

Friedrich Schorb

## **Dicke Körper im Spannungsfeld von Medikalisierung, Normierung und Widerstand**

### **Der Kampf gegen die „Übergewichts-Epidemie“ und seine Folgen für die Betroffenen**

Übergewicht und Adipositas zählen nach Ansicht von Expert/innen seit einigen Jahren zu den wichtigsten gegenwärtigen Gesundheitsproblemen. Die gesellschaftliche Problematisierung von Übergewicht reicht allerdings viel weiter zurück.

Dabei wurde Übergewicht lange Zeit nicht als ein medizinisches Problem, sondern allenfalls als ein ästhetisches Problem angesehen; wenn auch zunächst nur durch eine Minderheit. Adelige und die neureiche Bourgeoisie pilgerten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und besonders zur Jahrhundertwende zu Zehntausenden in die bekannten Kurorte der Zeit um sich dort rituellen Abspeckbemühungen zu unterziehen. Zu dieser Zeit entstanden zahlreiche Diäten, die unter anderem Namen bis heute erhalten geblieben sind (vgl. Merta 2003). Die Medikalisierung des Übergewichts setzte erst nach der allgemeinen Popularisierung der Schlankheit ein. Ärzt/innen warnten dagegen noch lange Zeit vor überzogenen Schlankkeitsvorstellungen. Übergewicht zu definieren hielten sie für unnötig. Erst in den 1920er Jahren schlug sich auch die Medizin auf die Seite der Befürworter der schlanken Linie. Neben Diäten und Bewegungstherapien setzten sie von Anfang an auch auf chirurgische und pharmakologische Therapien; wenn auch bis heute mit äußerst geringem Erfolg. Ab den 1950er Jahren wurde Adipositas vermehrt als psychologisches Problem gedeutet. Zunächst im Sinne der Psychoanalyse als Störung einer frühkindlichen Phase, dann, parallel zum Aufstieg der Verhaltenstherapie, als Problem der Triebkontrolle, dem am wirkungsvollsten mit Verfahren der einfachen Konditionierung beizukommen sei (vgl. Klotter 1990). Der Versuch, Übergewichtigen ein gestörtes Essverhalten nachzuweisen, endete mit der „Entdeckung“ einer Vielzahl von Essstörungen, angefangen von der Bulimia Nervosa über das Binge Eating Syndrome bis hin zum Restrained Eating Syndrome, der Krankheit der „Dauerdiäter“. Von diesen Essstörungen waren aber Normal- wie Übergewichtige gleichermaßen betroffen, stellten die Psycholog/innen fest. Der Versuch Adipositas als Essstörung zu klassifizieren musste daher aufgegeben werden (vgl. Wardle 2006).

Relativ neu ist dagegen die Rolle, die den Genen bei der Entstehung von Adipositas beigemessen wird. Heute gilt Adipositas zu einem maßgeblichen Anteil als genetisch bedingt (vgl. u.a. Hebebrand 2008). Bestimmte Genvarianten gelten als monokausaler Auslöser, andere als erheblicher Risikofaktor. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird vermehrt diskutiert, unter welchen Voraussetzungen Adipositas als Behinderung anzusehen ist (Cooper 1997, Solovay 2000, LeBesco 2004, LeBesco 2009).

Ebenfalls neu ist die Bezeichnung von Übergewicht und Adipositas als eine Epidemie (für eine Übersicht vgl. Schorb 2008a). Hintergrund dieser Wahrnehmung ist ein starker Anstieg der Prävalenzen in den USA zwischen 1980 und 2000. In diesem Zeitraum hat sich die Betroffenheit von Adipositas dort von ca. 15 Prozent auf rund 30 Prozent verdoppelt. Dieser Trend wurde von

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

Epidemiolog/innen in zahlreichen Fachartikeln linear in die Zukunft fortgeschrieben. Dem Urteil schloss sich unter anderem auch die britische Regierung an. Sie prognostizierte, dass im Jahr 2050 nicht weniger als 90 Prozent aller Bürger/innen übergewichtig und mindestens 50 Prozent adipös sein werden, wenn nicht entschieden gehandelt würde (British Government 2008). In den USA freilich stagniert die Zahl der Übergewichtigen bei den Erwachsenen seit der Jahrtausendwende, bei Kindern und Jugendlichen sogar schon seit Ende der 1990er Jahre (vgl. Ogden et al. 2010, Flegal et al. 2010). In vielen anderen Ländern ist aufgrund mangelnder Zahlen, unklar wie stark der Anstieg bei Übergewicht und Adipositas tatsächlich ausgefallen ist.

Der weltweite mediale Siegeszug der Epidemie-Semantik geht maßgeblich auf eine Fachtagung der WHO mit dem Titel: „Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic“ vom Juni 1997 zurück (vgl. WHO 1997, WHO 2000). Seither wurde diese Sprachregelung durch die überwiegende Mehrzahl der Medien, Gesundheitsinstitute, -ministerien und -organisationen unhinterfragt übernommen. Grundlage der „Übergewichts-Epidemie“ sind die offiziellen 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 zehn oder 15 Prozent für Übergewicht und 20 Prozent für Adipositas addiert. Im Alltag war zudem das sogenannte Idealgewicht von Bedeutung. Dafür wurden von obiger Formel bei Männern zehn Prozent und bei Frauen 15 Prozent abgezogen. Dieses Gewicht lag, insbesondere bei kleineren Frauen, in der Nähe dessen, was heute als Untergewicht definiert wird (vgl. Schorb 2009).

Anders war die Situation in den USA. Hier existierten schon seit den 1980er Jahren Grenzwerte des staatlichen Gesundheitsinstituts. Durch die Übernahme der WHO-Grenzwerte im Jahr 1998 wurden 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).

Als Ursache für die Zunahme von Übergewicht und Adipositas gilt eine mangelnde individuelle wie gesellschaftliche Anpassung an die übergewichtsfördernde Umwelt. Schuld an diesem Zustand haben idealtypisch entweder die (Lebensmittel-)Industrie oder unverantwortliche Individuen: hier insbesondere die sogenannte Unterschicht. Namhafte Vertreter dieser These sind in Deutschland unter anderem der Historiker Paul Nolte (2004), der Politiker Thilo Sarrazin (2010) und der Journalist Walter Wüllenweber (2004); wobei das Beispiel Übergewicht nur eines von vielen Steinchen im Mosaik der Unterschichtskultur darstellt (für eine Übersicht vgl. Schorb

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

2008b). Entscheidend, um als Merkmal der Unterschichtskultur zu gelten, ist, dass Übergewicht seine Ursachen in individuellem Fehlverhalten hat. Denn, um es mit Thilo Sarrazin zu sagen: „Wer nicht lernt, bleibt unwissend. Wer zu viel isst, wird dick“ (Sarrazin 2010: 9). Nur dann ist Übergewicht nicht Folge der „mcdonaldisierten Moderne“ (Nolte), von der potentiell alle betroffenen wären.

Gegen die Bezeichnung von Übergewicht als Unterschichtenpathologie respektive Epidemie regt sich Widerstand. Die in den 1970er Jahren entstandene Fat-Acceptance-Bewegung argumentiert, dass das individuelle Körpergewicht weitgehend genetisch bestimmt ist. Jeder Mensch habe demnach ein „natürliches“ Gewicht, das zwar durch das Lebensumfeld beeinflusst werde und sich im Verlauf des Lebens ändern könne, das sich aber durch Diäten und Sport nicht, oder jedenfalls nicht dauerhaft nennenswert reduzieren lasse (vgl. u.a. Hirsch und Leibl 1984). Dieses in der Wissenschaft als „Setpoint“ bezeichnete individuelle Körpergewicht gilt es zu respektieren: denn es handelt sich dabei aus Sicht der Aktivist/innen um eine konstante körperliche Eigenschaft, nicht anders als Hautfarbe, Körpergröße oder primäre Geschlechtsorgane.

War Fat-Acceptance anfangs vor allem ein soziales Phänomen, so hat sich seit der Dramatisierung des Diskurses unter dem Stichwort „Übergewichts-Epidemie“ in den 1990er Jahren das Einsatzfeld erweitert. Mediziner/innen und Epidemiolog/innen, die Zweifel an der gängigen Darstellung der „Übergewichts-Epidemie“ hegen, arbeiten in den USA vermehrt mit Sozialwissenschaftler/innen (vgl. Oliver 2006, Campos 2004) und Aktivist/innen zusammen. Die Betätigungsfelder für Fat-Acceptance sind vielfältig. Jurist/innen beschäftigen sich mit Antidiskriminierungsgesetzen und setzen sich z.B. für die rechtliche Gleichstellung von Übergewichtigen bei Adoptionen ein; oder sie verteidigen die Eltern dicker Kinder gegen Misshandlungsvorwürfe (vgl. Kirkland 2008, Solovay 2000).

Gesundheitswissenschaftler/innen und Mediziner/innen setzen sich unter dem Stichwort „Health at Every Size“ (Gesundheit mit jedem Gewicht) gegen die Gleichsetzung von dick und krank ein (vgl. u.a. Bacon 2008), „Plus Size“ Models erobern die Laufstege der angesagten Modemessen. Und vor allem in queeren Zusammenhängen boomen Events, die dicke Körper zelebrieren und erotisieren (vgl. LeBesco 2001, LeBesco 2004). Ob es sich bei diesen vielen unterschiedlichen Ansätzen schon um eine soziale Bewegung handelt, ist fraglich. Bislang fehlt es Fat-Acceptance an gemeinsamen Forderungen und an einem politischen Selbstverständnis. Ob sich Fat-Acceptance in den kommenden Jahren zu einer schlagfertigen Bewegung entwickeln wird, bleibt daher offen. Zumindest auf akademischer Seite sind aber erste Erfolge in Sicht. So haben Esther Rothblum, Professorin für Women's Studies an der San Diego State University und die Juristin Sondra Solovay 2009 den Fat Studies Reader herausgegeben, der die unterschiedlichen gesellschaftlichen Facetten von Gewichtsdiskriminierung und Gewichtsemanzipation zusammenfasst. Esther Rothblum, die seit den 1980er Jahren Forschung zu Gewichtsdiskriminierung betreibt, will mit dem Reader und einem gleichnamigen wissenschaftlichen Journal Fat Studies als vollwertiges Fach an den Universitäten zu etablieren.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

**Friedrich Schorb**

Universität Bremen

#### **Kontakt:**

Universität Bremen

Fachbereich 11

Grazerstr. 2

28359 Bremen

Tel: (0421) 218 688 00

E-Mail: [schorb@uni-bremen.de](mailto:schorb@uni-bremen.de)

<http://www.public-health.uni-bremen.de/homepages/schorb/index.php>

#### **Literatur /Quellen:**

Bacon, L. (2008): Health at Every Size. Dallas.

Campos, P. (2004): The Diet Myth. Why America's Obsession with weight is hazardous to your health. New York.

Cooper, C. (1997): Can a Fat Woman Call Herself Disabled? In: Disability & Society 12: S. 31-41.

Delpeuch, F. & Bernard, M. & Monnier, E. et al. (2009): Globesity: A Planet Out of Control? London.

Flegal, K. & Carroll, M. & Ogden, C. et al. (2010): Prevalence and Trends in Obesity Among US-Adults, 1999-2008. In: Journal of the American Medical Association 303: S. 235-241.

Hebebrand, J. & Simon, C.P. (2008): Irrtum Übergewicht. München.

Kirkland, A. (2006): Fat Rights. Dilemmas of Difference and Personhood. New York.

Klotter, C. (1990): Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem. Zur Geschichte des Übergewichts, Heidelberg.

Kuczmarski, R. & Flegal, K. (2000): Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. The American Journal of Clinical Nutrition 72: S. 1074-1081.

LeBesco, K. (2001): Queering Fat Bodies/Politics. In: Braziel, J.E. & LeBesco, K.: Bodies Out of Bounds: Fatness and Transgression. Berkley.

LeBesco, K. (2004): Revolting Bodies? The Struggle to Redefine Fat Identity. Amherst & Boston.

LeBesco, K. (2009): Quest for a Cause: The Fat Gene, the Gay Gene, and the New Eugenics. In: Rothblum, E. & Solovay S.: The Fat Studies Reader. New York.

Leibl, R & Hirsch J. (1984): Diminished energy requirements in reduced-obese patients. In: Metabolism 33: S. 164-170.

Merta, S. (2003): Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult. Mainz.

Nolte, P. (2004): Generation Reform. München.

Ogden, C. & Carroll, M. & Curtin, L. et al. (2010): Prevalence of High Body Mass Index in US Children and Adolescents, 2007-2008. Journal of the American Medical Association 303: S.242-249.

Oliver, J. E. (2006): Fat Politics. The Real Story Behind America's Obesity Epidemic. Oxford.

Rothblum, E. & Solovay S. (2009): The Fat Studies Reader. New York.

Sarrazin, T. (2010): Deutschland schafft sich ab. Gütersloh.

Schorb, F. 2008a. Adipositas in Form gebracht. Vier Problemwahrnehmungen. In: Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F.: Kreuzzug gegen Fette, Wiesbaden.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

Schorb, F. 2008b. Keine Happy Meals für die Unterschicht! Zur symbolischen Bekämpfung der Armut. In: Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F.: Kreuzzug gegen Fette, Wiesbaden.

Schorb, F. (2009): Dick, Doof und Arm? Die große Lüge vom Übergewicht und wer von ihr profitiert, München.

Solovay, S. (2000): Tipping the Scales of Justice. Fighting Weight-Based Discrimination. Amherst.

Wardle, J. (2006): Eating Behaviour in Obesity. In: Shepherd, R. & Raats, M. (eds). The Psychology of Food Choice. Oxfordshire.

World Health Organization (1997): Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, 3-5 June 1997. Executive Summary.

[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity\\_executive\\_summary.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity_executive_summary.pdf)

World Health Organization (2000): Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Genf.

Wüllenweber, W. (2004): Das wahre Elend. In: Stern 52/2004.