicher Gesundheit und nicht nur das: Sie erscheinen als die schlimmsten Feinde unserer Gesellschaft insgesamt, sieht man einmal vom islamischen Terrorismus ab. Dieser Geist sorgt sich hingegen nicht um die Schlafdauer, um die Arbeitsdauer, auch nicht intensiv um das Problem der Arbeitslosigkeit. All die genannten Faktoren können Gesundheit beeinträchtigen und Leben verkürzen. Umgekehrt ist die Sexualität nicht zu vernachlässigen, die über die Maßen gesundheitsförderlich zu sein scheint. Aber keine Krankenversicherung denkt daran, Bonus-Punkte denjenigen zuzusprechen, die hinreichend gut belegen können, dreimal in der Woche 30 Minuten lang Sex zu haben. Ganz offenkundig ist das Programm des Aufgeklärten Absolutismus löchrig. Diese Löchrigkeit hat System. Der Geist des Aufgeklärten Absolutismus ahndet nur das, was historisch Sinn macht. Dies soll am Beispiel Adipositas nun veranschaulicht werden.

Adipositas wird in der griechischen Antike als etwas begriffen, das das Ideal der Mäßigung und des rechten Maßes unterläuft. Die Adipösen werden verdächtigt, keine hinreichende innere Harmonie zu besitzen. Die individuelle Wahl, „Will ich dick oder dünn sein“, der freie Austausch der Bürger darum, wie die individuelle Lebensweise auszusehen hat, findet bereits in der griechischen Antike beim Thema Adipositas ihre deutliche Grenze. Das Christentum erklärt