

Niels Gottschalk-Mazouz (Hg.)

Übergewicht und Adipositas, Gesundheit und Krankheit.

Diskussionsbeiträge aus philo-
sophischer Sicht

Stuttgart: OPUS 2010

Inhalt

Einleitung zu diesem Buch	3
Niels Gottschalk-Mazouz	
I Körperbilder, Übergewicht und Gesellschaft.....	8
Susanne Ertelt	
II Adipositas als Risiko.....	75
Susanne Ertelt	
III Krankheit und Gesundheit aus Sicht der philosophischen Phänomenologie.....	157
Zeljko Radinkovic	
IV Ethische Bewertung praktischer Vorschläge zum Umgang mit den Risiken Übergewicht und Adipositas	251
Susanne Ertelt	

Einleitung zu diesem Buch

Niels Gottschalk-Mazouz

Der vorliegende Band vereint Studien, die im Rahmen des Philosophie-Teilprojekts des Forschungsverbunds „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“ entstanden sind. Dieser Verbund wurde vom BMBF von 2006-2009 im Rahmen der sozial-ökologischen Forschung im Themenbereich: Strategien zum Umgang mit systemischen Risiken gefördert. In diesem Verbund wurden unter der Leitung des Risikosoziologen Ortwin Renn die Perspektiven von Epidemiologie, Physiologie, Psychologie, Soziologie, Philosophie, Betriebswirtschaft und Recht auf ein komplexes, interdisziplinäres Thema zusammengeführt.

Das von Niels Gottschalk-Mazouz geleitete Philosophie-Teilprojekt umfasste Arbeiten zu Wissenschaftstheorie, Kulturphilosophie, Risikothorie und Ethik. Die wissenschaftstheoretischen Arbeiten sind bereits an anderer Stelle publiziert (Gottschalk-Mazouz 2008a, Gottschalk-Mazouz 2008b, Gottschalk-Mazouz/Zurhorst 2008). Die weiteren im Rahmen des Teilprojekts entstandenen Arbeiten sind in diesem Band zusammengestellt. Der Rest dieser Einleitung bietet eine knappe Zusammenfassung der Ergebnisse des gesamten Philosophie-Teilprojekts. Eine ausführliche Zusammenfassung dieser Ergebnisse sowie derjenigen der anderen Teilprojekte findet sich im Abschlussband des Forschungsverbundes, der in Kürze im VS-Verlag erscheinen wird.

Die Phänomene Übergewicht und Adipositas sind sowohl intra-systemisch als auch intersystemisch bewirkt, da sie einerseits langfristige Eigendynamiken einzelner Systeme spiegeln, andererseits aber auch - und dieser Aspekt wird im Folgenden vertieft - das Zusammenwirken u.a. der Systeme Gesundheit, Ernährung, Erziehung, Ökologie/Stadtplanung, Wirtschaft, Politik. Jedes dieser Systeme für sich bekommt bestenfalls einen Ausschnitt des Phänomens zu fassen, ist mit der Bewertung sowie der Ausarbeitung von Reaktionen und Maßnahmen einzeln überfordert. Typisch für eine solche Konstellation ist, dass Ausmaß und Umfang des Problems von Übergewicht und Adipositas in der Literatur sehr unterschiedlich dargestellt werden.

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 seitens der Philosophie zu einer solchen Wiederannäherung beizutragen versucht. In einem wissenschaftstheoretischen Schritt wurden Krankheitsbegriff und Krankheitskriterien genauer untersucht; in einem phänomenologischen Schritt wurde untersucht, wie Übergewicht und Adipositas den Betroffenen und uns lebensweltlich entgegentritt; und in einem sozialetischen Schritt wurde untersucht, wie eine umfassende, auch die kritischen Kommentare einbeziehende Risikobeurteilung aussehen könnte.

Häufig wird geschrieben, der Krankheitsbegriff sei unklar und das habe negative Folgen u.a. bei der Einschätzung von Übergewicht/Adipositas. Es gibt zwar recht verschiedene Krankheitsbegriffe. U.a. sehr umfängliche und/oder absichtlich unscharf gehaltene. Je nach praktischem Kontext trifft man zwar

unterschiedliche Krankheitsbegriffe an. Im jeweiligen Kontext sind diese Begriffe jedoch keineswegs unklar.

Die aus Projektsicht wichtigsten Kontexte sind 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 u.E. in der Behandlungsbedürftigkeit (und nicht in der Abweichung von der Norm). Unklar scheint somit nicht der Krankheitsbegriff zu sein, sondern Übergewicht/Adipositas ist schlicht ein Grenzfall der Zuordnung eines Phänomens zu einem Begriff (nämlich zur Behandlungsbedürftigkeit und *damit* auch zur Krankheit). Solche Grenzfälle gibt es immer.

Die Biologie kann zur Klärung normativer Fragen nicht viel beitragen. 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.

Das Erleben von Krankheit allgemein und Übergewicht/Adipositas im Besonderen ist schon bei Kindern und Jugendlichen durch (populär)wissenschaftliche Konzepte so weit überformt (vgl. die empirischen Projektteile), dass ein authentisches Selbst-

und Fremderleben kaum mehr stattfindet und eine Evaluation schwer möglich ist.

Die Fettleibigkeit als Fettleibigkeit (also als Phänomen) zu erfassen, heißt zunächst, von ihr alle denkbaren theoretischen, praktischen und sonstigen Aussagen, Meinungen, Handlungsregeln in ihren Geltungsansprüchen einzuklammern und auf die Reichweite der jeweiligen Rechtfertigungsbasis, Methode usw. zu relativieren.

Eine jede Erfassung des Phänomens ‚Fettleibigkeit‘ hat sich in dem Ganzen der sonstigen Erfassungsmöglichkeiten zu verorten. Denn auch die etwa fundierteste empirische Erforschung des Stoffwechsels würde das Phänomen ‚Fettleibigkeit‘ gar nicht als solche ‚haben‘, wenn sein Sinn irgendwie nicht schon vorausgesetzt wäre und ins Offene der anderen Verweisungen nicht führen würde. Sie beleuchten zwar einzelne Aspekte, fügen sich zusammen jedoch nur, wenn man sie nicht je einzeln als „Quellen der Wahrheit selbst“ ansieht, sondern als je perspektivisch verkürzende Betrachtungen.

Zu einer solchen integrativen Interdisziplinarität oder gar einer kultursensitiven Phänomenologie von Krankheit bzw. Übergewicht/Adipositas gibt es kaum Ansätze, hier besteht erheblicher Forschungsbedarf.

In der Diskussion von Übergewicht/Adipositas wird meist vorausgesetzt oder mit bestimmten wenigen Zahlen zu belegen versucht, dass Übergewicht/Fettleibigkeit rapide zunimmt und dass damit ein erhebliches Problem entsteht, für die Betroffenen selbst und für die Gesellschaft. In diesem Projektteil wurde daher gezielt nach Aspekten gesucht, die für eine Entdramatisierung des Themas sprechen.

Psychische und soziale Auswirkungen sind zu wenig beachtet. Vor allem diese sind jedoch stark abhängig von Zuschreibungen vordergründig von Gesundheit, dahinter stehend aber von (mangelnder) Schönheit, Verantwortung, Mäßigung, Bildung, Kaufkraft usw.

Im Hinblick auf die Bewertung einzelner Maßnahmen zeigt ein erweiterter Blick dreierlei: Erstens müssen die Maßnahmen besser an die adressierten Zielgruppen angepasst werden. Wenn soziale schwache Betroffene angesprochen werden sollen, muss auf ihrer sprachlichen, materiellen und kulturellen Ebene gearbeitet werden. Kulturelle Minderheiten müssen in besonderem Maße Berücksichtigung finden. Zweitens sollte die Koordination der Träger und ihrer Maßnahmen verbessert werden, damit es nicht zu gegenseitigen Behinderungen kommt. Dazu gehört auch ein reger Austausch über Erfahrungen in Hinblick auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Zielgruppen. Und drittens muss die Erwünschbarkeit der Folgen der Strategien im Vorfeld so sorgfältig wie möglich erörtert werden. Die eventuell latenten zugrunde liegenden Selbstverständlichkeiten im Hinblick auf Voraussetzungen und Ziele müssen bei der Konzeption von Maßnahmen erkannt und diskutiert werden. Manche Forderungen hätten in ihrer Umsetzung vermutlich weiter reichende negative Konsequenzen als etwas gestiegene Gesundheitskosten durch Übergewichtige.

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", in: *Information Philosophie*, Nr. 5: 12-19.

Gottschalk-Mazouz, N. und Zurhorst, G. 2008: *Krankheit und Gesundheit*. Reihe 'Philosophie und Psychologie im Dialog', Göttingen.

I Körperbilder, Übergewicht und Gesellschaft

Literaturrecherche und Anfertigung eines Literaturberichts über kulturphilosophische Arbeiten zu Körperbildern (mit Fokus auf Übergewicht) unter besonderer Berücksichtigung der Pluralisierung von Lebensstilen und von risikotheorietischen Aspekten.

Susanne Ertelt*

Inhalt

Vorwort	9
1 Zusammenfassung	11
2 Körperbilder	16
2.1 Körper und Geist	16
2.2 Körperbilder zwischen Natur und Kultur	18
2.3 Körperbilder - historisch.....	23
2.4. Körperbilder - interkulturell	25
3 Adipositas	28
3.1 Medizinische Betrachtungen.....	30
3.2 Schlank und gesund – schlank und schön?	34
4 Adipositas und Lebensstil	39
5 Adipositas als Krankheit?	48
6 Adipositas und Risiko	54
6.1 Übergewicht als Gefahr und als Risiko.....	57
6.2 Folgeerkrankungen als Gefahr und als Risiko.....	61
6.3 Gefährden Übergewichtige die Gesellschaft?	63
6.4 Gefährdet die Gesellschaft Übergewichtige?	66
7 Literatur	68

* Fertigstellung 12/2006. Einleitung und Zusammenfassung bearbeitet von Niels Gottschalk-Mazouz.

Vorwort

Der vorliegende Text ist ein Literaturbericht zum Thema „Übergewicht und Körperbilder“, genauer gesagt zu Betrachtungen zu Körperbildern im Zusammenhang mit Übergewicht unter der Berücksichtigung von Lebensstilaspekten und risikotheorietischen Zusammenhängen. Er beleuchtet das Themenfeld „multi-disziplinär“:

Neben medizinischen wurden philosophisch, ernährungs- und sportwissenschaftlich sowie soziologisch und kulturwissenschaftlich basierte Quellen herangezogen. Basis der Literaturrecherche bildete neben dem Internet vor allem der Katalog des Südwestdeutschen Bibliothekenverbandes, zudem wurde Verweisen in Literaturverzeichnissen bereits in Betracht gezogener Bücher oder Artikel gefolgt. Da das Themenfeld momentan relativ intensiv mit Forschungsarbeiten bedacht wird, wurden auch ausgewählte aktuelle Artikel in Fachzeitschriften (vor allem aus dem medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Bereich) hinzugezogen.

Gemäß der Aufgabenstellung des vorliegenden Literaturberichts wurde von einer ausführlichen medizinischen Darstellung der Adipositas als Krankheit aus medizinischer Perspektive abgesehen zugunsten einer ausführlicheren, vor allem philosophischen und sozialwissenschaftlichen Darstellung der Themen. Die medizinischen Fachtexte, wie BARNETT 2005, HOFFMANN 2004 oder LANGHANS 2005, wurden daher vor allem auf ihre fachübergreifende Aspekte hin durchgesehen.

Die Bücher von KLOTTER 1990 und MERTA 2003 erwiesen sich als zentral für die Einteilung und Strukturierung des Themenfeldes, wobei MERTA 2003 deutlich ausführlicher vorgeht und einen Akzent auf die Ernährungsgeschichte setzt.

Die vorliegende Arbeit beginnt mit einem fundierenden Kapitel über Körperbilder. Es folgen, als Kapitel 2 und 3, separate Darstellungen der Ansätze zur Verbindung von Körperbild und

Gesundheit bzw. Schönheit, da viele der bearbeiteten Texte auf Schönheitsideale eingehen und der Zusammenhang von Körpergewicht und Gesundheit seit je her intensiv diskutiert wird. Es folgt eine Zusammenfassung lebensstilspezifischer Erklärungsansätze für die Ursachen von Übergewicht (vor allem bezogen auf Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) im Kapitel 4; diese dominieren die Ursachenforschung zu Adipositas. Die beiden letzten Kapitel, die sich mit dem Krankheits-Status der Adipositas und mit Risikoaspekten beschäftigen, verfolgen die Grundfragestellung nach der Verantwortung des Individuums für seinen Körper und dessen Zustand. Dieses Thema schwingt im Hintergrund vieler Arbeiten mit und spiegelt sich in den Thesen der Autoren wider, ohne expliziert zu werden, spielt jedoch auch im alltäglichen Umgang mit Übergewicht und Adipositas eine entscheidende Rolle.

1 Zusammenfassung

1.

Der Zustand Übergewicht wird von vielen Autoren im Spannungsfeld Natur - Kultur verortet, unter historischer wie auch interkultureller Schwerpunktsetzung.

2.

Dabei kristallisiert sich eine historisch und kulturell variierende Auffassung von Körperlichkeit wie auch von ästhetischen Bewertungen der leiblichen Gestalt heraus. Es stehen sich die Auffassung einer natürlichen, biologisch unveränderlichen Körperlichkeit und die eines sozial geprägten Körpers gegenüber. Parallel dazu findet sich eine Debatte um ein mögliches „objektives“ ästhetisches Schönheitsideal und einem historisch-kulturell konstruiertem Ideal.

BETTE 2005 eröffnet einen interessanten Ansatz zur Frage der Bedeutung des menschlichen Körpers und verzeichnet eine gleichzeitig ablaufende wachsende Marginalisierung und Aufwertung des Körpers.

3.

Die unter medizinischen Gesichtspunkten erfolgende Betrachtung der Adipositas ist geprägt von einer Aufspaltung der vermuteten Ursachen in endogene (dem Körper innewohnenden) und exogene (außerhalb des Organismus entstandenen) Faktoren, die innerhalb verschiedener Ansätze unterschiedliche Gewichtung erfahren. Einig sind sich die meisten Autoren und Autorinnen, dass zu viel Nahrungszufuhr in Kombination mit zu wenig Bewegung zu Übergewicht und Adipositas führen kann, während seltener nach den Gründen für dieses Verhalten gefragt wird.

NEUGEBAUER 1976 verknüpft psychologische, energetische und medizinisch-physiologische Erklärungsmuster der Entstehung von

Adipositas zu einem Stufenmodell, das jedoch medizinisch-genetische Ursachen wiederum nicht berücksichtigt.

Es ergibt sich ein weiterer Klärungsbedarf hinsichtlich der Ursachen für Übergewicht, die *hinter* der offensichtlichen Ursache „unausgewogene Energiebilanz“ stehen, dies wird im Kapitel 4 weiter verfolgt.

Zudem zeigt sich, dass die medizinische Erforschung der Adipositas von den parallel ablaufenden gesellschaftlichen Entwicklungen stets beeinflusst ist.

Die Betrachtung von Schönheits- und Gesundheitsnormen im Zusammenhang mit der Körperbeschaffenheit spitzt MERTA 2003 auf das Erlangen der „idealen“ Figur als normenkonformes Handeln innerhalb eines bestimmten Kulturkreises zu und stellt zugleich dar, dass mit einer bestimmten Körperform auch stets gesellschaftlich bestimmte (positive oder negative) Zuschreibungen einhergehen.

KLOTTER 1990 widmet der Betrachtung der Beschreibung der Dicken im historischen Kontext ein ganzes Kapitel und stellt fest, dass die einst emotional geprägte Darstellung durch die Verwissenschaftlichung der Adipositasforschung und unter Verwendung scheinbar objektiver Messmethoden und Abbildungen trotz allem kaum an stigmatisierenden Beschreibungen verloren hat. An Stelle der einstmals aus ästhetischen Gründen verachteten Fettleibigkeit trat das aus gesundheitlichen Aspekten verachtete Übergewicht, eine Ansicht, die sich auch über die Fachmedizin hinweg in der Gesellschaft widerspiegelt.

Es entfaltet sich das interessante Paradox, dass trotz der verbreiteten Annahme, dass Schlankheit mit Gesundheit korreliert, inzwischen viele Menschen durch Blitz-Diäten oder kosmetische Operationen ihre Gesundheit riskieren, um schlank zu werden.

4.

Mit der Untersuchung lebensstilspezifischer Faktoren wie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten und sozioökonomischem

Status wird ein Blick auf mögliche Erklärungsstrategien für das Auftreten von Übergewicht und Adipositas geworfen, als Erweiterung der schon im medizinisch orientierten Kapitel beschriebenen direkten Ursachen.

Ein starker Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Adipositasprävalenz wird konstatiert und unter Berücksichtigung von Pierre Bourdieus Habitustheorie werden (u.a. schichtspezifisch geprägte) Ess- und Bewegungsgewohnheiten als nicht ohne weiteres disponibel erkannt.

Gründe für die oft konstatierte mangelnde Zugriffsmöglichkeit des Individuums auf seine Ernährungsgewohnheiten sind mit SCHOBERBERGER 2005 zum Beispiel in der Sozialisation des Essverhaltens sowie den erlernten Präferenzen bei der Geschmacksausbildung zu finden. Sprich: Ich kann mich entscheiden etwas zu essen, aber ich kann mich nicht entscheiden, es zu mögen oder nicht.

Was die körperliche Aktivität betrifft, stellen GRAF ET AL 2003 in ihrer Studie zum familiären Einfluss auf das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen fest, dass von einem starken Zusammenhang von elterlicher und kindlicher sportlicher Aktivität ausgegangen werden kann. Zum einen aufgrund der Vorbildfunktion, zum anderen aufgrund der Abhängigkeit der Kinder von der Zustimmung und Unterstützung der Eltern bei der Ausübung des Sports.

Auf höherer Ebene sieht BOURDIEU 1987 Ess- und Bewegungsgewohnheiten als Ausdruck des schichtspezifischen und Identitätsstiftenden Habitus und als solche indisponibel.

Nach BECKERT-ZIEGLSCHMID 2005 resultiert aus Forderungen nach Änderungen des persönlichen Gesundheitsverhaltens eine verstärkte soziale Ungleichheit, da sich manche Gesellschaftsgruppen aufgrund ihres geringeren ökonomischen Kapitals sowie ihrer schichtspezifischen Präferenzen nicht adäquat verhalten können.

5.

Ob Adipositas selbst als Krankheit betrachtet werden kann und soll, oder ob nur die resultierende Folgekrankheiten als Krankheiten zu betrachten sind, wird kontrovers diskutiert. Zentral ist dabei die Definition des Begriffes Krankheit, die zum einen als objektiv vorliegender Zustand begriffen werden kann, zu anderen als fachspezifische Zuschreibung.

Die Beantwortung der Krankheitsfrage ist wesentlich nicht nur für die subjektive Einschätzung der Betroffenen, die den vorgestellten Handlungsspielraum mit beeinflusst, sondern auch für die Folgefrage nach der Verantwortung des Einzelnen für den Zustand seines Körpers und gründet letztendlich in den Entstehungstheorien der Adipositas, die endogener oder exogener Orientierung sein können.

HEBEBRAND ET AL 2004 bieten diesbezüglich einen guten Überblick und stellen fest, dass im Falle der Adipositas eine Einschätzung als Krankheit angemessen wäre, obwohl die Folgen sich zwiespältig darstellen (verstärkte Medikalisierung des Lebens, Symptombehandlung statt Ursachenbeseitigung, Einfluss auf normgebende Instanzen).

6.

Die abschließende risikothoretische Betrachtung des Themenfeldes Übergewicht und Adipositas geht den möglichen Auswirkungen sowohl des Zustandes Übergewicht als auch der sozialen Reaktionen auf diesen Zustand nach. Für diese Darstellung wurde die viel zitierte Unterscheidung zwischen (eingegangenen) Risiko und (erlebter) Gefahr zugrunde gelegt um so neben den riskierten Folgeerkrankungen des Übergewichts vor allem auch eine Übersicht über verschiedene Beiträge zu *empfundenen* Risiken und Gefahren erstellen zu können.

Das Ergebnis von Risikoüberlegungen ist keineswegs eindeutig. Die von BERGMANN ET AL 2005 aufgezeigte gesundheitsökonomische Belastung der Gesellschaft durch immer mehr (behandlungsintensive) Übergewichtige, die auch ein beliebtes Thema in den

Medien ist, wird z.B. von KLOTTER 1990 mit Hinweis auf die Beliebtheit der Zuschreibung von Risiken relativiert: schließlich leben auch Autofahrer, Extremsportler und Raucher risikoreich. Aufschlussreich ist weiterhin der bei einigen Autoren anklingende Umkehrschluss der These von der Gefährdung der Gesellschaft durch Übergewichtige: BARNETT 2003, NEUGEBAUER 1976, MERTA 2003 und NEUMARK-SZTAINER 1999 stellen alle mehr oder minder unumwunden eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität übergewichtiger Menschen fest - und zwar oftmals nicht primär durch die körperlichen, sondern vielmehr durch die sozialen Folgen des Übergewichts.

2 Körperbilder

2.1 Körper und Geist

Eine Reflexion des Phänomens „Adipositas“ bzw. „Übergewicht“ spannt sich auf zwischen den beiden an der Beobachtung derselben beteiligten Instanzen: Dem Geist im Sinne eines betrachtenden Individuums und – nahe liegend – dem Körper.

Neben der Frage nach dem Bezug der beiden Instanzen jeweils zueinander, die im Sinne eines Dualismus von Körper und Geist (Descartes, Nietzsche) oder im Sinne ganzheitlicher Konzepte (Helmuth Plessner) entscheiden werden kann, problematisieren diverse Autoren hier die Medialität des Körpers. MERTA 2003 führt Helmuth Plessners Unterscheidung von Leib und Körper an und schreibt von *Körper haben* im Hinblick auf dessen Gestaltbarkeit und von *Leib sein* im Hinblick auf dessen Identität stiftendes Moment: „Der Mensch ist Körper und hat einen Körper“¹ (319)

SCHMIDT 2001 nennt den Körper ein „soziales Objekt“ (5) und weist darauf hin, dass die Betrachtung und Bewertung desselben stets unter Einnahme eines bestimmten Standpunktes erfolgt. So kann der Körper unter Betrachtung als soziales Objekt instrumentalisiert, unter normativen Aspekten bewertet und mit dem Blickwinkel des Body-Image² unter Hinzunahme eines subjektiven Aspekts betrachtet und bewertet werden.

Wie auch immer die Beziehung von Körper und Bewusstsein gestern und heute gehandhabt wird, die Vorstellungen vom Körper und seiner Bezüge zum Bewusstsein, der Gesellschaft und

¹ Engelhardt, Dietrich von (1999): Krankheit, Schmerz und Lebenskunst: eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, München, zitiert nach MERTA 2003:319
² Nach Schilder, Paul (1970): The Image and Appearance of the human Body. International Universities Press, (Ersterscheinung 1935) Zum Begriff „Body-Image“: Das subjektive Körperempfinden in Bezug auf das eigene Körpergewicht kann sich deutlich vom objektiven Gewichtsstatus unterscheiden, besonders bei Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren, in der Pubertät.

Die Reflexion des subjektiv wahrgenommenen Gewichts ist relevant für das eigene Körperempfinden und die individuelle Zufriedenheit.

dem Leben bestimmen den Umgang mit dem Körper: die Bedeutungs-
auslegung, Pflege, Vernachlässigung. (vgl. MERTA 2003:326)
Eine Betrachtung der Perspektiven unter denen auf den mensch-
lichen Körper zugegriffen wird ermöglicht so einen ersten Zu-
gang zur Frage, inwiefern ein Körper nun eigentlich über-
gewichtig erscheint und trägt damit auch die bewusst nach-
gestellte medizinische („wissenschaftliche“) Definition des
Phänomens Übergewicht und Adipositas.

2.2 Körperbilder zwischen Natur und Kultur

„Ist der eigene Körper auch teilweise Schicksal, hat sich das Individuum mit seinem so beschaffenen und so gearteten Körper abzufinden, bestehen doch vielfältige Möglichkeiten auf den eigenen Körper einzuwirken, um ihn für antizipierte Anforderungen zu präparieren. Diese ‚Anlehnung‘ des eigenen Körpers ist nicht nur eine Aufgabe, der das Subjekt individuell nachkommt, sondern die verschiedenen Sozialisationsinstanzen nehmen – gemäß ihrer kulturell geprägten Norm- und Wertvorstellungen – Einfluss darauf, wie der Körper angeeignet wird. Der individuell erfahrene Körper trägt somit Elemente an sich, die die kulturelle Überformung widerspiegeln.“³

Der sozial geprägte Aspekt unseres Körperbildes liegt zunächst zumindest im alltäglichen Umgang nicht unmittelbar auf der Hand. Was der menschliche Körper tut, seine Vorgänge und Reaktionen muten uns als natürlich und biologisch unveränderbar an. Trotzdem zeigen sich der Körper und sein Erscheinungsbild auf den zweiten Blick als in vieler Hinsicht sozial geprägt. (vgl. BETTE 2005:39) Der Umgang mit dem eigenen und fremden Körpern ist nicht angeboren, er unterliegt Rahmenbedingungen, die in der Gesellschaft als Sinn kreierender Instanz (relativ flexibel) verankert sind und unterliegt so sozialen Wandlungsprozessen.

George Herbert Mead⁴ bezeichnet im Rahmen seiner Theorie des Symbolischen Interaktionismus Identität als Konstruktions-

³ Paulus, Peter (1982): Zur Erfahrung des eigenen Körpers: Theoretische Ansätze, therapeutische und erziehungswissenschaftliche Aspekte sowie ein empirischer Bericht, Weinheim, Basel, zitiert nach MERTA 2003:327)

⁴ Mead, George Herbert (1973): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus, Frankfurt am Main: Suhrkamp

prozess, basierend auf der Differenzerfahrung zwischen Erwartung und personaler Entwicklung. Grundlage seiner Annahmen bildet die Annahme des Menschen als instinktarmes Wesen, das sich seinen Platz in der Welt selbst suchen und bearbeiten muss. Wo keine biologische Determinierung vorhanden ist, benötigt das betroffene Wesen eigene Aktivitäten zur Klärung seines Wirkungsfeldes, seiner Aufgaben und vor allem: seiner Identität. Die fehlende biologische Differenzierung gleicht die Spezies Mensch nach Mead durch eine soziale Differenzierung aus, die ermöglicht wird, indem der Mensch Symbol verwendend kommuniziert.

Mit Meads Theorie der symbolischen Interaktion wird die mögliche Annahme einer vorsozial bestehenden Bedeutungswelt ausgeschlossen. Bedeutungszuschreibungen, d.h. auch solche, die den menschlichen Körper betreffen, werden in sprachlich artikulierten Kommunikationsprozessen ausgehandelt und in ihrem fortwährenden Gebrauch fundiert oder in ihrem Nicht-Gebrauch verworfen. „Gültigkeit“ erlangt eine Beschreibung oder Bewertung somit nur innerhalb der sozialen Kommunikationsprozesse, was jedoch keinesfalls Beliebigkeit in den Auslegungen bedeutet: Gerade die Beschreibungen unserer selbst erfordern Konsens und Unterstützung unserer Mitakteure (Mead spricht vom signifikanten bzw. generalisierten Anderen). (vgl. SCHMIDT 2001:6,16ff)

Im Weiteren begründen solchermaßen im Kommunikationsprozess erworbene Bedeutungszuschreibungen nach SCHMIDT 2001 soziale Normen, die sich als „Ideale“ in der individuellen und gesellschaftlichen Vorstellungswelt niederschlagen und so wiederum Einfluss auf die Selbstwahrnehmung der Akteure haben. (29)

MUMMENDEY 1995 bemerkt dazu: „Aus der Sicht der Theorie des Symbolischen Interaktionismus *schreiben Menschen auch ihrer eigenen Person jeweils erlernte Bedeutungen und Werte zu.* Personen halten [...] etwa ihren Körper vor dem Hintergrund be-

stimmter Schlankheitsideale für ‚zu dick‘ oder ‚zu dünn‘[...]“
(115, Hervorhebungen im Original)

Mit der Theorie des symbolischen Interaktionismus werden auch Schönheitsideale als historische und kulturell variable Normen erklärbar: Historisch und kulturell unterliegt die Verständigung über Körpernormen dem Prozess des permanenten sozialen Wandels, bzw. den aktuell in den Kommunikationsprozessen ausgehandelten Idealen, DAS Schönheitsideal ist somit laut POSCH 1999 und FALLON 1990 zeit- und kulturinvariant nicht beschreibbar.

In den folgenden beiden Kapiteln werden Körperideale im historischen und interkulturellen Rahmen beleuchtet werden.

BOURDIEU 1987 greift mit seiner Habitus-Theorie zur Erklärung der Reproduktion sozialer Ungleichheit ebenfalls das Thema Körper als Träger sozialer Bewertungen wieder auf:

Bourdieu begreift den Körper nicht nur als Träger, sondern auch als Produzent von Zeichen. Der Körper ist für ihn eine gesellschaftlich produzierte sowie die einzige sinnliche Manifestation der ‚Person‘, und natürlichster Ausdruck unserer ‚innersten Natur‘. (310)

Dennoch begreift Bourdieu die Male des menschlichen Körpers nicht als physisch gegeben, jede Ausformung wie Gestalt, Schminke, Kleidung, Geruch könne nur als Indiz für eine gesellschaftlich bestimmte ‚moralische‘ Physiognomie gelesen werden, deren Zeichencharakter schon auf ihre Natur eines Kulturproduktes hinweist, jedoch unter dem Anschein der natürlichen Fundierung. (310)

Hier liegt nach Bourdieu die Ursache für die Tendenz, entsprechende ‚Haltungen‘, die sich in bestimmten Körperpraxen und -optiken niederschlagen, als bewusste, normativ fundierte Eingriffe zu betrachten, während das Verhalten, dem

Körper sein natürliches Aussehen zu belassen, als Hinweis auf Nachlässigkeit gewertet wird. (310)

Im Hinblick auf aktuelle Entwicklungen zum Thema Körperbilder beobachtet und beschreibt BETTE 2005 mit systemtheoretischer Fundierung eine simultan ablaufende Steigerung von Körperdistanzierung und Körperaufwertung in den Industriegesellschaften. (20ff)

Anhand diverser Punkte hält Bette die zunehmende Marginalisierung des menschlichen Körpers fest. Er identifiziert eine Entindividualisierung des Tauschverkehrs und denkt dabei an den Gegensatz von früher weiter verbreiteten Wochenmärkten und Supermärkten (bzw. Internetshops). Er beobachtet eine Entkopplung der ehemals engen Beziehung zwischen Macht und körperlicher Gewalt, zum Beispiel in der „Humanisierung“ des Strafsystems und den demokratischen Regierungsformen, sowie einen Bedeutungsverlust des menschlichen Gedächtnisses in Zeiten (z.T. miniaturisierter) Speichermedien wie Bücher, Tonbänder, Festplatten.

Zudem weist Bette auf die sich auflösenden Bindung von Körper und Arbeit hin.

Insgesamt, so Bette, verliere der Körper seine gesellschaftliche Bedeutung, er werde in fast allen Teilsystemen der Gesellschaft auf Distanz gesetzt. (25,30)

Trotzdem sei eine ‚frei schwebende Intelligenz‘ nach wie vor nicht vorstellbar, so dass sich der Geist gebunden an einen seine Bedeutung verlierenden Körper finde.

Problematisch wird das laut Bette, wenn durch Modernisierungsprozesse traditionelle Sinn gebende Instanzen entmachtet, Arbeit und Freizeit reinterpreted, Geschlechts- und Berufsrollen umgeschrieben und Zukunftsentwürfe verunmöglicht werden und Stresserlebnisse wie Zeitknappheit, Temposteigerung und Anonymität den individuellen Erlebnishaushalt überstrapazieren.

Auf psychosomatischem Weg melde sich dann der Körper zurück, so Bette und mache sich so als ein nicht nur kontrollierter und sozial definierter, sondern auch als ein kontrollierender und begrenzender ‚Schmerzkörper‘ bemerkbar.

Wenn der Einzelne, konfrontiert mit einer defizitär erscheinenden Gegenwart (verglichen mit den unzähligen nicht zeitgleich realisierbaren, gleichwertigen Möglichkeiten) nach Auswegen aus unerfreulichen Begrenzungserfahrungen sucht, dann finde er den Körper als Instanz der Gegenwart, die durch direkt mögliche Einwirkungen eine Einbindung in die Erlebnisgegenwart ermöglicht und kausale Kontrollerfahrungen verschafft. In einer Situation gesellschaftlich erzeugter Überforderung stelle der Körper, seine Aktivierung und Pflege, ein Symbol für die noch kontrollierbare Wirklichkeit dar. (34ff)

Ähnlich argumentiert COTTAM 2004, indem sie Körperbezogenheit als Symptom unserer stressbehafteten Lebensweise identifiziert, d.h. kulturbedingte Überernährung und daraus folgendes Übergewicht als ein Symptom unter vielen selbstdestruktiven Praxen wie Alkoholmissbrauch, Selbstmord, Drogenmissbrauch ausmacht.

Zentral ist für Cottam in diesem Zusammenhang ein Wandel in der Selbstkonzeption der Menschen:

Wo erklärter Ethos der Gesellschaft ist, zu nehmen was man kriegen kann ohne sich um Zukunft sorgen zu machen, gehört Selbstdisziplin nicht mehr zu den um ihrer selbst Willen favorisierten Werten. „Selbstpflge“ wird hier gesehen als ethisch begründete Aufgabe, wie auch die Sorge um andere. (vgl. COTTAM 2004:1203)

2.3 Körperbilder - historisch

Im Laufe der Zeit kam es, ganz entsprechend der oben angesprochenen sozialen Konstruktion und Bewertung von Körperbildern, zu jeweils zeittypischen Festlegungen der als ideal betrachteten Körperausformungen. Eine exemplarische Aufstellung der Schönheitsideale findet sich bei MERTA 2002: Demnach wurde bis ins 17. Jahrhundert eine gewisse Leibesfülle präferiert, die der Oberschicht als Statussymbol für Macht und Reichtum diente. (...) Möglich war diese Form der sozialen Distinktion durch die Nahrungsmittelknappheit unter den niederen Schichten der Bevölkerung, so dass ein gut genährter Körper als deutlicher Hinweis auf gute Situierung und damit verbundene gute Gesundheit betrachtet werden konnte. (vgl. DROLSHAGEN 1997:62)

Auch die von RIES 1990 erwähnten „Rubensdamen“ datieren auf diese Epoche, wobei Ries auch eine persönliche Vorliebe des Malers Peter Paul Rubens (1577-1640) in Betracht zieht und nicht unbedingt eine allgemeine Vorliebe für deutliche Rundungen (in diesem Fall beim weiblichen Geschlecht) konstatieren möchte. (16)

Seit der Aufklärung wird Fettleibigkeit als Problem gesellschaftlich diskutiert und der Gesundheitsaspekt berücksichtigt, zeitgleich kommt das neue Idealbild der „edlen Schlankheit“ in der Oberschicht auf. (vgl. MERTA 2001:10)

Ab dem 19. Jahrhundert findet eine denkwürdige Verknüpfung des schlanken Erscheinungsbildes (und der damit verbundenen Ent-sagungen bzw. Anstrengungen) mit den christlichen Tugenden der Mäßigung, Bescheidenheit, Einfachheit und Natürlichkeit statt. Seit Ende des 19. Jahrhunderts greift nach MERTA 2001 der Schlankheitskult um sich und manifestiert sich in diversen Formen der aufwendigen Körperpflege, des Trainings und der „richtigen“ Ernährung. (2ff)

Mit der einsetzenden Industrialisierung erfolgt laut MERTA 2001 eine Funktionalisierungs- und Rationalisierungstendenz, die auch das menschliche, zunächst vor allem das männliche Körperbild beeinflusst: Leistungsfähigkeit und Effektivität werden als zentrale Punkte des Produktionsprozesses auch vom menschlichen Körper verlangt.⁵

Parallel zu dieser Entwicklung verläuft die Verwissenschaftlichung des Körpers, was zu einem modifizierten Bild des menschlichen Körpers in der Medizin führt, demzufolge Fettpolster nicht mehr als dem Körper natürlicherweise zugehörig, sondern als überflüssiger, bearbeitbarer Ballast betrachtet werden. (vgl. MERTA 2001:13)

Zur Entwicklung der Medizingeschichte im Zusammenhang mit der Adipositasforschung siehe unten, Kapitel 3.1.

Dabei entspricht die angestrebte „Schlankheit“ der damaligen Zeit nach Mertas Beschreibungen eher unseren heutigen Vorstellungen eines „stabilen“ Erscheinungsbildes:

„Zur Jahrhundertwende entsprach noch ein etwas kräftigerer Körperbau mit leichten weiblichen Rundungen dem Schönheitsideal. Als ästhetische Vorzüge wurden ein weicher Übergang von Wange zum Hals, ein runder Hals, vorstehende, gewölbte Hinterbacken, runde, dicke Oberschenkel, hochgestellte, runde, pralle Brüste, runde Waden und weiche Knieumrisse, ein kleines Bäuchlein und eine deutlich eingebuchtete Taille beschrieben.“

(MERTA 2001:10)

In den folgenden Jahrzehnten wurde das Schönheitsideal auf die möglichst schlanke Linie zugespitzt, über die in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts angestrebte „Linealfigur“ im Garçonette-Stil bis hin zu den von aktuellen Modezeitschriften propagierten Modelmaßen. (10ff)

⁵ Exemplarisch hierfür: Frederick W. Taylors Beschreibung der „wissenschaftlichen Betriebsführung“ in seiner Veröffentlichung „The Principles of Scientific Management“. (dt. Ausgabe: Taylor, Frederick W. (1913): Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung, München und Berlin: Oldenburg

2.4. Körperbilder - interkulturell

In Kapitel 2.2 klang eine interkulturelle Varianz des Schönheitsideals als direkte Folge der sozialen Konstruktion von Körpernormen in Kommunikationsprozessen bereits an.

Nach George Herbert Mead werden Schönheitsnormen im Kommunikationsprozess unter Verwendung signifikanter Symbole (re)produziert. Genau so wie bestimmte Sprachen akustisch oder in ihren Gebärden auf bestimmte Kulturkreise beschränkt sind, gelten auch die Körpernormen jeweils für einen bestimmten begrenzten Kulturraum (und wie im vorigen Kapitel gesehen, zeitlich begrenzt).

Beispielsweise schreibt MUMMENDEY 1995 von körperbezogenen Normen, die „üppige Leibesfülle“ in Südamerika und der Südsee als attraktiv bestimmen (112f), MERTA 2001 bemerkt, dass der Zustand, den wir als „Übergewicht“ titulieren in vielen afrikanischen, asiatischen und arabischen Gesellschaften als Schönheitsideal gilt(2) und GREFE 2006 weist auf die immer noch präsente Tendenz in türkischen Familien hin, kleine Kinder dann als gesund zu betrachten, wenn sie „schön rund“ sind.

EMBER ET AL 2005 konstatieren in ihrer interkulturell angesetzten Studie „Valuing thinness or fatness in women“: „In most cultures, the ideal female form is not thin.“ (258)

Dass es historische und interkulturelle Variationen des als ideal definierten Körperbaus gibt, scheint Konsens zu sein, umso umstrittener sind die verschiedenen Erklärungsansätze, warum ein bestimmtes Ideal zu einer bestimmten Zeit in einer Gesellschaft vorherrscht. Die möglichen Theorien reichen von genetischen Einflüssen über psychische Faktoren bis hin zu Ansätzen, die die Machtverhältnisse der Geschlechter thematisieren.

Ein oft zitierter Ansatz geht von einer Präferenz für Körperfett (oft begrenzt auf Frauen) im Zusammenhang mit der Sicherheit der Nahrungsversorgung in der entsprechenden Gesellschaft aus. Von rein biologischen Erklärungen, die auf die Funktion der Fettspeicherung als Überlebensstrategie abzielen (vgl. EMBER ET AL 2005:257f), bis hin zu der soziologisch gefärbten Annahme, dass Körpergewicht in diesem Zusammenhang primär zu sozialen Distinktion dient, indem bestimmte Werte mit ihm verknüpft werden, (vgl. MERTA 2001:2) finden sich zu diesem Ansatz diverse Ausdifferenzierungen.

EMBER ET AL 2005 können den direkten Zusammenhang von Nahrungsmittelangebot und Schönheitsideal jedoch in ihrer Untersuchung nicht bestätigen. Sie differenzieren den Ansatz weiter indem sie das Vorratsverhalten der Gesellschaften mit einbeziehen, erhalten aber auch auf diesem Wege keinen positiven Zusammenhang. (257)

ANDERSON ET AL 1992 dagegen testeten die „Food Security“-These erfolgreich und identifizierten auch Zusammenhänge von Körperidealen mit Klima (Fett als Isolation), Geschlechtsrolle der Frau, Machtverhältnissen der Geschlechter sowie den sozialen Umständen, die sich auf die Reproduktionsbereitschaft der Frauen auswirken können. (217)

Die zu Beginn des Abschnitts aufgeführten Aussagen zur Gestaltpräferenz in verschiedenen Völkern bzw. während verschiedener historischer Zeitpunkte muss relativiert werden im Hinblick auf den zwar nicht trennscharfen, aber dennoch je kulturspezifisch definierbaren Unterschied zwischen üppigen Rundungen und Adipositas. Extremes Übergewicht dürfte außerhalb der modernen Industriegesellschaften eher rar sein (EMBER ET AL 258) und selbst wenn Fett als Energiespeicher in Mangelgesellschaften von Vorteil gewesen sein mag, so ist nicht zu vermuten, dass das Nahrungsangebot in diesem Falle einen Zu-

stand der extremen Adipositas ermöglicht hätte, so dass mit EMBER ET AL 2005 vorsichtig vermutet werden kann, dass der ästhetische Wert der Rundungen im Falle von Mangelgesellschaften hier mit der Präferenz zum Wert „Gesundheit“ verknüpft wurde, da runde Formen dann auf ausreichende Ernährung hinwiesen, während Dünnhheit ein klares Zeichen für Unterernährung darstellte.(358)

3 Adipositas

Die vorherrschenden medizinischen Meinungen zu Ursachen und Entstehung von Übergewicht berücksichtigen zwei Faktoren, endogene und exogene, die entweder unter Verwerfung des jeweils anderen präferiert oder in verschiedenen Kombinationen miteinander verknüpft werden.

Unter endogen ist dabei zu verstehen: im Körper selbst, bzw. aus Anlagen des Körpers entstanden, nicht durch äußere Einflüsse entstanden. Exogen meint dagegen: außerhalb des Organismus entstanden, von außen in den Körper eindringend.⁶

In Kombination mit bestimmten Erklärungsmodellen lassen sich diverse Theorien der Entstehung von Übergewicht entwickeln, im Laufe der Geschichte wurden die Ursachenfaktoren teils neu kombiniert, teils kamen neue Faktoren aufgrund des vorherrschenden Forschungsparadigmas hinzu.

KLOTTER 1990 ruft in diesem Zusammenhang Thomas S. Kuhn⁷ und seine Paradigmenmodell der Wissenschaften in Erinnerung, indem er bemerkt, dass die Medizingeschichte nicht als kontinuierlicher Prozess der Verbesserung, bzw. „Verwahrheitlichung“ zu verstehen ist. Diagnosen und Ätiologien werden nicht immer zutreffender, sondern stellen stets paradigmengabhängige Entwicklungen und Neudeutungen von Ursachen, Folgen und Behandlungen dar. (49)

In diesem Lichte ist auch die medizinische Definition von Adipositas zu sehen:

„Adipositas: syn. Fettleibigkeit, Obesitas; erhöhtes Körpergewicht relativ zur Körpergröße; die Quantifizierung der

⁶ Vgl. Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch (1990), 256. Auflage, Berlin, New York: De Gruyter; Stichworte endogen und exogen

⁷ Vgl. Kuhn, Thomas S. (1976): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt/Main: Suhrkamp

Adipositas erfolgt nach dem Body-mass-Index (Abk. BMI [...])...“⁸
(PSCHYREMBEL 2005:16)

ULMER 2004 bemerkt zum BMI als Grundlage der Identifikation der Adipositas, dass diese in ihrer deutschen Übersetzung mit Fettsucht bezeichnet würde und somit auch das Fett gemessen werden sollte und nicht das gesamte Körpergewicht, da ein über den Richtlinien liegendes Gewicht auch durch vermehrt Muskelmasse zustande kommen könne.

Er verweist zudem auf Unterschiede im Körperbau, die ebenfalls eine Rolle bei der Bestimmung des „tatsächlich“ gesundheitsgefährdenden Übergewichts spielen können. So bestehen bei gynoiden und androiden⁹ Körperbau-Typen Differenzen bezüglich der Verteilung des Fettes im Körper, wobei Ulmer auf das vermehrte intraabdominale (das im Körper zwischen den Organen angelagerte) Fett als wesentliche Ursache für durch Adipositas bedingte Stoffwechselkrankheiten hinweist, im Gegensatz zum vergleichsweise nur durch die schiere Masse gefährdenden Fett, das sich an Oberschenkeln und Hüfte ansammelt. Er empfiehlt dementsprechend dringend Verfahren, die den Quotienten aus Bauch- und Hüftumfang mit einbeziehen.(1213)

⁸ Der BMI wird errechnet aus dem Quotienten Gewicht in kg/(Körpergröße in cm)²

⁹ Auch oft als "Apfel-" (android) bzw "Birnentyp" (gynoid) bezeichnet.

3.1 Medizinische Betrachtungen

NEUGEBAUER 1976 ordnet die denkbaren physiologischen, energetischen und psychologischen Erklärungsmodelle für die Entstehung von Übergewicht hierarchisch an (15), so dass ein Erklärungsstrang entsteht:

1.) Psychologisches Erklärungsmodell:

Psychische Konflikte führen zu Verhaltensstörungen, die sich als fehlende Hungerwahrnehmung oder Außensteuerung des Essverhaltens manifestieren.

2.) Energetisches Erklärungsmodell:

Diese Verhaltensstörungen führen zu einer unausgewogenen Ernährung (zu viel, zu fettig,...).

3.) Medizinisch-Physiologisches Erklärungsmodell:

Unausgewogene Ernährung verursacht unausgewogene Energiebilanz und führt zu Übergewicht.

Dem hinzuzufügen wäre noch ein Medizinisch-genetisches Modell, das die Veranlagung zu und Ausbildung von Übergewicht als endogen verursacht beschreibt und damit in Neugebauers Verursachungskette auf Ebene des Psychologischen bzw.

Energetischen Erklärungsmodells quer einsteigt, indem genetische Veranlagungen als Ursache für fehlendes Sättigungsgefühl oder ähnliches angenommen werden. HEBEBRAND ET AL 2004 sprechen diesbezüglich davon, dass neue Erkenntnisse der Genetik auf größtenteils nicht willentlich beeinflussbare Ursachenfaktoren hindeuten (2470) und zitieren James Neels „Thrifty genotype“ Hypothese¹⁰, der zufolge unsere Gene Informationen aus Zeiten tragen, in denen Nahrungsmittelmangel und ausgeprägte körperliche Aktivität an der Tagesordnung waren und wir daher heute gleichsam mit einem Körper geschlagen sind, der nach wie vor möglichst viele Fettreserven

¹⁰ Vgl. Neel, James (1998): „The Thrifty genotype“, in: Nutr. Rev 1999; 57, S. 2-9

als Überlebensstrategie anlegen möchte, so dass wir uns im Grunde fragen müssten, weshalb heutzutage so viele Menschen in Industrieländern mit Nahrungsmittelüberangebot *nicht* dick sind.

In einem kurzen Vorausgriff auf nicht-genetisch fundierte Theorien der Entstehung von Übergewicht sei angemerkt, dass auch diverse auf exogenem Wege erworbene Faktoren wie z.B. der persönliche Geschmack, nicht willentlich beeinflussbar sind.

Mit der Entdeckung des Leptin-Gens 1994 und dessen Wirkungen auf den Hormonhaushalt des menschlichen Körpers schien alles auf eine rein genetische Verursachung von Übergewicht hinzuweisen. (vgl. HEBEBRAND 2004:2468)

Das Hormon Leptin beeinflusst das Sättigungsgefühl und somit das Essverhalten. Ein hoher Leptinwert im Körper löst ein Gefühl der Sättigkeit aus, das eine reduzierte Nahrungsmittelaufnahme zur Folge hat. Dabei wird die Hormonproduktion durch die Energiebilanz unseres Körpers beeinflusst. (vgl. LANGHANS 2005:38)

Ausgangspunkt dieser Annahmen bildet die Vorstellung eines homöostatischen biologischen Systems, das Nahrungsaufnahme und Energieverbrauch im Körper ausbalanciert. Steigendes Körpergewicht verursacht steigende Leptinmengen im Körper, die dazu führen, dass die Nahrungsaufnahme reduziert wird.

Dabei reagiert jeder Mensch verschieden empfindlich auf das Hormon. Übergewicht wird so erklärt als Resultat der Leptinresistenz bzw. des Fehlens des Hormons bei manchen Menschen, (vgl. FRIEDMAN 2003:857) bzw. im weiteren Sinne als Interaktionsproblem unserer Gene mit unserer Umwelt – hier verstanden als alle außerkörperlichen Bedingungen und Umstände.(858)

Konträr zu rein endogen orientierten Theorien argumentieren exogene Ansätze auf der Grundlage von sozialisatorischen Bedingungen und Fragen des Lebensstils.

So bemerken BERGMANN ET AL 2005, dass die Fälle monogenetischer Ursachenkonstellationen, in denen es unausweichlich zu Adipositas kommt, wie dem Prader-Labhart-Willi-Syndrom, eher die Ausnahme seien und so nicht zur Erklärung der weiten Verbreitung des Übergewichts in der Bevölkerung herangezogen werden könnten. (20)

Auch NEUGEBAUER 1976 stellt fest, dass hormonelle Faktoren viel eher als Folgen denn als Ursachen für Übergewicht betrachtet werden sollten (10) – mehr zu den Folgeerkrankungen die mit Übergewicht und Adipositas in Verbindung gebracht werden in Kapitel 6.2.

Rein exogen ausgerichtete Theorien gehen von diversen Einflüssen aus der Umwelt des menschlichen Körpers als Ursache für Übergewicht aus.

KROMEYER-HAUSCHILD 2005 nennt gesellschaftliche Faktoren wie soziale, politische und ökonomische Bedingungen und allgemeine Lebensbedingungen wie Ernährungsgewohnheiten und körperliche Aktivität, (10) wobei diese Einflüsse vermutlich nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können.

Betrachtet man die Umwelt der Kinder und Jugendlichen in Europa, fallen nach Kromeyer-Hauschild gleich diverse Bedingungen ins Auge, die die Entwicklung von Übergewicht begünstigen, so zum Beispiel auf Computer und Fernsehen konzentriertes Freizeitverhalten, Fast-food und unbegrenztes Angebot an geschmacklich attraktiven, energiereichen Nahrungsmitteln sowie die Auflösung der traditionellen Familienstrukturen. (10)

Auch NEUGEBAUER 1976 nennt körperliche Inaktivität als Hauptauslöser von Übergewicht und identifiziert die veränderten Lebensbedingungen in Industriegesellschaften als Ursache des zunehmenden Bewegungsmangels (vor allem bei Kindern). (10f)

Die vorherrschende Sicht dürfte heute eine Verknüpfung von endogenen und exogenen Theoriebausteinen sein, die in verschiedenen Varianten eine genetische Disposition mit vom persönlichen bzw. milieugeprägten Lebensstil verursachten Einflüssen verknüpft. (z.B. NEUMARK-SZTAINER 1999:32)

LANGHANS 2005 verbindet in diesem Sinne psychische, soziale, ökonomische und kulturelle Faktoren mit einer physiologischen Steuerung des Hunger- bzw. Sättigungsgefühls über das Hormon Leptin. (37)

Die große Gemeinsamkeit sowohl der endogen als auch der exogen orientierten Theorien liegt in der Form der *streng kausalen* Verursachung des Übergewichts: Unstrittig ist jeweils, dass von einem definierten Referenzpunkt aus zu viel Nahrung zugeführt wird (z.B. in Bezug auf die durchschnittliche körperliche Aktivität), wogegen deutliche Unterschiede in Bezug auf die *Erklärung* dieses als Problem erkannten Ungleichgewichts zwischen Energiezufuhr und -verbrauch in den einzelnen Theorien bestehen. Warum bewegt sich ein übergewichtiger Mensch zu wenig, bzw. warum nimmt er zu viel Nahrung zu sich? Oder, wie RIES 1990 sich ausdrückt: „...es wird nicht daran gezweifelt, daß die Adipositas entweder durch Überernährung (Hyperphagie) oder/und durch Bewegungsarmut (Hypomotilität) ausgelöst wird. Mit dieser lapidaren Feststellung über die Entstehungsmechanismen (Pathogenese) wird aber letztlich nichts über die Ursachen (Ätiologie) der Gewichtszunahme ausgesagt.“ (25)

Bewegungsgewohnheiten und Essverhalten als Ausdruck und Praxis eines bestimmten Lebensstils werden im Kapitel 4 näher behandelt.

3.2 Schlank und gesund – schlank und schön?

Entscheidend bei der gesellschaftlichen Bewertung des körperlichen Zustandes „Übergewicht“ oder „Adipositas“ sind die Verknüpfungen zwischen dem körperlichen Zustand und den zugeschriebenen Prädikaten und letztendlich Konsequenzen, die von Fachleuten oder von Laien mit diesem verbunden werden. Wie große Fettmengen am Körper interpretiert werden, ist (siehe Kapitel 2) kulturell bestimmt und variiert mit den Theorien, die über die entsprechenden Zusammenhänge gebildet werden.

Dementsprechend sind den diversen Perspektiven der Betrachtung und Bewertung von Körperfett und dessen Konsequenzen prinzipiell keine Grenzen gesetzt, von dem Verdacht der extremen Gesundheitsgefährdung, der finanziellen sowie sozialen Belastung und Unattraktivität bis zu Wertschätzung als Statussymbol bzw. der relativen Attraktivität im Hinblick auf mögliche Alternativen wie ständige Diäten sind die gegensätzlichsten Standpunkte denkbar. In westlichen Gesellschaften genießt der Zustand „Adipositas“ jedoch meist kein positives Ansehen. (vgl. NEUMARK-SZTAINER 1999:33f)

Solche gesellschaftlichen Vorstellungen über die (mangelnde) Attraktivität bestimmter Zustände werden auf Ebene der sozialen Normenkonstitution und -reproduktion erstellt und erhalten bzw. verworfen.

Werte spiegeln dabei zum einen Zielvorstellungen darüber wieder, was in bestimmten Kulturen als gut, schön, moralisch wünschens- und erstrebenswert gilt – sowohl auf Ziele als auch auf zur Zielerreichung eingesetzte Mittel bezogen. Zum anderen stellen Werte Orientierungspunkte für Akteure dar, die in einer bestimmten Situation unter bestimmten Umständen handeln und bilden so eine Selektionshilfe aus möglichen Handlungen.

Der gesellschaftliche Wertekonsens überträgt sich dabei im Sozialisationsprozess nicht wie ein Abziehbild auf die Individuen, sondern diese bilden eigene Wertpräferenzen aus, die sie jedoch nur vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Wertorientierungen als Kontrast oder Konsens ausbilden können. (vgl. ZWICK 2002:99)

Werte leisten eine Legitimations- bzw. Rechtfertigungsfunktion für soziale Normen, die als situationsspezifische verbindliche Handlungs- oder Bewertungsorientierungen beschrieben werden können. (vgl. HILLMANN 1994:616)

Die in Kapitel 2 beschriebenen historisch oder kulturell variierenden Vorstellungen der "idealen" Figur orientieren sich dementsprechend an den jeweils gültigen sozial konstruierten Schönheitsnormen, das Streben nach der Idealfigur stelle sich in diesem Lichte als normenkonformes Handeln dar, während in manchen Kulturen Dickleibigkeit einen (unübersehbaren) Verstoß gegen raum-zeitlich beschränkte Schönheitsnormen darstellt. (vgl. MERTA 2003:345)

Hinzu kommt eine Verknüpfung des als normenkonform identifizierten Erscheinungsbildes mit prädikativen Zuschreibungen, die dessen Erwünschtheit widerspiegeln: Schwergewicht wird mit Langsamkeit, Faulheit, Hässlichkeit in Verbindung gebracht, als schön empfundene Körperformen werden mit positiven Charaktereigenschaften belegt (persönlichkeitsstark, charmant, sympathisch). Auf diesem Wege wird das Streben nach dem, was als Schönheit bezeichnet wird, verbunden mit der Vorstellung des Strebens nach „etwas Gutem“, was per Definition als sozial erwünscht bezeichnet werden kann. (vgl. MERTA 2003:354)

Reproduziert werden solche Körpernormen sehr gegenständlich in Verbreitungsmedien wie Fernsehen, Internet und in Zeitschriften, die einen direkten Zusammenhang von Lebensglück und Idealgewicht suggerieren und ein Scheitern der Verwirklichung

der Idealfigur mit Unvermögen, Willensschwäche und Versagen in Verbindung bringen. (vgl. MERTA 2003:351)

SCHMIDT 2001 und MERTA 2003 nennen zudem den großen Einfluss der Modebranche, repräsentiert durch Models.

Schwierig wird es dort, wo unterschiedliche, jedoch womöglich gleichwertige Normen aufeinander treffen, deren Berücksichtigung jeweils für sich (gesellschaftlich oder individuell) erstrebenswerte Konsequenzen haben.

Im Falle der Körpernormen ist die Verklammerung von Schönheitsnorm und Gesundheitsnorm diesbezüglich interessant:

NEUMARK-SZTAINER 1999 beschreibt die hohe auch in ästhetischen Bewertungen ausgedrückte Stigmatisierung der Dickleibigkeit in Gesellschaften, die Schlankheit präferiert und positiv bewertet im Hinblick auf Gesundheitsaspekte und spricht von einer „Gesundheitsmode“, die mitnichten allein im Bereich der laienhaft orientierten Öffentlichkeit umgeht, sondern vor allem auch im Rahmen der scheinbar wertfreien, wissenschaftlichen medizinischen Forschung. (31)

KLOTTER 1990 stellt dazu fest, dass zumindest bis ins 19. Jahrhundert die Adipositasforschung mehr oder minder der Reproduktion des jeweiligen Schönheitsideals diene. So findet sich bis Ende des 19. Jahrhunderts eine deutliche Betonung des Monströsen und Spektakulären in der Beschreibung der Dicken in der medizinischen Forschung. Mit Hilfe affektgeladener Beschreibungen wird die Neugier über die erreichbaren Extreme Menschlichen Körperumfangs gestillt. Die Beschreibungen beinhalten zumeist emotional beladene Vokabeln, die Verachtung, Ekel und Widerwillen zum Ausdruck bringen („Klumpen, Wülste“) und/oder die Charakterstärke der Betroffenen in Frage stellen. (116f)

Klotter bemerkt, dass Wissenschaft hier nicht wertneutral betrieben wird, sondern kollektive (männliche) Vorlieben verwissenschaftlicht und zur Norm erhoben werden. Mit Anfang des

20. Jahrhunderts wird die Adipositasforschung als Wissenschaft mit Anspruch auf Wertneutralität aus der Taufe gehoben, die affektgeladenen Beschreibungen werden damit verunmöglicht, statt dessen wird auf metrische Beschreibungen der Fettmengen ausgewichen, die Forschung reagiert jedoch nach Klotter weiterhin auf Schönheitsnormen der Gesellschaft bzw. kreiert eben solche, z.B. mittels der sozialdarwinistisch geprägten Unterscheidung von muskelschwachen und muskelstarken Dicken. Gleichzeitig mit der Verwissenschaftlichung der Adipositasforschung werden Schönheitsnormen (die als solche nun nicht mehr streng wissenschaftlich diskutiert werden können) in Gesundheitsnormen transformiert. KLOTTER 1990: „Ein fatter Hals ist nun nicht mehr abstoßend, sondern schädigt die Gesundheit.“ (118)

Die medizinische Behandlung des Themas Adipositas zu Beginn des 20. Jahrhunderts wird demnach beeinflusst durch soziale Bedingungen und beeinflusst diese wiederum - oder, mit anderen Worten: die Gesellschaftliche Wirklichkeit beeinflusst die Adipositasforschung und wird von ihr mitproduziert. (111)

Ergebnis dieser denkwürdigen Verschränkung von ästhetischen und gesundheitlichen Normen ist die paradoxe Situation, dass viele Menschen inzwischen für ein schlankes Erscheinungsbild, das ja prinzipiell in unserer heutigen Gesellschaft mit der Vorstellung von Gesundheit verknüpft ist, ihre Gesundheit opfern, indem sie sich Diäten unterwerfen, die jeder Vorstellung einer ausgewogenen Ernährung widersprechen oder risikoreiche Operationen auf sich nehmen. (vgl. MERTA 2003:352)

Eine weitere Folge der gegenseitigen Prägung von Adipositasforschung und Schönheitsnormen ist nach MERTA 2003 und NEUMARK-SZTAINER 1999, dass die meisten Menschen inzwischen nicht an Gewichtsproblemen leiden, sondern an sozio-kulturellen Imageproblemen:

„It's not clear whether the more detrimental consequences are primarily due to the condition itself (that is, obesity) or to society's reaction to obesity". (NEUMARK-SZTAINER 1999:34)

Oder, mit anderen Worten: Individuell sieht sich der Einzelne einem Wertekonflikt zwischen den Möglichkeiten einer durch Disziplin erhaltenen Lebensqualität und den Vorzügen und Annehmlichkeiten eines bequemen genussreichen Lebens ausgesetzt. (BERGMANN ET AL 2005 sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer „Konkurrenz der Lebensqualitäten“)

Im Spannungsfeld Individuum-Gesellschaft befindet sich der Einzelne in der Lage, bestimmten sozialen Werten und Normen nicht zu entsprechen und sich mit den entsprechenden sozialen Sanktionen auseinanderzusetzen - zusätzlich zu der eventuell auftretenden „tatsächlichen“ körperlichen Behinderung.

4 Adipositas und Lebensstil

Als Faktoren hinter der unmittelbaren Ursache in Form einer unausgewogenen körperlichen Energiebilanz werden wie schon dargestellt unterschiedliche in sozialer oder psychischer Hinsicht zu veranschlagenden Einflüsse angenommen. Viele dieser Faktoren können unter dem Punkt „Lebensstil“ zusammengefasst werden, so zum Beispiel Ernährungs- oder Bewegungsgewohnheiten.

ZWICK 2002 bezeichnet als Entwicklung eines Lebensstils die individuelle Beschaffung und Anwendung signifikanter kultureller Symbole auf Grundlage bestimmter im Sozialisationsprozess ausgebildeten Wertorientierungen und Geschmackspräferenzen, mit dem Ziel, der eigenen Persönlichkeit ein stimmiges und geschlossenes Erscheinungsbild zu verleihen. (vgl. ZWICK 2002:100)

Die dazu in Verwendung genommenen Statussymbole, die gegenständlicher wie ideeller Natur sein können (Auto, Bildung,...) zeichnen sich aus durch eine Doppelbestimmung durch einen praktischen und einen symbolischen Wert. Mit anderen Worten, die entsprechenden Produkte werden als Medien verwendet, können dem Besitzer sowohl der sozialen Distinktion als auch der Erfüllung anderer praktischer Aufgaben dienen.¹¹ (101)

Bezeichnend für moderne Industriegesellschaften ist nach SCHOLL/HAGE 2004 die Vielfalt unterschiedlicher Lebensstile, die sich aus den Dimensionen

- *Mentalität*: Einstellungen, Werte, Lebensziele, Weltbilder
- *Lage*: Bildung, Einkommen, Berufsprestige, askriptive Merkmale (Selbststilisierung unter Rückgriff auf soziale Ressourcen)

¹¹ Ein Auto kann auf diese Weise als Mittel zum Transport von A nach B und als Medium der Mobilität, der sozialen Abgrenzung,... gesehen werden.

und

- *Performanz*: Praktiken, Verhaltensmuster, Konsum, Ausstattung

zusammensetzen. (9)

Ein bestimmter Lebensstil beinhaltet dabei diverse Möglichkeiten zur Darstellung von Persönlichkeit und Geschmack, d.h. zur Abgrenzung von anderen Lebensstilgruppen, mit deren Hilfe der eigene, ganz persönliche Lebensstil gefunden und erhalten wird.

Zentrale Dimensionen lebensstilspezifischer Orientierungen sind relativ stabil verankert und können nicht oder nur unter großen Anstrengungen verändert werden. (vgl. BOURDIEU 1987:253)

Im Weiteren wird auf die Faktoren Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität als Elemente und Performanzfaktoren von Lebensstil und auf den sozioökonomischen Status als (re)produzierender Aspekt von Lebensstil eingegangen werden.

SCHOBERBERGER 2005 betrachtet die Einstellung zum Essen und die persönlichen Nahrungsgewohnheiten als wesentliche psychosoziale Einflüsse auf die Entwicklung von Übergewicht oder Adipositas. Essen und Trinken bezeichnet er in diesem Zusammenhang als erlerntes Verhalten, mit der Konsequenz, dass auch ohne Hunger oder Durstgefühl zu Essen oder Trinken gegriffen wird, aus Gewohnheit oder aufgrund des Imitationslernens. (102)

Auch LANGHANS 2005 betont die psychischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren als wichtige Determinanten des Essverhaltens neben der physiologischen Steuerung des Hunger-/Sättigungsgefühls durch Hormone wie z.B. Leptin. (37)

Bei der Auswahl von Nahrungsmitteln spielen laut Langhans die Aspekte Geschmack und Sättigungswirkung oft eine größere Rolle als die Gesundheitsorientierung.

LANGHANS 2005 hält zum Thema Geschmacksausbildung fest, dass hier sowohl angeborene als auch erlernte Präferenzen und Aversionen aufeinandertreffen. So wäre den meisten Menschen eine Präferenz für süßen und eine Aversion gegen bitteren Geschmack von Geburt an zu eigen, während für weitere Bewertungsausbildungen die Assoziationen der positiven oder negativen Konsequenzen beim oder nach dem Verzehr einer bestimmten Speise entscheidend wären. (44f)

Hunger und Durst, so SCHOBERBERGER 2005, würden als Spannungszustand empfunden, der durch Essen und Trinken beseitigt werden kann. Das Wegfallen des unangenehmen Zustandes werde als Belohnung, als erstrebenswertes Gefühl, empfunden. Dieser Mechanismus diene der Versorgung des Körpers mit Vitalstoffen.

Wenn nun in der Sozialisationsphase nicht nur Hunger und Durst mit der Zufuhr von Nahrungsmitteln beantwortet werden, sondern auch weitere Zustände und Empfindungen wie Angst, Alleinsein oder Langeweile, lerne das Kind, auf all diese Empfindungen mit Nahrungsaufnahme zu reagieren. Essen werde so zu einer Coping-Strategie, zu einem Bewältigungsmechanismus. Aus diesen unterschiedlichen erlernten Einstellungen zum Essen resultieren nach Schoberberger bestimmte Esstypen, wie Belohnungesser, Kummeresser, Stressesser und ähnliche. (102f)

BECKERT-ZIEGLSCHMID 2005 untersuchte im Rahmen ihrer Studie zur Individualisierung des Gesundheitsverhaltens die Einflüsse von Familie und Peer-Gruppen auf das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Die Autorin testete dabei zwei konträre Theorien gegeneinander, zum einen die durch Pierre Bourdieus Habituskonzept fundierte Vorstellung, dass das

Gesundheitsverhalten sich nach einem sozial vererbtem Handlungsrepertoire richtet, das dem Einzelnen individuell zur Verfügung steht und relativ stabil reproduziert wird, zum anderen die These, dass Peergruppen einen größeren Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten von Jugendlichen hätten, das diese die Ausbildung eigener Strategien zur Erhaltung der Handlungsfähigkeit in einer sich schnell verändernden Umwelt böten. (206ff)

Die auf Bourdieus Habituskonzept gegründete These des stärkeren familiären Einflusses hat sich dabei laut Beckert-Zieglschmid bestätigt. (214)

Pierre Bourdieu baut seine Theorie der Reproduktion sozialer Ungleichheit um den Begriff des Habitus als „Handlungs-, Wahrnehmungs- und Denkmatrix“ (BOURDIEU 1979:169) auf. Die spezifische Soziallage eines Individuums bildet dabei die Basis, auf der der Habitus angeeignet wird und durch die Aneignung und Praktizierung reproduziert sich die konstituierende Soziallage.

Bourdieu betrachtet die spezifische soziale Lage als verbunden mit einer spezifischen Lebenswelt, die zu einer bestimmten Habitusstruktur führt. (vgl. KLOCKE/BECKER 2003:183) Er beschreibt den Habitus als Mittel zur sozialen Abgrenzung, zur Distinktion von anderen sozialen Lagen. In dieser Funktion dient er der Reproduktion sozialer Ungleichheit, da er Teil eines schwer zu durchbrechenden Kreislaufs ist:

Der Habitus wird erlangt durch Aufwachsen unter Bedingungen, die mit einer bestimmten Ressourcenausstattung (ökonomisches, kulturelles, soziales Kapital) einhergeht. Die Aneignung erfolgt unmerklich, die entsprechenden Regeln des Handelns müssen quasi „vergessen“ werden. Und indem dem schichtspezifischen Habitus entsprechend gehandelt wird, reproduzieren sich die Sozialisationsumstände. (vgl. MEUSER 1998:108f und BECKERT-ZIEGLSCHMID 2005:207f)

BECKERT-ZIEGLSCHMID 2005 identifiziert mit Bourdieu Gesundheitsverhalten als Ausdruck der sozialen Positionen, das unter anderem den individuellen Habitus der Akteure prägt. Im ausgebildeten Habitus enthalten sind demnach Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster, Vorlieben oder Abneigungen für Güter und Aktivitäten, Geschmack, Vorstellungen von „Gesundheit“, gesundem Essen und vieles mehr. (207f)

Habitualisierte Wahrnehmungen erlangen quasi körperlich-psychische Qualitäten, das heißt, empfundene Abneigungen was Nahrung betrifft, kommen uns so vor, als „geschähe“ das mit uns, direkter, bewusster Zugriff auf das Empfinden ist nicht möglich, man kann sich nicht entscheiden, von nun an Brokkoli zu mögen, wenn man ihn nicht mag.

Vorlieben werden vom Individuum als leiblich determiniert wahrgenommen, erlebt als persönliche Qualität, die die Individualität und Identität der Person ausmacht.

BOURDIEU 1987 spricht von „Geschmack als Natur gewordene, inkorporierte Kultur, Körper gewordene Klasse“ (307), der modifiziert, was dem Körper physiologisch zugeführt wird und bezeichnet dabei den Körper als „unwiderlegbarste Objektivierung des Klassengeschmacks“ (307).

In diesem Zusammenhang lässt sich das Augenmerk auf ein weiteres verdächtiges Feld der Adipositas verursachenden Faktoren lenken, das ebenfalls im Spannungsfeld Körper und Lebensstil steht: die körperliche Aktivität.

GRAF ET AL 2003 gehen dabei von einem unbestritten hohen Stellenwert der körperlichen Bewegung bei der Vorbeugung von kardiovaskulären Erkrankungen aus (3110, vgl. auch GRAF/PREDEL 2005:55) und untersuchen den Zusammenhang von elterlichem und kindlichem Freizeitverhalten. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass Eltern, die keinen oder unregelmäßig Sport treiben, die höchsten BMI-Werte hatten. Zudem gleichen die Bewegungsgewohnheiten der Kinder sehr denen der Eltern. (3112f))

Als ausschlaggebend für den starken Einfluss des elterlichen Bewegungsprofils auf die Kinder nennen GRAF ET AL 2003 neben der Vorbildfunktion auch die (nicht nur finanzielle) Angewiesenheit der Kinder auf die Eltern bei der Ausübung regelmäßigen Sports, z.B. in einem Verein. (3113) Die Kinder müssen angemeldet werden, sie müssen eventuell zum Training gebracht werden und der Nutzen des Sports muss dazu von Elternseite aus anerkannt sein.

Der Lebensstil der Eltern übt also auch was die körperliche Betätigung betrifft einen entscheidenden Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen aus, so dass die Autoren zu einer tiefgreifenden Änderung des Lebensstils der ganzen Familie raten, um dem Problem Adipositas (bei Kindern) entgegenzutreten. (3110)

Einen weiteren Aspekt im Zusammenhang mit dem Freizeitverhalten von Kindern zeigen ERB/WINKLER 2004 anhand ihrer Untersuchung von übergewichtigen Kindern nicht-deutscher Nationalität in Deutschland auf.

Sie beobachten eine überdurchschnittliche Prävalenz von übergewichtigen Kindern nicht-deutscher Nationalität in durchschnittlichen und weniger privilegierten Wohnräumen, während Wohnen in guten und sehr guten Wohngebieten bei Mädchen nicht-deutscher Nationalität augenscheinlich protektiv im Hinblick auf Adipositas wirkt. (291f; 296)

Auffällig ist nach ERB/WINKLER 2004, dass Kinder nicht-deutscher Nationalität (besonders griechische und türkische) deutlich häufiger von Übergewicht betroffen sind als Kinder deutscher Nationalität, wobei wiederum gleichaltrige Kinder in den Ursprungsländern Türkei und Griechenland weniger dick sind als ihre türkisch- oder griechischstämmigen Altersgenossen in Deutschland. Die von Erb und Winkler ermittelten BMI-Werte sind hier signifikant höher. (297)

Die Autoren schließen, dass eher soziale, umweltbedingte Faktoren als genetische für die Entwicklung frühkindlicher Adipositas verantwortlich sind.

Hier geraten aufgrund der Aufsplittung nach Wohnqualität besonders die sozioökonomischen Lebensbedingungen der Migrantenfamilien in Deutschland in den Focus. (298)

Was hier anklingt ist der Hinweis, dass Migranten sich oft in der Situation befinden, in den eher weniger privilegierten Wohngebieten wohnen zu müssen. Wo man Kinder nicht alleine auf die Strasse lassen kann (Verkehr, Kriminalität,...) fällt die tägliche Bewegung der Kinder automatisch geringer aus, zudem, wenn beide Eltern berufstätig sind und/oder zudem kulturelle Schranken bestehen: Sportverbote oder Unerwünschtheit der sportlichen Betätigung für Frauen/Mädchen (zum Beispiel in der islamischen Kultur), die dann oft dem „Innenraum“ zugewiesen sind, tragen nicht zu gesteigerten Freizeitaktivitäten bei.

Zur Rolle der fehlenden Bewegung in weniger bevorzugten Wohngebieten und sozialen Brennpunkten schreibt NEUMARK-SZTAINER 1999: „...the rise of obesity in the US, in particular among low-income and minority adolescent girls and adult women, may be viewed as a result of decreased opportunities for physical activity in unsafe neighbourhoods and from limited availability of inexpensive low-fat food items in both supermarkets and restaurants.“ (33)

ZUBRÄGEL/SETTERTOBULTE 2003 betrachten die soziale Lage der Familie als einen der statistisch auffälligsten Prädiktoren für das Auftreten von Übergewicht:

„In verschiedenen Studien konnte für Kinder aus sozial benachteiligten Familien ein höherer Fettkonsum und eine physiologisch weniger ausgewogene Ernährung, sowie eine Tendenz zu geringerer körperlicher Aktivität durch weniger Sportbeteiligung und ein höherer Fernsehkonsum nachgewiesen werden.“ (170)

Die Autoren weisen darauf hin, dass der Faktor soziale Lage nur mittelbare „Ursache“ für das Auftreten von Übergewicht sein kann, der jedoch das Auftreten von Ursachen begünstigt, die zu Übergewicht führen. (180)

Zusammenfassend lässt sich ein starker Zusammenhang zwischen Lebensstil (hier betrachtet anhand der Elemente Ernährung und Bewegung) und Neigung zu Übergewicht bzw. Adipositas annehmen, der einen Effekt der Verstärkung sozialer Ungleichheit beinhaltet. Die soziale Ungleichheit ist nach Bourdieu Bestandteil der im Sozialisationsprozess erlernten und verinnerlichten sozialen Distinktionsstrategien der Individuen und zeigt sich somit in den meisten Fällen sehr resistent gegenüber Veränderungsversuchen.

BECKERT-ZIEGLSCHMID 2005 bemerkt dazu, dass individualisierte Verhaltenserwartungen (z.B. verändertes Gesundheitsverhalten) nicht erfüllt werden *wollen* und nicht erfüllt werden *können*. Das *Nicht-wollen* bezieht sich dabei auf internalisierte Bewertungen und Vorlieben, die ein positives bzw. negatives Feedback auf ein körperliches Erlebnis nach sich ziehen. Das *Nicht-können* bezieht sich auf schwer bzw. nicht langfristig erreichbare Änderungen dieser Bewertungen, die ja unter den Bedingungen des Aufwachsens in der damaligen Ressourcenausstattung entstanden sind. (215)

Damit einher geht nach BECKERT-ZIEGLSCHMID 2005 ein Effekt der Verstärkung sozialer Ungleichheit, denn wer sich sowieso schon gesundheitsförderlich verhalten hat, aufgrund seiner habitualisierten Wertvorstellungen und Vorlieben, entspricht aktuell einfach den aktuellen Forderungen.

Manche Gesellschaftsgruppen können sich jedoch kraft ihres Kapitals nicht adäquat verhalten (bezogen auf die Forderung nach individualisierter Gesundheitsvorsorge, gesundheitsförderlicher Ernährung und Lebensweise,...), da ihnen nicht solchermaßen weite Handlungsspielräume offen stehen, wie den

privilegierteren Schichten und verstoßen demzufolge gegen soziale Normen, was mit entsprechenden Sanktionen geahndet wird. (214f) (Dazu mehr im Kapitel 6.4.)

Zuletzt ist anzumerken, dass im Gegensatz zu Theorien, die Körperfettanteile als selbstverschuldet und Lebensstile als variabel konstatieren, die Wirtschaft an einer Theorie der „sozioökonomisch“ verschuldeten Adipositas wenig Interesse haben dürfte.

Jedenfalls nicht, solange keine Pille gegen den niedrigen sozialen Status entwickelt werden kann, wie HOFFMANN 2004 treffend schreibt. (1212)

5 Adipositas als Krankheit?

Die Frage, ob Adipositas als Krankheit betrachtet werden sollte oder nicht, ist eng verknüpft mit dem Thema des folgenden Kapitels, das sich aus risikotheorietischer Perspektive mit Adipositas auseinandersetzt. Die Einstufung allein des übermäßigen Körpergewichtes (und nicht nur dessen Folgebeschwerden) als beispielsweise genetisch oder auch psychisch dispositioniert, hat bestimmte Konsequenzen im Hinblick auf die Frage nach der Verantwortung für den körperlichen Zustand wie auch dessen Folgen.

Prinzipiell lässt sich unterscheiden zwischen Konzepten von Krankheit, die diese als objektiv vorliegenden Zustand betrachten und solchen, die den Begriff Krankheit als im Interaktionsprozess konstruiert ansehen. Im ersten Fall geht es bei der Frage, ob Adipositas als Krankheit zu betrachten ist, um die Feststellung des Vorliegens bestimmter Merkmale, die Adipositas der Kategorie Krankheit zuordnen, in Abweichung vom als „normal“ angenommenen Zustand der Gesundheit. Im zweiten Fall muss die Frage unter Angabe des jeweiligen Definitionsstandpunktes beantwortet werden.

Betrachtet man die Kategorie „Krankheit“ als eine fachspezifische (vgl. SCHIPPERGES 1999:19) Zuschreibung, eine Konvention, die sich an einem definierten, nicht natürlich gegebenen Zustand der medizinisch-praktischen „Normalität“ (hier: der „Gesundheit“) orientiert und als Abweichung von dieser greifbar wird, (vgl. ders.:18) kann der Begriff im Hinblick auf seine gesellschaftliche Konstruktion untersucht werden.

Die Definition von Krankheit allein als Normabweichung ist unpräzise, da es sich um eine naturwissenschaftliche Durch-

schnittsnorm, eine Norm innerhalb eines psychologischen Modells oder einer sozialen Hypothese handeln kann. (vgl. SCHIPPERGES 1999:19)

Krankheit kann nach SCHIPPERGES 1999 demzufolge interpretiert werden als subjektive Befindensstörung, als wissenschaftliche Beschreibung einer Befunderhebung oder als soziologische Beschreibung eines abweichenden Verhaltens. (19)

Der Brückenschlag zu den individuellen und gesellschaftlichen Risiken kommt mit dem Hinweis zustande, dass der Begriff der „Krankheit“ in der Medizin als Handlungswissenschaft letztendlich nur benötigt wird, um Forderungen zu legitimieren (zum Beispiel gegenüber den Krankenkassen) und Handlungen zu rechtfertigen (im Sinne der ärztlichen Behandlung). Der Krankheitsbegriff dient somit als scheinbar deskriptiver Begriff der jedoch durch präskriptiven Konsens erlangt wurde und als solcher die Entscheidungen für oder gegen ärztliche Behandlung (auch rechtliche gegenüber den Krankenkassen) trägt, obwohl er im Hinblick auf die Ausübung der Medizin als praktische Wissenschaft nicht notwendig wäre, da die Frage „Behandeln und wenn ja, wie?“ doch vor allem auf moralische Argumentation hinausläuft. (vgl. SCHIPPERGES 1999:20)

Ein scheinbar deskriptiver Krankheitsbegriff verschleiert damit den Vorgang der Zuschreibung von Verantwortung für ein Leiden oder einen Zustand als einen ebenfalls deskriptiven, letztendlich bleibt die Frage nach der Verantwortung jedoch Zuschreibungssache.

So wird auch die von KLOTTER 1990 zusammengefasste Geschichte der Entstehungskonzepte, bzw. der damit verbundenen Frage nach der Verantwortung des Individuums für seinen körperlichen Zustand lesbar als Wandel der gesellschaftlichen Anforderungen und Erwartungen an die Bürger:

Galt so in der griechischen Antike die Beherrschung als Tugend¹² des freien Mannes und Übergewicht demnach als selbst verursachter Körperzustand, dessen Ursachen und Folgen sozial nicht akzeptiert wurden, so scheiden sich beispielsweise im Mittelalter die Geister am Zustand Adipositas. Zum einen wird die Leibesfülle als Sünde, als Vergehen gegen Gott (unter dem Lichte der christlichen Doktrin) betrachtet, zu anderen gilt im späten Mittelalter Wohlbeleibtheit als Ausdruck der Gnade Gottes. In der Renaissance dagegen fehlt jedes medizinische Interesse am Übergewicht, da das damalige Schönheitsideal eher zum rundlichen Körper tendierte. Die Einschätzungen zum Thema Adipositas als Krankheit variierten dementsprechend, teils wurde nur ausgesprochene Fettsucht als Krankheit betrachtet, teils schon weniger ausgeprägte Fettansammlungen oder es herrschte völlige Ignoranz des Themas. (vgl. KLOTTER 1990:48-54)

Aktuelle Betrachtungen stellen versuche dar, den Zustand Adipositas in bestehende Krankheitskonzepte einzuordnen, zum Beispiel in Christian Lenks¹³ Konzeption von Krankheit im objektiven, subjektiven oder relationalen Verständnis.

Dabei ist zu beachten, dass die verschiedenen Krankheitskonzepte je auf anderen Ebenen der Betrachtung greifen: Das subjektive Krankheitsmodell der Betroffenen ist maßgeblich für die individuelle Sicht des Individuums was Ursachen und Verlauf des unerwünschten Zustandes betrifft - und damit entscheidendes Entscheidungskriterium im Sinne eines „gesundheitsförderlichen“ Handelns der Betroffenen bzw. ihrer Lebensqualität. (vgl. HEBEBRAND ET AL 2004:2470)

¹² Ganz gemäß der aristotelischen Tugendlehre, die das rechte Maß, jedoch nicht als objektiv bestimmbares, sondern für jeden Einzelnen als erstrebenswerte Handlungsbeurteilung favorisiert.

¹³ In Lenk, Christian (2001): Therapie und Enhancement. Ziele der modernen Medizin, Münster; (hier zitiert nach HEBEBRAND ET AL 2004)

Die objektive Krankheitsbestimmung dagegen entscheidet über die Einstufung eines Zustandes als Krankheit im medizinischen Sinne (als pathopsychologische Dysfunktion) und damit über die Frage nach der (passenden) Behandlung – und bestimmt damit die Chancen des Individuums mit, dass seinem Leiden Aufmerksamkeit geschenkt wird, während der relationale Begriff von Krankheit auf die Nichterfüllung gesellschaftlicher Erwartungen abzielt und damit die sozialen Folgen eines Zustandes mit einbezieht. (vgl. ders.:2471)

Ein Problem auf Ebene des objektiven Krankheitsbegriffes von Adipositas ist, dass die meisten übergewichtigen Menschen laut Totenschein nicht an Übergewicht sterben, sondern an den gemutmaßten Folgeerkrankungen, die zu Herzversagen¹⁴ oder ähnlichem führen und so genaue Angaben zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko durch Adipositas nicht so einfach möglich sind. (vgl. RIES 1990:26)

Im Hinblick auf den relationalen Krankheitsbegriff von Adipositas ist zu bemerken, dass hier das Laienverständnis von Krankheiten zum Teil zu scheinbar abstruser gesellschaftlicher Akzeptanz- oder Nichtakzeptanz von bestimmten Zuständen führen kann. So scheinen die meisten Menschen in westlichen Gesellschaften nach FREIDMANN 2003 problemlos zu akzeptieren, dass Unterschiede in der körperlichen Statur aufgrund genetischer Disposition zustande kommen können, während sich die meisten schwer tun, diese Meinung in Bezug auf das Vorliegen von Übergewicht zu vertreten. (856)

Was die aktuelle Einstufung von Adipositas als Krankheit betrifft, scheint sowohl bei Ärzten als auch bei Krankenkassen der Blick eher auf den Folgeerkrankungen zu ruhen. Konkret be-

14 Die Aussagekraft der Todesart „Herzversagen“ ist bekannter Maßen wenig aussagekräftig im Hinblick darauf, dass der Todeszeitpunkt unter anderem über das Aussetzen des Herzschlages definiert wurde und wird.

deutet dies, dass die gesetzlichen Krankenkassen¹⁵ zwar Behandlungen finanzieren, die beispielsweise Leiden des Bewegungsapparates oder des Herz-Kreislaufsystems betreffen, nicht aber als „kosmetisch“ bezeichnete Behandlungen, die nicht aufgrund „anerkannter“ Krankheitsbilder erfolgen. (vgl. HEBEBRAND ET AL 2004:2472; HAKIMI 2004 relativiert diese Sichtweise scheinbar, indem er den Einsatz von Magenverkleinerungsbändern in „besonders therapieresistenten Fällen“ beschreibt, bei denen aber wiederum die vorliegenden oder drohenden Folgeerkrankungen ausschlaggebend für eine Behandlung sein dürften, nicht aber das pure Vorliegen eines BMI über 30.(1213))

Adipositas wird auf diesem Wege nicht als Krankheit behandelt, sondern als Risikofaktor für daraus folgende Krankheiten sowie in Bezug auf die Lebenslänge und mögliche soziale Ausgrenzung. HEBEBRAND ET AL 2004 plädieren trotz allem für die Einordnung der Adipositas als Krankheit, entscheidend scheint den Autoren die Schwere der physischen und psychischen Folgen zu sein. (2472)

Im weitem diskutieren die Autoren die Folgen der Anerkennung von Adipositas als Krankheit und stellen in diesem Zusammenhang fest:

1. Die wäre im Sinne ökonomischer Interessengruppen (Forscher, Ärzte, Pharmaunternehmen).
2. Die Medikalisierung des Lebens würde noch verstärkt, da die westliche Schulmedizin nur die Symptome behandelt. Ansätze, die Ursachenbewusst arbeiten, würden durch medizinische Verfahren ersetzt werden.
3. Adipositas als Krankheit betrachten hieße, mit wissenschaftlicher Begründung körperbaubedingte Abweichungen vom gesellschaftlichen Standard dem Stigma des „Ab-

¹⁵ Private Krankenkassen dagegen erkennen seit 1979 Adipositas als Krankheit an. (vgl. HEBEBRAND ET AL 2004:2472)

normalen“ auszusetzen. Hier stellen sich die Autoren die Frage, ob dies gesellschaftlich ratsam wäre.

4. Im Bezug auf den Einzelnen und die subjektive Wahrnehmung der Krankheit kann die Definition als Krankheit entlasten, aber auch den Anreiz für eigenverantwortliche Bearbeitung des Problems senken. (2471)

HOFFMANN 2004 fügt dem im Kommentar des Artikels von HEBEBRANDT ET AL 2004 hinzu, dass die überproportionale Verbreitung der Adipositas unter Menschen mit sozialökonomisch niedrigem Status in diesen Fällen den Ansprüchen einer Definition als Krankheit genüge.

6 Adipositas und Risiko

Eine risikotheorietische Untersuchung des Themas Adipositas erscheint sinnvoll im Hinblick auf zunehmende Warnrufe aus der Fachwelt. Die WHO geht bei Adipositas inzwischen von einer globalen Epidemie aus und erklärte diese zu einer der bedeutendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung.¹⁶

Bei der Bestimmung des Risikopotentials von Adipositas empfiehlt sich nach RENN 2001 eine Beobachtungsperspektive, die Risiken mit Hilfe eines multifaktoriellen Zuganges darstellen und beleuchten. Sinnvoll ist nach Renn die Einbeziehung der psychometrischen Methode nach Paul Slovic, die Risiko als subjektives, nicht als objektives Phänomen behandelt und neben der Unterscheidung von Laien- und Expertenwahrnehmung von Risiken auch kognitive Strukturen von Urteilen über Risiko mit einbezieht. (3)

Daneben sollte auch der kulturtheoretische Ansatz nach Douglas/Wildavsky und anderen berücksichtigt werden, der Risiko als soziales und kulturelles Konstrukt in Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Gruppe, die es konstituiert, sieht. (4-5)

Vor dem Hintergrund dieser Konzepte erscheint die Methode der klassischen technischen Risikoanalyse zu eng und eindimensional, da von ihr aus kein Bezug zu den Trägern der Risiken und deren kontextuellen Eigenheiten hergestellt werden kann. (3)

Auch JAPP 2000 bezieht sich auf Risiko als soziale Konstruktion der Beteiligten und geht davon aus, dass eine Beurteilung nicht anhand objektiver Kriterien erfolgt.

¹⁶ World Health Organisation (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech. Rep. Ser. 894; (zitiert nach KROMEYER-HAUSCHILD 2005: 3)

Dabei hängt die Bewertung zukünftiger Entscheidungsfolgen maßgeblich davon ab, ob sie auf Risiken (die der Entscheider eingeht) oder auf Gefahren (denen der Betroffenen ausgesetzt ist) zurückgeführt werden.

LUHMANN 2003 unterscheidet folgendermaßen zwischen den Begriffen Risiko und Gefahr: Risiko bezieht sich auf möglichen Schaden bei Handeln unter Unsicherheit, Gefahr auf möglichen Schaden, der extern verursacht werden kann (vgl. Luhmann 2003: 30ff). Wesentlich ist hier die Standortbestimmung. Ein Schadenspotential lässt sich nicht pauschal als Risiko oder Gefahr bezeichnen, die zwei Begriffe nennen vielmehr zwei Aspekte, unter denen möglicher Schaden beobachtet werden kann. Der Bau eines Staudamms und sein Betrieb (der einen möglichen Dammbbruch mit einschließt) ist für die beteiligten Entscheidungsträger ein Risiko, für die unterhalb des Damms lebenden Menschen eine Gefahr.

Dabei neigen nach JAPP 2000 Entscheider dazu, ihre Kontrollkapazität zu überschätzen und damit verbundenen Risiken zu unterschätzen.

Betroffene tendieren genau andersherum zu einer Überschätzung der Gefahren, denen sie sich ausgesetzt sehen. (74)

So lässt sich zum Beispiel teilweise erklären, weshalb sich ein und derselbe Mensch als Fahrer eines Autos relativ sicher fühlt, während er als Passagier eines Flugzeuges die latente Bedrohung des Absturzes empfindet - allen rationalen Vergleichen von Unfallstatistiken des Strassen- und Luftverkehrs zum Trotz.

ROHRMANN/RENN (2000) nennen diverse Aspekte der subjektiven Risikoperzeption, darunter erstens die Abhängigkeit der Bewertung von der Risikoquelle (Risiko freiwillig eingegangen oder aufgezwungen, durch menschliches Handeln verursacht oder als Umweltrisiko betrachtet), zweitens von Bewertungsaspekten wie qualitative Merkmale von Risiken, Nutzen- sowie Akzeptanz-

aspekte und drittens von Personenmerkmalen wie Alter, Geschlecht oder Lebensstil. (14)

Nicht zu vergessen, wo von Risiken gesprochen wird, sind auch die Chancen: Nach NESTLE 2003 liegen diese in Bezug auf Adipositas vor allem auf der wirtschaftlichen Seite.

„Gaining weight is good for business. Food is particularly big business because everybody eats.“ (781)

In Folgenden wird eine keinesfalls vollständige Darstellung von Risiken der Adipositas im Spannungsfeld verschiedener Interpretatoren wie den Fachmediziner, der Gesellschaft und nicht zuletzt den Betroffenen aufgezeichnet.

6.1 Übergewicht als Gefahr und als Risiko

Ob die Disposition für Übergewicht bzw. Adipositas als Gefahr oder als Risiko für sich selbst bzw. für andere betrachtet wird, hängt unmittelbar mit der Frage nach der Verantwortung für die Form des Körpers und dessen Gesundheit zusammen.

Durch die Auftrennung in exogene und endogene Ursachenfaktoren wird diese Frage nach der Verantwortung der Betroffenen schwierig, wenn nicht gar unklärbar. (vgl. KLOTTER 1990:47)

Wenn in der Fachmedizin genetische und zum Großteil nicht willentlich beeinflussbare Ursachenfaktoren für die Adipositas verantwortlich gemacht werden (EBERSDOBLER 2005 schreibt von der „Macht der Gene“ (V)), kann die Verantwortung für einen übergewichtigen Körper mit diesen Theorien im Hintergrund nicht in die Hände der Betroffenen gelegt werden. HEBEBRAND ET AL 2004 bemerken jedoch, dass mit rein genetisch fundierten Ursachenfaktoren nur seltene, vererbte Adipositasformen wirklich erklärt werden können (2469).

Demgegenüber wurde im Kapitel 4 auf die Bedeutung sozialisatorisch erlangter Verhaltensweisen und Lebensstilelemente wie Geschmack oder Essverhalten allgemein hingewiesen, die ebenso wenig der beliebigen Variation durch die Individuen selbst offen stehen, sondern als verkörperlichte Instanzen der individuellen Handlungswahl vergleichbar einer genetischen Prädisposition im täglichen Leben wirksam werden können.

Dass diese wissenschaftliche Darstellung der öffentlichen Meinung zum Thema Verantwortung für Übergewicht zum Teil diametral gegenübersteht, (vgl. HEBEBRAND ET AL 2004:2470) ist für die Betroffenen im Alltag eine zusätzliche Bürde, im

Kapitel 6.4 werden die Beeinträchtigungen der Lebensqualität Übergewichtiger von sozialer Seite aus genauer beleuchtet.

Ein möglicher Grund für die wachsende Zuschreibung von Verantwortung auf individueller Ebene mag mit MERTA 2003 das vor allem ab dem 19. Jahrhundert ständig wachsende ernährungswissenschaftliche Wissen und Pseudowissen sein, das in Form ständig konkurrierender Theorien des „gesündesten“ Ernährungskonzeptes nacheinander Eiweiße, Gemüse, Rohkost und ähnliches mehr favorisiert. Mit dem wachsenden Bewusstsein über mögliche Gründe der Mangel- oder Überernährung, sowie Konzepten über Vitamine und Kalorien wächst auch das Risikobewusstsein bei der Wahl der Nahrungsmittel und deren Menge. (5,7)

Die ehemaligen Gefahren eines ausladenden Körperbaus, denen der einzelne ausgesetzt war, werden auf diesem Wege in Risiken transformiert, auf die mit Handlungen reagiert werden kann.

Damit einher geht die Vorstellung der Individualisierung des Gesundheitsverhaltens, wie BECKERT-ZIEGLSCHMID 2004 sie dargestellt hat:

Mit Individualisierung des Gesundheitsverhaltens ist die Forderungen von Politik und Institutionen der sozialen Sicherungssysteme nach persönlichem Engagement von Individuen bei Gesundheitsförderung und Prävention gemeint.

Den Menschen werde nahegelegt, dass sie individuell die Möglichkeit haben, gesundheitsförderlich oder abträglich zu handeln und dafür die Verantwortung tragen sollten.

Erkrankungen werden als Folge von unverantwortlichem individuellem Handeln interpretiert, nicht nur von Seiten der Institutionen, sondern zunehmend von Seiten sozialer Bezugsgruppen von Akteuren.

Dahinter stehe die Vorstellung eines Individualisierungsvorganges in der Gesellschaft: der Einfluss von traditionellen Mechanismen sinkt, dagegen entstehen neue Vergemeinschaftungsformen und neue Handlungsoptionen.

Die Autorin vertritt nun die These, dass unabhängig von dem tatsächlichen Vorliegen dieser Individualisierung allein die Vorstellung dessen zu Forderungen nach individueller Vorsorge und Übernahme der Verantwortung für solchermaßen nicht-traditionelles Handeln führe.

Das, so Beckert-Zieglschmid, sei der Individualisierungsvorgang, der *tatsächlich* vorläge.

Individualisierung heißt hier also eigentlich nicht Erweiterung von Handlungsspielräumen, sondern Verantwortungsübernahme für Handeln, die so vorher nicht bestand.

Handeln von Akteuren wird auf diesem Wege interaktiv-normativ und institutionell reguliert, der Glaube an eine Individualisierung wird erzeugt und stabilisiert.

In Verbindung mit den Thesen aus dem Kapitel 4 eine tiefgreifende Änderung wesentlicher Lebensstilelemente als schwieriges, wenn nicht unmögliches Unterfangen darstellen, liefe der Versuch, Gesundheitsverhalten zu ändern auf ein Nicht-Können hinaus, dieses Nicht-Können muss nun aber nach Beckert-Zieglschmid auch individuell verantwortet werden.

Laut der Autorin führt diese zu einer Benachteiligung all jener, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status nicht „von Haus aus“ zu dem aktuell präferierten Gesundheitsverhalten sozialisiert wurden. Letztere bräuchten nämlich keine besonderen Anstrengungen unternehmen, um normenkonform zu handeln.

(207f)

Abgesehen von den Erwartungen der Gesellschaft spielen für den Einzelnen bei der Risikokalkulation im alltäglichen Leben zudem noch weitere Faktoren eine Rolle.

HEBEBRAND ET AL 2004 merken an, dass die Zeitpräferenz der Verbraucher in der Regeln so ausgeprägt ist, dass in der Zukunft liegende wahrscheinliche Folgen von Handlungen untergewichtet werden im Vergleich zum Konsumerlebnis der Gegenwart. (2474), so dass die Risiken der Folgeerkrankungen, die ja zumindest zu Beginn auch nicht unmittelbar spürbar sind,

unter Umständen unterschätzt werden. (vgl. auch EBERSDOBLER 2005:V)

BERGMANN ET AL 2005 beschreiben diese Situation als Konkurrenz, wenn nicht ausgewachsenen Konflikt zwischen den Facetten der möglichen Lebensqualität des Einzelnen, der auf der einen Seite die (normenkonforme) Erhaltung von Gesundheit und Agilität unter Umständen nur durch Disziplin erhalten kann und auf der anderen Seite die Vorzüge und Annehmlichkeiten eines bequemen, genussreichen Lebens abwägen muss. (24)
Dass hier (zumindest aktuell) diejenigen Individuen im Vorteil sind, die einen „gesunden“ Lebenswandel als angenehm und genussreich sozialisiert haben, liegt auf der Hand.

6.2 Folgeerkrankungen als Gefahr und als Risiko

Auf der Suche nach möglichen Folgen der Adipositas oder auch schon mäßigen Übergewichts zur Abwägung pro oder contra einen dem gegenwärtigen Gesundheitsideal entsprechenden Körper, können im Grunde beliebig viele Auswirkungen der Fettleibigkeit auf den Organismus gefunden werden.

Oft genannt werden Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Probleme, Stoffwechselerkrankungen, Bluthochdruck, Leberzirrhose, Nierenerkrankungen sowie mechanische Einwirkungen wie Gelenk- und Wirbelsäulenprobleme, ferner Neigung zu Krampfadern, Thrombosen, Embolien, Atembeschwerden und Eingeweidebrüchen sowie allgemein Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen (vgl. NEUGEBAUER 1976:6f; RIES 1990:26f)

Nach KLOTTER hängt die Zuschreibung von Folgeerkrankungen zur Adipositas entscheidend von der aktuellen gesellschaftlichen bzw. medizinischen Einschätzung der Krankheit bzw. der Zustandes ab. Derartige Zuschreibungen sind auch Ausdruck einer sozialen Unerwünschtheit. Zeitweise wurden gern alle möglichen, zur damaligen Zeit nicht anders erklärbaren Erkrankungen als Folge des Übergewichts betrachtet. (114)

All diese Folgeerkrankungen werden wiederum verantwortlich gemacht für das zentrale Problem der Adipositas: der verringerten Lebenserwartung.

Gerade zu diesem unstrittigen Punkt der von Seiten der Medizin dargestellten Senkung der Lebensdauer durch Adipositas bemerken BERGMANN ET AL 2005:

„Für das Individuum stellt sich das möglicherweise anders da: Trotz schlechter Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten steigt die mittlere, besonders aber die fernere Lebenserwartung der über 60-Jährigen auch in den zurückliegenden Jahren weiter

ständig an, bei Männern etwa um ein Jahr alle vier Jahre, bei Frauen etwa alle 5 Jahre." (23)

für die Individuen steht also weniger eine existentielle Bedrohung durch lebensverkürzende Krankheitsfolgen im Vordergrund, wenn es um eine Abwägung von gesundheitlichen Risiken im Zusammenhang mit Übergewicht geht, als vielmehr die (unmittelbare) Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungsfähigkeit oder der persönlichen Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten, wie schon oben anhand der Wertekonfliktes verschiedener Lebensfacetten dargestellt. (24)

Nach BERGMANN ET AL macht gerade diese „Konkurrenz der Lebensqualitäten“ (25) einen wichtigen Faktor aus, der Adipositas zu einem derart „interventionsresistenten“ Problem werden ließ und lässt. Inwiefern dieses Problem zu einer Gefahr bzw. einem Risiko für die Gesellschaft werden kann, wird im folgenden Kapitel untersucht.

6.3 Gefährden Übergewichtige die Gesellschaft?

Was sich für das einzelne Individuum als Risiko der theoretischen Verkürzung der Lebenserwartung darstellt, wird unter Umständen aus Sicht der Solidargemeinschaft zu einer ernstzunehmenden Gefahr: Gesundheitsökonomisch betrachtet stellen sich viele der oben aufgezeigten Folgeerkrankungen der Adipositas als besonders behandlungsintensiv auch im Hinblick auf die Kosten dar. (vgl. BERGMANN ET AL 2005:26)

KLOTTER 1990 weist auf die hohen ökonomischen Unkosten für die Gesellschaft (über die Instanzen der Kranken- und Pflegekassen) hin. In diesem Lichte erscheint der auffällig dicke Bürger tendenziell als „Volksschädling“ (KLOTTER 1990:140), der unter dem Verdacht der Verschwendung von Nahrungsressourcen steht, keinen oder einen zu geringen Beitrag zu den Finanzen der Solidargemeinschaft beiträgt und auch nicht in der Lage ist, sein Land körperlich zu verteidigen.

Aus dem zuletzt genannten Grunde war Übergewicht schon in der Antik, in Sparta verpönt, die Herabsetzung der Kriegstauglichkeit durch übermäßiges Körperfett war als sozial unerwünschte Konsequenz des Übergewichts unter Geldstrafe gestellt, es gab zum Beispiel Kontrollinstanzen für Jugendliche als direkten Eingriff des Staates. (vgl. KLOTTER 1990:46)

Hier bringt Klotter einen wichtigen Hinweis, indem er fragt, wer dann eigentlich in diesem Sinne nicht „schädlich“ für die Gesellschaft sei: Autofahrer, Extremsportler, Raucher, Stressarbeiter wie Manager riskieren alle in gewisser Hinsicht ein früheres Ableben (im Falle der Raucher übrigens auch von anderen Menschen) als rein biologisch vorgesehen, von den Alleinlebenden ganz abgesehen, nur scheinen hier andere Aspekte der sozialen Erwünschtheit zu greifen. (141) Sein Leben für den Beruf zu riskieren, scheint eine vergleichsweise

hohe gesellschaftliche Akzeptanz zu haben, wenngleich man hinzufügen muss, dass zumindest private Krankenversicherungen inzwischen auf Extremsportler mit höheren Versicherungssätzen reagieren.

Das spezifische Problem der Dicken scheint nach KLOTTER 1990 zu sein, dass sie ihre sowieso schon sozial stigmatisierte Leibesfülle als jederzeit sichtbares Zeichen ihres vermeintlichen Vergehens gegen die Solidargemeinschaft mit sich tragen. (141)

Paradox erscheint diese Situation der sozialen Stigmatisierung aufgrund gesellschaftlicher Risiken, wenn sie wirtschaftlichen Chancen des Zustandes „Übergewicht“ bzw. der Faktoren, die zu dessen Entstehung beitragen, bedacht werden:

“Indeed, it is difficult to think of any major industry that might benefit if people ate less food; certainly not the agriculture, food product, grocery, restaurant, diet, or drug industries. All flourish when people eat more, and all employ armies of lobbyists to discourage governments from doing anything to inhibit overeating.”

(NESTLE 2003:781)

Für die Dienstleistungsgesellschaft stellt das Thema Übergewicht laut Nestle einen Markt mit Wachstumschancen dar, man denke nur an medizinische, psychologische und diätetische Beratung, physikalische Therapie, Sportangebote, Gymnastik, Kuren, Arzneimittel, Lebensberatung und nicht zuletzt Mobilitätsangebote sowie die Kleidungsindustrie (vgl. dies.:781) Auch MERTA 2003 weist auf den ökonomischen Vorteil der Wirtschaft am Schlankeitswahn hin. (352)

Mögliche Lösungsvorschläge zum Thema Adipositas-Prävention scheinen gut beraten, diesen Zwiespalt zwischen sozialer Normierung und ökonomischen Chancen nicht aus den Augen zu

verlieren.

6.4 Gefährdet die Gesellschaft Übergewichtige?

Übergewicht wird heute noch im angelsächsischen Sprachraum als „obesity“ bezeichnet, ein Wort, dessen Wurzeln im lateinischen *obesus* (= *vulgär, grob, derb, gewöhnlich*) liegen. Nach BARNETT 2003 liegt hierin eine moralische Wertung, die einen Mangel an Selbstkontrolle und Selbstrespekt impliziert und durchaus noch als paradigmatisch für die Bewertung der Adipositas in der Öffentlichkeit gelten kann. (1843)

Diese schon im Kapitel 2 angesprochene soziale Bewertung des physischen Erscheinungsbildes ist nach ZUBRÄGEL/SETTERTOBULTE 2003 unter Umständen durch das in den Medien reproduzierte Bild des idealen Körpers beeinflusst, das zugleich eine Stigmatisierung des Übergewichtes in Bezug auf Trägheit und psychischen und sozialen Problemen transportiert. (172)

Wie auch immer das zur Norm erhobene Bild des idealen Körpers zustande kommt, es wird mittels Sanktionen verteidigt und führt damit zu diversen sozialen Auswirkungen für die Betroffenen, NEUGEBAUER 1976 nennt eine gefühlte Benachteiligung im täglichen Leben, Hemmungen gegenüber anderen Menschen, ein negatives Selbstbild, geringes Selbstwertgefühl (einen Zusammenhang zwischen zunehmender Körperfettmasse und abnehmendem Selbstwertgefühl konstatieren auch ZUBRÄGEL/SETTERTOBULTE 2003:171) sowie ein Gefühl der Unattraktivität, das direkt zusammenhängt mit aktuellen Modevorstellungen und idealen Körperbildern. (6f)

Folge kann eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität sein durch eine Reduktion des Aktionsradius, Rückzug aus sozialen Aktivitäten, Beeinträchtigung der Sexualität sowie empfundene Schuld- und Schamgefühle. (vgl. HEBEBRAND Et AL 2004:1470)

Diese Feststellungen lassen einen mit dem Eindruck zurück, dass Adipositas durchaus als risikobehafteter Zustand angesehen werden muß, nur ist die Frage, ob nicht in vielen Fällen die Gefährdung durch psychische, physische und soziale Konsequenzen des Übergewichts, die nichts mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand zu tun haben, sich aber im Gegenzug auf diesen auswirken, überwiegt.

Dazu abschließend nochmals das prägnante Zitat von NEUMARK-SZTAINER 1999:

„It's not clear, whether the more detrimental consequences are primarily due to the condition itself (that is, obesity) or to society's reaction to obesity". (34)

7 Literatur

Anderson, Judith L. et al (1992): Was the Duchess of Windsor Right? A Cross-Cultural Review of the Socioethology of Ideals of Female Body Shape, in: Ethology and Sociobiology 13/1992, S. 197-227

Barnett, Richard (2005): Historical keywords: Obesity, in: The Lancet Nr.365, 28.5.2005, S.1843

Beckert-Zieglschmid, Claudia (2005): Individualisiertes Gesundheitsverhalten? Soziale Strukturen, Peereinflüsse und Lebensstile als Einflussfaktoren des Ernährungsverhaltens Jugendlicher, in: Soziale Präventivmedizin, 50/2005, S. 206-217

Bergmann, Karl E./Bergmann, Renate L./Richter, Rolf (2005): Epidemiologie der Adipositas von Erwachsenen in Europa, in: Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Bette, Karl-Heinrich (2005): Körperspuren - Zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeiten, Bielefeld: transcript-Verlag

Bourdieu, Pierre (1979): Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft, Frankfurt/M.: Suhrkamp

Bourdieu, Pierre (1987): Die feinen Unterschiede, Frankfurt/M.: Suhrkamp

Cottam, Rachel (2004): Obesity and culture, in: The Lancet Nr. 364, 2.10.2004, S. 1202-1203

- Drolshagen, Ebba D.(1997): Des Körpers neue Kleider. Die Herstellung weiblicher Schönheit, Frankfurt/M.: Fischer
- Ebersdobler, Helmut E./Heseker, Helmut/Wolfram, Günther (2005): Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Ember, Carol R./Ember, Melvin/Korotayev, Andrey/de Munck, victor (2005): Valuing thinness or fatness in women. Reevaluating the effect of resource scarcity, in: Evolution and Human Behavior 26 (2005) S. 257-270
- Erb, J./Winkler G.(2003): Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern, in: Monatszeitschrift Kinderheilkunde 3/2004, S.291-297
- Fallon, A.E.(1990): Culture in the mirror: Sociocultural determinations of body image, in: Thomas Cash/T.Pruzinsky(Hrsg.): Body Images - Dedelopment, Deviance, and Change, New York: Guilford Pr., S. 80-109
- Friedmann, Jeffres M. (2003): A war on obesity, not the obese, in: Science, Nr.299, 7.2.2003, S.856-858
- Graf, Christine et al (2003): Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität - eine familiäre Aufgabe, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.100, Heft 46, 21.11.2003, S.3110-3114
- Graf, Christine/Predel, Hans-Georg (2005): Die Rolle der körperlichen Aktivität in der Adipositasentstehung, in: Helmut E. Ebersdobler/Helmut Heseker/Günther Wolfram(2005): Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Grefe, Christiane (2006): Vom Moppelchen zum Monsterkind, Serie „Patient Kind“, in: ZEIT, 28.9.06, S.44

Hakimi, Rainer (2004): Versicherungsmedizinische Aspekte, (Diskussion zum Beitrag „Ist Adipositas eine Krankheit“) in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.101, Heft 37, 10.9.2004, S. 1212-1213

Hebebrand, Johannes et al (2004): Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.101, Heft 37, 10.9.2004, S.2468-2474

Hoffmann, Barbara (2004): Sozioökonomische Aspekte unberücksichtigt, (Diskussion zum Beitrag „Ist Adipositas eine Krankheit“) in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.101, Heft 37, 10.9.2004, S. 1212

Japp, Klaus Peter (2000): Risiko, Bielefeld: transcript-Verlag

Klocke, Andreas/Becker, Ulrich (2004): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen, in: Wolfgang Melzer, Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.)(2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim und München: Juventa

Klotter, Christoph (1990): Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem, Heidelberg: Asanger

Kromeyer-Hauschild, Katrin (2005): Epidemiologie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Europa, in: Helmut E. Ebersdobler/Helmut Hesecker/Günther Wolfram(2005): Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Kuhn, Thomas S. (1976): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt/Main: Suhrkamp

Langhans, Wolfgang (2005): Wie lenkt uns unser Körper? Die Rolle von Hunger und Sättigung, in: Helmut E.

Ebersdobler/Helmut Hesecker/Günther Wolfram(2005): Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Luhmann, Niklas (2003): Soziologie des Risikos, Berlin - New York: de Gruyter

Merta, Sabine (2002): „Weg mit dem Fett“, in: Nahrungskultur Heft 4/2002, abgerufen unter

www.lpb.bwue.de/aktuell/bis/4_02/fett.htm am 8.11.06

Merta, Sabine (2003): Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult. Diätkost und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensstilformen 1880-1930, Wiesbaden: Franz Steiner Verlag

Meuser, Michael (1998): Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster, Opladen: Leske + Budrich

Mummendey, Hans Dieter (1995): Psychologie der Selbstdarstellung, Göttingen u.a.: Hogrefe

Nestle, Marion (2003): The Ironic Politics of Obesity, in: Science Nr. 299, 7.2.2003

Neel, James (1998): „The Thrifty genotype“, in: Nutr. Rev 1999; 57, S. 2-9

Neugebauer, Hedwig (1976): Der Einfluß von inneren und äußeren Reizbedingungen auf das Eßverhalten übergewichtiger und

normalgewichtiger Kinder. Eine experimentelle Studie, Dissertation Universität Köln

Neumark-Szeiner, Dianne (1999): The weight dilemma: A range of philosophical perspectives, in: International Journal of Obesity (1999)23, Suppl.2, S.31-37

Paulus, Peter (1982): Zur Erfahrung des eigenen Körpers: Theoretische Ansätze, therapeutische und erziehungswissenschaftliche Aspekte sowie ein empirischer Bericht, Weinheim und Basel: Beltz

Posch, W.(1999): Körper machen Leute, Frankfurt/New York: Campus-Verlag

Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch (1990), 256. Auflage, Berlin, New York: De Gruyter

Pschyrembel - Handbuch Therapie (2005), 3. Auflage, Berlin: De Gruyter

Rohrman, B./Renn, Ortwin (2000): Cross-Cultural Risk-Perception, Dordrecht: Kluwer Academic Publ.

Renn, Ortwin (2001): Wahrnehmung und Bewertung von Risiken - Einleitung und Problemstellung, in: Michael M. Zwick/Ortwin Renn(2001): Wahrnehmung und Bewertung von Risiken.

Arbeitsbereich der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg: Ergebnisse des Risikosurvey Baden-Württemberg 2001, Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung

Ries, Werner (1990): Adipositas. Reflexionen einer Krankheit, in: Sitzungsberichte der sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig, Band 122, Heft 2, Berlin: Akademie Verlag

Schipperges, Heinrich (1999): Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte, Berlin u.a.: Springer

Schipperges, Heinrich (2003): Gesundheit und Gesellschaft. Ein historisch-kritisches Panorama, Berlin u.a.: Springer

Schmidt, Günther (2001): Identität und Body-Image. Die soziale Konstruktion des Körpers. Dissertation, Universität Karlsruhe

Schoberberger, Rudolf (2005): Psyche und Lebensqualität, in: Helmut Erbersdobler/Helmut Hesecker/Günther Wolfram (2005): Adipositas. Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Scholl, Gerd/Hage, Maria (2004): Lebensstile, Lebensführung und Nachhaltigkeit, Schriftenreihe des IÖW 176/04, Berlin: Institut für ökologische Wirtschaftsforschung gGmbH

Ulmer, Hans-Volkhart (2004): BMI zu ungenau, (Diskussion zum Beitrag „Ist Adipositas eine Krankheit“) in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.101, Heft 37, 10.9.2004, S. 1213

Zubrängel, Sabine/Settertobulte, Wolfgang (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen, in: Wolfgang Melzer, Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.)(2003): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim und München: Juventa

Zwick, Michael M. (2002): Umweltgefährdung, Umweltwahrnehmung, Umweltverhalten - Was erklären Wertorientierungen?, in: Rink, Dieter (Hrsg.)(2002): Lebensstile und Nachhaltigkeit. Konzepte, Befunde, Potentiale, Opladen: Leske und Budrich

II Adipositas als Risiko

Welche Aspekte beleuchten die unterschiedlichen risikotheorietischen Ansätze und wie sollte mit dieser Pluralität umgegangen werden?

Susanne Ertelt*

Inhalt

Vorwort	76
Zusammenfassung	78
1 Kurze Darstellung aktueller risikotheorietischer Konzepte.....	86
1.1 Formal-normative Ansätze	87
1.2 Psychologisch-kognitive Ansätze	88
1.3 Kulturtheoretische und phänomenologische Ansätze.....	89
1.4 Risikogesellschaft.....	90
1.5 Postmoderne Theorien	91
1.6 WBGU-Konzept zu Bewertungskriterien und Risikotypen	92
1.7 Systemische Risiken und Risikokulturen	94
2 Ansatzpunkte einer risikotheorietischen Untersuchung der Adipositas	97
2.1 Gesundheitliche Risikoaspekte des Übergewichts	98
2.2 Psychische und soziale Risikoaspekte des Übergewichts.....	102
2.3 Wirtschaftliche Risikoaspekte des Übergewichts.....	104
3 Welcher Ansatz macht welche Risiken darstellbar?	108
3.1 Formal-normative Ansätze	108
3.3 Kulturtheoretische Ansätze.....	116
3.4 Postmoderne Ansätze	119
3.5 Neue Risiken und systemische Risiken.....	122
4 Diskussion der Ergebnisse	128
4.1 Normative Überlegungen.....	128
4.2 Zielkonflikte.....	133
4.3 Interessenkonflikte und Freiheit.....	139
4.4 Gerechtigkeitsfragen	144
5 Literatur	150
6 Anhang	155

* Fertigstellung 08/2007

Vorwort

Übergewicht und Adipositas sowie ihre körperlichen, individuellen oder sozialen Folgen sind aktuell stark diskutiert. Mit dem vorliegenden Text sollen die diversen Aspekte von Übergewicht, die in Wissenschaft und Öffentlichkeit als Risiken wahrgenommen werden anhand verschiedener Risikotheorien untersucht und die gewonnenen Ergebnisse der diversen Perspektiven im Hinblick auf ethisch relevante Aspekte beleuchtet werden.

Die verwendete Literatur ist im Bereich der risikothoretischen Ansätze zumeist englischsprachig, da besonders aktuelle Theorien des Risikos vor allem im englischsprachigen Ausland einen Diskussionsschwerpunkt haben. (z.B. DENNEY 2005) Innerhalb der ethischen Auswertung der Ergebnisse kommen dann vermehrt auch klassische Werke der Risikotheorie in deutscher Sprache oder Übersetzung zur Anwendung. (z.B. BANSE 1996 oder RESCHER 1983)

Oft erwies sich im Rahmen der Recherchearbeiten auch das Internet als äußerst ergiebig, hier besonders die Homepages der Adipositas-Gesellschaft (www.adipositas-gesellschaft.de), und des Statistischen Bundesamtes (www.destatis.de), aus der letzteren Quelle stammen die meisten Angaben zu Krankheitskosten und deren Verteilung auf die Bevölkerung.

Auch ein Beitrag aus dem Bereich des Fernsehens wurde mit einbezogen: Eine Sendung des WDR zu Übergewicht unter Kindern und Jugendlichen aus der Reihe „Quarks & Co.“.

Zur Veranschaulichung der unmittelbaren Konsequenzen von Übergewicht auf das Individuum kommt zudem ein Antrag zum Berufsunfähigkeitsschutz eines Direktversicherers zum Einsatz.

Das Themenfeld Risiken von Übergewicht und Adipositas könnte sicher auch nochmals umfangreicher diskutiert werden, vor allem die Rolle der Medien könnte im Rahmen von Theorien der Risikoperzeption noch ausführlicher behandelt werden. Hier sollen eher ein Überblick über die möglichen zu berücksichtigenden Aspekte gegeben werden und einige besonders relevanten Punkte zur ethischen Diskussion herausgegriffen werden, jedoch ohne den Anspruch der vollständigen Darstellung aller Ansatzpunkte zu diesem Thema.

Zusammenfassung

Diese Ausarbeitung greift verschiedene Ansätze der Risikotheorie auf, um Risiken von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung unter variablen Gesichtspunkten zu untersuchen. Dazu werden in den ersten beiden Kapiteln deskriptiv relevante Risikotheorien vorgestellt sowie mögliche Ansatzpunkte für eine risikotheorietische Betrachtung des Themenfeldes Übergewicht aufgezeigt. Die Kapitel 3 und 4 beinhalten darauf aufbauend Verknüpfungen von Theorien und aufgezeigten Gesichtspunkten sowie eine normative Auswertung dabei aufscheinender Fragestellungen.

Kapitel 1 gibt eine Übersicht über diverse Theorien der Risikoforschung und stellt den Begriff des Risikos als innerhalb der Ansätze vielgestaltig auslegbar und verwendbar vor. Allein die dem Risikobegriff eigene Unterscheidung von Möglichkeit und Wirklichkeit kann als Gemeinsamkeit angenommen werden, die allen Auslegungen zugrunde liegt. Eine erste Strukturierung der Theorien wird mit DENNEY 2005 anhand der Unterscheidung eines realistisch bzw. konstruktivistisch geprägten Risikobegriffes vollzogen.

Die zahlreichen vorliegenden risikotheorietischen Ansätze werden dabei in folgender Einteilung zusammengefasst:

Innerhalb *formal-normativer* Theorien wird Risiko als quantifizierbare Größe gehandhabt, errechenbar als Produkt von Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadensausmaß. *Psychologisch-kognitive* Ansätze operieren mit der Vorstellung eines objektiv vorhandenen Risikos, das jedoch subjektiv „verzerrt“ wahrgenommen wird, während *kulturtheoretische* und *phänomenologische* Theorien das objektive Vorliegen eines Risikos als nicht entscheidend betrachten, wenn es um die Bewertung eines

Risikos als relevant für die Gesellschaft geht. Becks Theorie der *Risikogesellschaft* arbeitet mit Aspekten der Universalisierung und Globalisierung von Risiken und *postmoderne* Theorien untersuchen den Umgang mit Risiken in gesellschaftlichen Prozessen, hier sind besonders Theorien des „Gouvernmentality“ hervorzuheben, die Risikomanagement als Überwachungsinstrument thematisieren.

Eine entscheidende Synthese von formal-normativen und psychosozialen Faktoren der Risikobetrachtung stellt die Differenzierung sechs idealtypischer Risikotypen durch den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesregierung im Jahre 1999 dar. (RENN 1999)

Das entwickelte Prinzip stellt ein Werkzeug zur Entscheidungsfindung bei der Bewertung und dem Management von Risiken dar. Hochaktuell ist die Aufbereitung des aus dem Finanzwesen stammenden Begriffs des systemischen Risikos für die geistes- und sozialwissenschaftliche Risikoforschung. Kernpunkt der Arbeitsdefinition des Begriffes im engeren Sinne ist die Entstehung der systemischen Risiken durch die komplexen Strukturen des betroffenen Systems selbst, d.h nicht durch Bedienfehler oder ähnliche externe oder interne „Störfälle“. (vgl NETITZKE 2007)

Im **zweiten Kapitel** werden risikothoretische Ansatzpunkte für das Themenfeld Übergewicht und Adipositas zusammengestellt. Grundlegend sind die Fragestellungen: *Was ist gefährdet, Wer ist gefährdet und Wem wird die Verursachung angelastet?*

Was *gesundheitliche* Risiken für Individuen bzw. Gruppen betrifft, herrscht große Einigkeit in der Fachliteratur, was die Art der Negativfolgen betrifft (z.B. erhöhtes Risiko für die Ausbildung von Stoffwechselstörungen und Schäden des Bewegungsapparates sowie Diabetes), jedoch wird die Relevanz für weite Teile der (mäßig) Übergewichtigen oftmals angezweifelt.

Völlig kontrovers wird nach wie vor die Frage nach der Verursachung des Übergewichts selbst diskutiert. Die Theorien klaffen hier zwischen den Polen der endogenen (Gendefekt) und exogenen (gesellschaftlich oder durch individuelles Fehlverhalten bedingt) Verursachung auf, so dass sich hier sowohl individuell verursachte Risikokonstellationen festhalten lassen, als auch gesellschaftlich induzierte.

Auf Ebene der *psychischen* und *sozialen* Belastungen lassen sich vor allem gesellschaftliche (Körper)Normen und stigmatisierende Vorurteile als Risiken für Individuen bzw. Gruppen festhalten.

Die Untersuchung *wirtschaftlicher* Aspekte beinhaltet neben den Kosten der möglichen Folgeerkrankungen von Übergewicht (über die in Medien teils gewaltige Summen kursieren), volkswirtschaftliche Belastungen durch frühere Berentung und deren Auswirkung im Versicherungswesen auch Hinweise auf möglichen wirtschaftlichen Profit in weiten Teilen der Industrie sowie auch wirtschaftliche Risiken für Übergewichtige, die aus Ausgrenzungsprozessen im Arbeitsleben resultieren.

In der im **dritten Kapitel** erfolgenden Verknüpfung der risikothoretischen Theorien mit den Ansatzpunkten des zweiten Kapitels erweisen sich *formal-normative* Theorien als hilfreich zur Feststellung von Risikowahrscheinlichkeiten und möglichen resultierenden Schäden, basierend auf erhobenem Datenmaterial. Allerdings stellt sich die Auswertung von Daten, wie sie beispielsweise im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes erhoben werden, oftmals als problematisch heraus, da bestimmte Schadenskategorien nicht kommensurabel sind oder erst gar nicht erhoben werden können.

An den Beispielen des Einflusses der Altersstruktur und der sozialen Schichtzugehörigkeit werden die Probleme der rein formalen Risikoauswertung, wie sie bei der Zuschreibung be-

stimmter Krankheitsrisiken zu bestimmten Wertebereichen des Body-Mass-Index oft praktiziert wird, aufgezeigt.

Psychologisch-kognitive Theorien untersuchen unter anderem, warum Menschen Risiken unterschiedlich wahrnehmen und machen so Schwierigkeiten in der Umsetzung von appellativen Präventionsprogrammen transparent, indem die von den Individuen eingegangenen Risiken als kontrollierbar und freiwillig empfunden aufgezeigt werden. Auch die divergierende Wahrnehmung wirtschaftlicher Risiken durch Übergewichtige kann unter diesem Ansatz der Risikoperzeptionsforschung beleuchtet werden.

Mit Berücksichtigung der *kulturtheoretisch* orientierten Theorien eröffnet sich die Möglichkeit, Risiko als sozial, kulturell und politisch konstruiert aufzufassen und damit den Wandel der Wahrnehmung von Risiken im Zusammenhang mit Übergewicht festzuhalten. Schließlich galt vor nicht allzu langer Zeit noch eher Untergewicht als gesundheits- bzw. lebensgefährdend. Zudem wird, mit DOUGLAS 1992 auch der funktionale Aspekt von Risiken untersuchbar und damit die diversen Interessen, die hinter einer Risikobewertung stehen können.

Dieser Aspekt wird in den *postmodernen* Theorien auf die Frage nach Rechtfertigungsstrategien von Kontrollinstanzen zugespitzt. Risiko tritt hier als Mittel zur Kontrolle in Erscheinung, beispielsweise, indem flächendeckende Kameraüberwachung durchgesetzt wird zur Eindämmung des Risikos eines terroristischen Angriffes. Auch hier steht der Aspekt der Interessenlage im Vordergrund. Die Frage ist hier: Welche Interessen stehen hinter einer Einteilung der Bevölkerung gemäß bestimmter Risikoklassen (zum Beispiel nach BMI) und hinter den daraus resultierenden Maßnahmen. Diese Überlegungen beziehen sich im Weiteren vor allem auf die Basis von Präventionsprogrammen.

Mit dem Begriff der „*Neuen Risiken*“ wird ein Schlagwort auf das Thema Übergewicht angewendet, das ursprünglich auf technische Risiken bezogen Gebrauch fand. Allerdings lassen sich erstaunlich viele Gesichtspunkte dieser neuen Risiken auch auf das Themenfeld Adipositas beziehen. In Punkto Globalisierung, Komplexität, Ausmaß und Zeitfaktor stellen sich die Risiken der Folgen des wachsenden Übergewichts in der Bevölkerung als ebenso neuartig in ihren Auswirkungen heraus, wie die von den Autoren genannten technischen Risiken. Vor allem der Punkt der unmöglichen individuellen Zurechnung der Risiken und ihrer Folgen ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung, denn die Verantwortung für das wachsende Übergewicht in der Bevölkerung ist, wie schon erwähnt, in Fachkreisen sehr umstritten.

Mit dem Einfluss des Themenkomplexes Adipositas und seinen Risiken auf diverse Bereiche der Gesellschaft (Versicherungswesen, Nahrungsmittelindustrie,...) ist auch die Bezeichnung von Adipositas als *systemisches Risiko* angebracht. Der weiteren Verfeinerung des Begriffes der systemischen Risiken von NEITZKE 2007 folgend, finden sich auch Anhaltspunkte für eine Ursachensuche in den Strukturen des sozialen Systems selbst. Auf jeden Fall lassen sich Maßnahmen unter Berücksichtigung einer systemischen Bedingtheit der Risiken von Adipositas zielführender diskutieren. Die Entwicklung von bewussten Risikokulturen (vgl. GOTTSCHALK-MAZOUZ 2007) ist hier ein wichtiger Schritt zum Umgang mit solchen Risiken.

Das **vierte Kapitel** fasst Aspekte der vorangegangenen Verknüpfung unter bewertenden Gesichtspunkten auf.

Im Rahmen normativer Überlegungen zu den Voraussetzungen der Risikodiskussion im Bereich der Folgen der Adipositas ist eine künstliche Verengung der Einflussfaktoren bei Normfindungsprozessen zu verzeichnen. Zu beachten ist, dass damit unter

Umständen Betroffene „krankdefiniert“ (was die Folgeerkrankungen betrifft) und auch „schuldig definiert“ (was die Verursachung von zugeschriebenen Folgen betrifft) werden. Gerade was den Body-Mass-Index betrifft, wird oftmals die konsensuelle Entstehung dieser Größe vergessen, wenn sie im Zusammenhang mit der Präsentation wissenschaftlich harter Fakten verwendet wird.

Dies geschieht beispielsweise innerhalb von Diskussionen um handlungsleitende Relevanzen angesichts bestimmter Risiken, wenn Handlungsbedarf allein aus der Häufigkeit eines Phänomens (wie etwa dem Anstieg des durchschnittlichen BMI in der Bevölkerung um einen Prozentpunkt innerhalb von zwei Jahren) abgeleitet wird.

Das bewertende Moment von Normen fällt so oft systematisch unter den Tisch. Die entscheidende Frage ist hier die nach der Akzeptabilität, nicht die nach dem bloßen Vorliegen von Risiken.

Besondere Relevanz haben Normendiskussionen auch, wenn mit dem Begriff der systemischen Risiken gearbeitet wird. Hier stellt sich die Frage, wie ein (erhaltenswerter) Normalzustand eines Systems definiert werden soll.

Bei der risikothoretischen Beleuchtung des Themenfeldes Übergewicht und Adipositas fallen zwei Schlagworte besonders ins Auge, die als definierte Ziele von Präventionsmaßnahmen verwendet werden und gleichsam als (wenig hinterfragte) Ziel-funktionen menschlichen Handelns angenommen werden: Gesundheit und Sicherheit.

Der Gesundheitsbegriff wird oftmals streng teleologisch ausgelegt, nicht nur im direkten biologischen Sinne, auf den menschlichen Körper bezogen, sondern auch praktisch im metaphorischen Wortsinn, angewendet auf die Zustände der Gesellschaft (als „sozialer Körper“). Zugleich mit der Annahme eines bestimmten „gesunden“ Zustandes eines Körpers wird Gesundheit auf diesem Wege zur unreflektierten, alleinigen

Zielfunktion, während individuelle körperliche oder psychische Varianzen als Abnormalitäten abgewertet werden. Tatsächlich sind neben der Gesundheit diverse weitere Zielfunktionen vorstellbar, eine davon ist die Sicherheit.

Im zweiten Kapitel wird die Tendenz aufgezeigt, dicke Menschen als Unsicherheitsfaktoren (sozialer, wirtschaftlicher Art) zu behandeln. Überlegungen zu Sicherheitsbemühungen stehen jedoch stets unter dem Einfluss von bewertenden Standards. Nichts und niemand „ist“ ein Sicherheitsrisiko, sondern wir definieren Dinge, Umstände und auch Menschen, die unserem Niveau der Bedürfnisbefriedigung abträglich sind als solches. Hier tauchen Fragen der Legitimierung der Setzung solcher Sicherheitsstandards auf, Interessenkonflikte unter verschiedenen Gruppen, sowie das Problem der zukünftigen Auswirkungen solcher Entscheidungen.

Derartigen Interessenkonflikten liegt zumeist die Frage nach der Verteilung von Verantwortung für die Folgen von Handlungen oder Unterlassungen zugrunde. Auch für die adipositas-induzierten Risiken stellt sich die Frage, wie viel Verantwortung für die Verursachung der Folgen von Übergewicht beim Individuum und wie viel auf Seiten der Gesellschaft oder des Staates liegen – und wann welche Restriktionen von staatlicher Seite angemessen sein können. Hier müssen diverse Interessengruppen miteinbezogen und Fragen der individuellen Freiheit mitbedacht werden. Wenn unter der persönlichen menschlichen Freiheit nach Kant sowohl die Freiheit von Zwängen als auch die Freiheit zur Selbstbestimmung zu verstehen ist, sieht sich die Gesetzgebung hier im Spannungsfeld zwischen Vermeidung der Einschränkung negativer Freiheit durch Ermöglichung von positiver Freiheit.

Ebenso relevant sind in diesem Zusammenhang Aspekte der Gerechtigkeit, zum Beispiel was die Verteilung der medizinischen Kosten der Behandlung von durch Übergewicht verursachten oder

forcierten Krankheiten betrifft. Die entscheidende Frage scheint hier die zu sein, ob die größte Gruppe der Betroffenen, die sozial Benachteiligten, als allein verantwortlich für die Folgen eines ungesunden Lebenswandels angenommen werden kann, oder ob Adipositas als lebensstilinduziertes Problem nicht eher den Staat in die Pflicht nehmen sollte, um die Lebensumstände der sozial Benachteiligten so zu verbessern, dass individuelle Prophylaxe möglich wird. Hier liegen auch entscheidende Punkte bei Überlegungen zu Präventionsstrategien: Gerechtigkeit würde hier bedeuten, dass der Zugang und die Teilnahme an derartigen Programmen allen Betroffenen zugänglich ist, es darf letztendlich keine gruppenspezifischen (finanziellen,...) Hindernisse geben.

Die ethischen Überlegungen zu Risiken von Übergewicht und Adipositas lassen sich so zusammenfassen als Fragen zur Legitimierung der Definitionsmacht, Verfahrensfragen zu Normierungsprozessen, als Fragen über den Umgang miteinander und mit Minderheiten sowie benachteiligten Gruppen, und als Fragen der Organisation und Ermöglichung von Partizipation bei Entscheidungsprozessen zu konkreten Maßnahmen.

1 Kurze Darstellung aktueller risikotheorietischer Konzepte

Der Gegenstand risikotheorietischer Betrachtungen, das „Risiko“, könnte in seiner Begriffsauslegung kaum vielfältiger sein. Schon in Alltagsbetrachtungen findet sich eine Spannweite, die über die Bezeichnung von aktuell vorliegenden bis hin zu zukünftig erwarteten Ereignissen reicht, die sowohl positive als auch negative Folgen erfasst und sowohl handlungs- als auch systemtheoretische Perspektiven einschließt. (vgl. BONß 1996: 166f)

Auch der Gegenstand des möglichen Verlustes beim Eingehen eines Risikos ist vielschichtig, zunehmend werden Güter der Lebensqualität als bedroht empfunden, nicht etwa das Leben selbst und selbst wenn wir von lebensbedrohlichen Risiken sprechen, (wie hier zum Beispiel im Falle der erhöhten Mortalität im Zusammenhang mit starker Adipositas) stehen diese wiederum sehr stark in Beziehung zu den Errungenschaften eines gehobenen Lebensstandards, zum Beispiel einer allgemein gestiegenen durchschnittlichen Lebenserwartung. Dass wir Risiken tragen (können) basiert auch auf den errungenen Werten und Gütern wie beruflicher Stellung, Freunde, Ansehen, Gesundheit... (vgl. RESCHER 1983: 1)

Grundlegend für alle Auslegungen des Risikobegriffs ist zunächst die Unterscheidung von Wirklichkeit und Möglichkeit, Risiko verweist stets auf Mögliches und Zukünftiges und damit zum einen auf handlungstheoretische Annahmen über die kausale Wirksamkeit menschlicher Aktivitäten oder technischer Prozesse, zum andern auf damit verbundene Fragen nach Verantwortungszuschreibungen. (vgl. WEICHSELGARTNER 2001: 22)

Zur Definition und Bewertung des Risikobegriffs liegen zahlreiche, zum Teil äußerst kontroverse Ansätze und Theorien vor,

was zum Teil daran liegen mag, dass der Begriff nicht nur im Alltag sondern gerade auch in den diversen Wissenschaften ausgesprochen heterogen verwendet wird. Genau diese schwer zu überblickende Vielfalt ermöglicht es jedoch, eine Fragestellung aus wechselnden, je für sich interessanten Blickwinkel anzugehen und die daraus gewonnenen Ergebnisse unter Umständen nutzbringend zu verwerten.

DENNEY 2005 nimmt bei der Strukturierung der zahlreichen Theorien zunächst eine Unterscheidung nach ontologischen Gesichtspunkten vor und spannt so eine Klassifizierung auf, die von realistisch orientierten Konzepten über mäßig bis hin zu stark konstruktivistisch basierten Theorien reicht. (13)

Pauschal lässt sich festhalten, dass realistisch orientierte Konzepte, wie formal-normative Ansätze, Risiko als objektive Bedrohung betrachten, die nicht von sozialen oder kulturellen Handlungen abhängig ist. Gemäßigt konstruktivistische Theorien, wie psychologisch-kognitive Konzepte, gehen zwar auch von einem objektiv vorhandenen Risiko aus, erforschen jedoch speziell dessen durch individuelle kognitive Prozesse geprägte Wahrnehmung. Streng konstruktivistisch geprägte Ansätze betrachten Risiko als sozial und politisch kontingent, als ein nicht nur in der Wahrnehmung sondern auch in seinem tatsächlichen Vorliegen sozial geprägtes Phänomen. Die Kernfrage dieser phänomenologischen Konzepte ist somit eher die Frage nach der Relevanz von Ereignissen für das Risikomanagement.

1.1 Formal-normative Ansätze

Der klassische, formal-normative Ansatz stellt den Versuch dar, Risiko als quantifizierbare und verrechenbare Größe zu etablieren. Risiko wird hier definiert als Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadensausmaß.

Theoretisch bietet dieser Ansatz so eine Möglichkeit, im Rahmen des Risikomanagements Risikokonstellationen zu vergleichen, vorausgesetzt jedoch, dass sowohl die Wahrscheinlichkeit eines Schadensereignisses als auch das Ausmaß des Schadens quantitativ erfassbar sind.

An diesen Voraussetzungen greifen auch die zentralen Kritikpunkte am formal-normativen Risikobegriff, z.B.:

- Der Schluss auf den Einzelfall ist methodologisch-mathematisch zweifelhaft, zumal oft mit hypothetischen Wahrscheinlichkeiten gearbeitet wird, da die Stichprobengröße zu gering ist.

- Nicht-quantifizierbare Werte, z.B.: moralische, ästhetische oder gesundheitliche, können nicht berücksichtigt werden.

(vgl. BANSE 1996: 38)

Hinzu kommen inhaltliche Problematiken, hier nur umrissartig dargestellt:

- Wer wählt die zu berücksichtigenden Schadensdimensionen aus und wie werden sie verrechnet, gewichtet?

- Zukünftige, aktuell unbekannte Schäden werden nicht berücksichtigt

- Die Darstellung von Schadenswahrscheinlichkeit in Zahlen wirft Probleme auf, selbes Risiko kann bei gleichem statistischen Erwartungswert unterschiedlich beurteilt werden

- Die zu definierenden Kenngrößen und Grenzmaße sind nicht naturgegeben und nicht errechenbar, sondern erfordern normative Abwägungen.

(vgl. BANSE 1996: 40; WEICHSELGARTNER 2001: 29ff)

Praktische Anwendung findet die formal-normative Risikoberechnung in weiten Teilen des Versicherungswesens bzw. in der ökonomischen Risikoanalyse.

1.2 Psychologisch-kognitive Ansätze

Auch psychologisch-kognitiv orientierte Ansätze, wie beispielsweise die Risikoperzeptionsforschung, arbeiten mit dem Begriff eines objektiv vorhandenen Risikos, das im Rahmen dieser Theorien nun im Hinblick auf die Art und Weise der „Verzerrung“ beim Wahrnehmungsprozess betrachtet wird. Obwohl der Risikobegriff sich hier nicht wesentlich von dem des formal-normativen unterscheidet, steht so ein anderes Interessenfeld im Mittelpunkt. Das Augenmerk liegt auf den qualitativen Faktoren, auf Fragen der Risikoakzeptanz durch wahrnehmende Menschen sowie den dahinter vermuteten Ursachen der individuell bzw. gruppenbezogen variierenden Risikowahrnehmung.

Stärken hat dieser Ansatz in den erweiterten Erklärungsmöglichkeiten durch die Miteinbeziehung der divergent beobachtenden und erlebenden Menschen. Erklärbar wird so z.B. die Frage, weshalb manche, rein statistisch eher zu vernachlässigenden Risiken deutlich überschätzt werden (Risiko des Flugzeugabsturzes), während viele Alltagsrisiken systematisch unterschätzt werden (Unfallrisiko im Straßenverkehr). (vgl. JAPP 2000: 12)

Problematisch ist die konkrete Auswertung der Ergebnisse, denn reine Erkenntnisse über die individuelle Varianz der Risikoperzeption beinhalten leider keine Handlungsanleitungen zur Zusammenführung dieser separaten Wahrnehmungen. (vgl. WEICHSELGARTNER 2001: 38)

1.3 Kulturtheoretische und phänomenologische Ansätze

Kulturtheoretisch und phänomenologisch orientierte Risikothorien gehen nicht von einer „verzerrten“, sondern von einer verunmöglichten direkten Wahrnehmung von Risiken aus. Soziale und kulturelle Variationen der Risikowahrnehmung werden in diesem Zusammenhang ebenso untersucht wie die Frage nach der Bewertung eines Risikos als relevant für eine Gesellschaft oder eine Gruppe.

Beispiele hierfür sind Untersuchungen zum Einfluss der Massenmedien auf die Risikoperzeption oder zur Verständlichkeit wissenschaftlicher Risikoaussagen, im Rahmen kulturanthropologischer Arbeiten (z.B.: Mary Douglas) aber beispielsweise auch Fragen nach Einwirkungen verschiedener Interessen in Risikokommunikationsprozessen in der Politik. (vgl. WEICHSELGARTNER 2001: 43)

Die Stärken dieser Konzepte liegen in der Möglichkeit, wachsendes Wissen um die Kulturzentriertheit der Beobachtung von Risiken erwerben zu können. Die Einzelfallbetrachtungen von psychologisch-kognitiv orientierten Theorien können zumindest auf Kulturkreisebene gebündelt werden. (vgl. DOUGLAS 1992: 13)

Interkulturell einsetzbare Strategien zur Risikokommunikation sind auf diesem Wege jedoch nicht zu erlangen, so dass laut DENNEY 2001 der kulturanthropologische Ansatz zwar in Wissenschaftskreisen hoch diskutiert ist, jedoch in der Politik kaum Beachtung findet. (vgl. DENNEY 2005: 24)

1.4 Risikogesellschaft

Mit seinem Schlagwort der „Risikogesellschaft“ fokussiert Ulrich Beck Aspekte der Universalisierung des Risikobegriffs und der Globalisierung von Risiken. Er bezieht sich dabei vor allem auf die unintendierten Nebenfolgen von technisch-ökonomischem Handeln und grenzt diese neuen globalen Risiken von früheren, rein betrieblich oder beruflich bedingten ab.

„Es sind *Modernisierungsrisiken*. Sie sind *pauschales Produkt* der industriellen Fortschrittsmaschinerie und werden *systematisch* mit deren Weiterentwicklung verschärft.“ (BECK 1986: 29)

Bezeichnend sei dabei auch die Entmachtung der Wissenschaft als Definitionsinstanz von Risiken, Akzeptanzfragen lösten die rein probabilistische Auswertung von Risikoaspekten ab. (vgl. KORNWACHS 2001: 69f)

Diese Verschiebung resultiert nach Beck auch aus der gewachsenen Kluft zwischen quantifizierbaren und nicht quantifizierbaren Risiken sowie der Unmöglichkeit der Vorhersage oder oftmals nur der Benennung von Konsequenzen moderner Technologien. Folge sei ein ausufernder Konflikt um die Frage der Verteilung von Risiken auf soziale Klassen, bzw. um die Klärung der Verantwortlichkeiten im Bereich des Risikomanagements. (vgl. DENNEY 2005: 30)

Die Stärken des Beckschen Ansatzes liegen in den Erklärungsansätzen zur Entstehung der Vormachtstellung des Risikomanagements und der Veränderung der Risiken an sich in modernen Gesellschaften. Der Ansatz geht jedoch nicht ein auf individuell variierende Risikowahrnehmung und -erklärung innerhalb einer Gemeinschaft. (vgl. DENNEY 2005: 33)

1.5 Postmoderne Theorien

Postmoderne Risikotheorien rücken ab von der direkten Frage nach dem Wesen des Risikos oder seiner Wahrnehmung und Bewertung durch die Bevölkerung und wenden sich dem Umgang mit Risiken in gesellschaftlichen Prozessen zu. Der begriffsgeschichtlich auf Michel Foucault zurückgehende „Governmentality-Ansatz“ fragt dabei nach Risiko im Spannungsfeld von Machtkonstellationen und beobachtet den Einsatz von Risikofragen in Herrschaftsprozessen.

Risikomanagement wird dabei als Methode untersucht, mit der ein Staat glaubt, seine Bevölkerung vor Risiken schützen zu können. Dies schließt die Überwachung von Individuen und ihre Ausbildung zu normenkonform agierenden Akteuren ein. In west-

lichen Industriegesellschaften liegt hierbei der Schwerpunkt auf Produktivität. (vgl. DENNEY 2005: 34)

„Governmentality“ meint dabei die Kontrolle der Bevölkerung durch bestimmte soziale Praktiken, die als etablierte moralische Verpflichtungen der Risikovermeidung dienen. (vgl. ders.: 35f)

Zentral bei Governmentality-Ansätzen ist nach DENNEY 2005 der Blick auf die Möglichkeit des bewussten Einsatzes von Risiken als Mittel zur Rechtfertigung von verstärkter und technologisch verfeinerter staatlicher Überwachung. (36)

Zur Kritik des Governmentality-Ansatzes führt DENNEY 2005 an, dass die Gefahr besteht, Überwachungsmethoden ganz und gar als perfektionierte Kontrollmöglichkeiten zu verstehen. De facto erweisen sich viele dieser Methoden der Kontrolle in der Praxis weder als perfekt durchdacht, noch als übermäßig effizient – sprich: den Kontrollmöglichkeiten durch Risiken sollte nicht zu viel Einfluss zugeschrieben werden. (vgl. DENNEY 2005: 36)

1.6 WBGU-Konzept zu Bewertungskriterien und Risikotypen

Mit seiner Differenzierung der Beurteilungskriterien von Risiken (über die Faktoren Schadensausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit hinaus) und der idealtypischen Bestimmung von sechs Risikotypen entwickelte der Wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) ein „Leitflächenprinzip“ zur erleichterten Abschätzung der Akzeptabilität bestimmter Risiken und um Tendenzen zum Umgang mit ihnen aufzuzeigen. (vgl. RENN 1999: 57)

Zur Erweiterung der Kriterien zur Bestimmung von Risiken werden die quantitativen Faktoren Schadensausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit durch die Berücksichtigung der

jeweiligen Abschätzungssicherheit ergänzt und die Kriterien um folgende Punkte erweitert:

- Ubiquität: räumliche Verbreitung des Schadenspotentials
 - Persistenz: zeitlich Ausdehnung
 - Irreversibilität: Nichtwiederherstellbarkeit des Zustandes vor Schadenseintritt
 - Verzögerungswirkung: Latenzzeit zwischen auslösendem Ereignis und Schadenseintritt
 - Mobilisierungspotential: Reaktionen der Betroffenen durch Prozesse der Akzeptanzverweigerung
- (vgl. RENN 1999: 55)

Zur Einordnung von Risikotypen in ein Bewertungsschema werden die Kriterien dichotomisiert, es wird jeweils von einem Normalfall und einem Grenzfall ausgegangen, die erreicht werden können. Die idealtypische Zusammenstellung von nur sechs Risikotypen, die im definierten Grenzbereich liegen, wurde beschlossen, da bestimmte Faktorenausprägungen eng mit anderen gekoppelt sind, während andere Kombinationen kaum zusammen auftreten und so die empirische Relevanz fehlt. (ders.: 58)

Folgende Risikotypen wurden vom WBGU entwickelt¹⁷:

- Damokles: hohes Schadenspotential, geringe Eintrittswahrscheinlichkeit (Kernenergie, Staudämme)
- Zyklon: ungewisse Eintrittswahrscheinlichkeit, bestimmbarer max. Schaden (Erdbeben, Überschwemmungen, AIDS-Infektion)

¹⁷ Die Bezeichnung stammen aus der griechischen Mythologie und sind passend zum jeweiligen Risikotyp gewählt. So hing das Damoklesschwert an einem dünnen Faden, während Damokles darunter einem Festmahl beiwohnen durfte. Der Faden hielt, Damokles überlebte. Entsprechend steht der Risikotyp „Damokles“ für Risiken mit enormem Schadenspotential (hier: Tod), jedoch geringer Eintrittswahrscheinlichkeit und einem Zusammentreffen von großen Chancen und großer Gefahr.

- Pythia: Schadenspotential und Eintrittswahrscheinlichkeit sehr ungewiss (Treibhauseffekt, BSE-Infektion)
 - Pandora: persistente, ubiquitäre und irreversibel Wirkungen bei hoher Ungewissheit von Schadenspotential und Eintrittswahrscheinlichkeit (persistente organische Stoffe, grüne Gentechnik)
 - Cassandra: hohe Eintrittswahrscheinlichkeit, jedoch möglicher Schadenseintritt erst in ferner Zukunft (Anthropogener schleichender Klimawandel)
 - Medusa: hohes Mobilisierungspotential, mögliche Schäden sind Angst auslösend, Schadenspotential und Eintrittswahrscheinlichkeit eher gering (elektromagnetische Felder)
- (vgl. RENN 1999: 59ff)

Weiter werden Denkansätze und Instrumente zum Umgang mit den sechs unterschiedlichen Risikotypen aufgezeigt, neben der notwendigen Verbesserung des Katastrophenschutzes spielen dabei auch stets globale und nationale politische Maßnahmen eine große Rolle, sowie als Basis der Risikobewertung, der Ausbau von Forschung und Bildung.

1.7 Systemische Risiken und Risikokulturen

Der Begriff des systemischen Risikos fand ursprünglich im Zusammenhang mit Finanzmärkten Verwendung. Als Merkmal eines solchen Risikos galt zum einen seine Auslösung durch einen relativ „harmlosen“ Faktor, der jedoch durch einen wechselseitigen Aufschauklungsprozess der folgenden Einzelreaktionen eine verheerende Wirkung hat. Zum anderen galt als entscheidendes Merkmal, dass die entstandenen Schäden allein aufgrund der speziellen Struktur des Finanzmarktes (als System) möglich sind. (vgl. NEITZKE 2007: 2)

Inzwischen fand der Begriff des systemischen Risikos weitere Erwähnung in Veröffentlichungen auch außerhalb des Finanzwesens und erfuhr diverse Definitionen, die eine Verwendung des Begriffs in sozialwissenschaftlichem und philosophischem Zusammenhang ermöglichen.

Oft verschob sich der Schwerpunkt der Begriffsauslegung hin zum Verständnis von systemischen als schlichtweg „großen“ Risiken, oder solchen, die das Infrastruktursystems einer Gesellschaft empfindlich bedrohen. (vgl. OECD 2003 und RENN 2005)

NEITZKE 2007 befürwortet die ausdrückliche Trennung solcher „systemischer“ Risiken, die prinzipiell mit konventionellen Mitteln der Risikobewertung bearbeitbar sind von Risiken, die entweder aufgrund der komplexen Strukturen von Systemen **be-** oder überhaupt erst **entstehen** können. (1)

Ein systemisches Risiko im eigentlichen Sinne liegt mit NEITZKE 2007 nur dann vor, wenn Ausmaß und Art des (potentiellen) Schadens erst durch Eigenschaften des betroffenen Systems möglich werden. (7) Neitzke schlägt daher folgende Arbeitsdefinition vor:

„Ein systemisches Risiko liegt dann vor, wenn sich eine Entwicklung in einem System aufgrund der dynamischen Wechselwirkungen zwischen den Elementen eines Systems auf das System als ganzes negativ auswirken kann“ (NEITZKE 2007: 10)

Das Konzept der systemischen Risiken ermöglicht eine Risikoanalyse und -bewertung, die nicht auf Ebene der einzelnen Schuldzuweisungen (Gefahren durch Bedienfehler, menschliches Versagen...) stehen bleibt, sondern, dem Konzept Charles Perrows¹⁸ folgend, Risiken nicht nur als systemspezifisch, sondern als systemisch generiert erfasst und damit ermöglicht, höherstufig nach Reorganisationen der Systemabläufe zu fragen.

¹⁸ Perrow, Charles (1987): Normale Katastrophen, Frankfurt am Main: Campus

Die Frage, wie auf die Bedrohung durch systemische Risiken gesellschaftlich reagiert werden sollte, beantwortet GOTTSCHALK-MAZOUZ 2007 mit dem Verweis auf Risikokulturen. (vgl.

GOTTSCHALK-MAZOUZ 2007: 16f)

Das Konzept der Risikokulturen basiert auf der Vorstellung, dass die Akzeptanz von riskanten Anlagen, Technologien oder Praktiken nicht allein von den isolierten Gegebenheiten des Objekts abhängt, sondern aufgrund diverser Faktoren auf sozialer, informationeller oder sachlicher Ebene zustande kommt. (Vertrauen in Institutionen des Risikomanagements, Evakuierungspläne, Genehmigungsprozesse, DIN-normierte Grundlagen,...)

Diese Faktoren im Hinblick auf die Akzeptabilität und die Akzeptanz bestimmter Risiken zu reflektieren bedeutet, sich in seinen Überlegungen bewusst auf den Graubereich zwischen (absoluter) Sicherheit und zu vermeidender Gefahren einzulassen und innerhalb dieses Bereichs verantwortungsvoll gestaltend tätig zu werden. (vgl.ders.: 17f)

GOTTSCHALK-MAZOUZ sieht die entscheidende Aufgabe zum Umgang mit systemischen Risiken in der bewussten Gestaltung der vorhandenen, jedoch oftmals noch „unbewußt“ agierenden Risikokulturen; d.h. das Ziel muss sein,

„... das bisherige Tun unter einem neuen analytischen Konzept bewusst zu machen und seine entsprechenden Praktiken usw. (seine Risikokultur im deskriptiven Sinne) anhand eines Leitbildes (ausgebildete Risikokultur im normativen Sinne) zu reorganisieren.“ (GOTTSCHALK-MAZOUZ 2007: 18)

2 Ansatzpunkte einer risikotheorietischen Untersuchung der Adipositas

Zur systematischen Untersuchung der Adipositas im Hinblick auf risikotheorietisch relevante Aspekte wird das Phänomen Adipositas als Risiko nun nach drei Hauptkategorien beleuchtet:

1. WAS ist gefährdet?
2. WER ist gefährdet?
3. WEM wird die Verursachung der Gefährdung zugeschrieben?

Die erste Frage zielt auf den Charakter des riskierten oder gefährdeten Gutes. Der vorliegende Text konzentriert sich hier auf drei Felder, das der Gefahren für die Gesundheit, der Gefahren für die Psyche und das soziale Umfeld sowie der ökonomischen Gefahren (und Chancen). Diese Einteilung bildet zugleich auch ein erstes Gerüst zur weiteren Differenzierung der Fragestellung im Hinblick auf Betroffene und Akteure der Gefährdungen.

Die zweite und dritte Frage beziehen sich auf das Verhältnis von Risikoträger und -Verursacher. RESCHER 1983 nimmt folgende Klassifikation vor:

RISK AS CLASSIFIED IN POINT OF AGENCY

	Risk Type	Agent	Maleficiary
Standard Cases	1.(wholly) self- directed	X	X himself
	2.both self- and other-directed	X	a group that includes X himself but also others
	3.(wholly) other-directed	X	an individual or group other than X
Nonstandard Cases	4.circumstantial	none	some individ- ual or group

Note: Cases 1-3 are "agent-involving"; case 4 is "wholly circumstantial."
(RESCHER 1983:8)

An diese erste Darstellung schließt sich die höherstufige Frage an, WER bezüglich der Klassifikation nach Verursacher und Leidtragendem die Definitionsmacht besitzt und wer festlegen darf, was überhaupt als negative oder positive Folge von Handlungen betrachtet wird. Diese Fragestellung wird im dritten Teil behandelt werden.

2.1 Gesundheitliche Risikoaspekte des Übergewichts

Gesundheitliche Risiken können mit unterschiedlichen Prioritäten festgehalten werden. Mit Bezug auf die oben dargestellte Fragestellungen „WAS und WER ist gefährdet?“ kann nun zum Beispiel eine Unterscheidung getroffen werden, indem zuerst das Augenmerk auf die Art der beobachteten negativen Auswirkungen auf Betroffene gerichtet wird und folgend diese Auswirkungen im Hinblick auf ihre Relevanz zur Verallgemeinerung dargestellt werden, zur Klärung der Frage, ob sie eine bestimmte Gruppe von Menschen flächendeckend betreffen oder ob es sich um einzelne Beobachtungen handelt. Im ersten Fall steht das Individuum als Adressat einer Negativfolge in Zentrum der Auf-

merksamkeit, im zweiten Fall geht es um eine Gruppe von Individuen.

Erstens zur Beschaffenheit der diskutierten negativen Folgen von Übergewicht:

Gesundheitliche Risiken im Zusammenhang mit Übergewicht ergeben sich nach OPTY 2001 vor allem aus den Folgekrankheiten des erhöhten Körpergewichts. Gerade im Falle von mäßigem Übergewicht mit einem Body-Mass-Index zwischen 25 und 30 kg/m² führt oft nicht das Übergewicht selbst zu einer erhöhten Morbidität, sondern damit verbundene Begleiterkrankungen.(646) Ab einem BMI über 30 kg/m² bestehe jedoch ein großes Risiko für Entwicklung einer metabolischen Störung.(647)

HAUNER 1996 identifiziert als typische Folgeerkrankungen des Übergewichts Atemnot, rasche muskuläre Ermüdung, Gelenksbeschwerden durch Überlastung sowie erosive Hautveränderungen. (3406)

LEPPIN 1994 bezeichnet folgende physische Konsequenzen von Übergewicht als besonders relevant:

- erhöhtes Mortalitätsrisiko (bei BMI 30+)
- Steigerung der Blutdruckwerte (Hypertonie)
- Cholesterinspiegelanstieg
- Osteoporose, Arthritis
- Tumorerkrankungen
- Funktionelle Beeinträchtigungen: Eingeschränkte Bewegungsfreiheit beim Laufen, Treppensteigen, Hausarbeit

Sowie eher indirekt damit verbunden:

- Gefahren durch häufiges Diäthalten, Essstörungen, Bulimie, Risikofaktor permanente Gewichtsfluktuation (vgl. LEPPIN 1994: 28-35)

LEPPIN 1994 bemerkt, dass der direkte Einfluss von Übergewicht auf das menschliche Herz noch ungeklärt sei (28), in einer Stellungnahme der Deutschen Adipositas-Gesellschaft vom 21. August 2006 weist WIRTH 2006 jedoch auf neueste Erkenntnisse in Bezug auf die Schlüsselrolle des Übergewichts im Zusammenhang mit Infarkterkrankungen hin:

„Was den Myokardinfarkt betrifft, so ergab die neueste große Kohorten-Studie¹⁹ mit einem Kollektiv von 39.000 Personen aus Westeuropa, dass die abdominale Form der Adipositas bei weitem der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung des Herzinfarktes ist und zu 69% zur Entstehung dieser Krankheit beiträgt.“ (WIRTH 2006:4)

Die Stellungnahme von WIRTH 2006 sieht einen hohen Handlungsbedarf in Bezug auf Adipositas als Krankheit mit ihren direkten und indirekten Folgen:

„Übergewicht und Adipositas sind Krankheiten mit erheblicher Morbidität, Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit, vorzeitiger Berentung und Steigerung der Mortalität. Bezüglich Genese und Auswirkungen sind sie wie andere kardiovaskuläre Risikofaktoren einzuordnen.“ (13)

Zweitens zur Relevanz der Folgekrankheiten von Übergewicht als „Massenphänomen“:

Hierzu hielt schon HAUNER 1996 vor guten zehn Jahren fest, dass eine weite Verbreitung des Übergewichts in allen Industriestaaten vorherrsche und Übergewicht daher zu den drängendsten Gesundheitsproblemen dieser Nationen zähle.

¹⁹ Wirth bezieht sich hier auf Yusuf, S. et al (2004): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study, in: Lancet 2004/364, S. 937-952

1996 wies nach HAUNER jeder dritte Bundesbürger einen BMI auf, der als behandlungswürdig gelte. Zudem läge eine Zunahme des mittleren BMI seit 1984 von 26,1 auf 26,5 kg/m² vor. (3405)

Das Statistische Bundesamt diagnostiziert im Mikrozensus 2005 bei insgesamt 50% der Bevölkerung Übergewicht (BMI über 25 kg/m²), 1999 waren dies noch 48%, 2003 49%. Die Zahl der stark Übergewichtigen (BMI >30 kg/m²) stieg von 1999 bis 2005 von 12% auf 14% der Bevölkerung. Damit stieg das Durchschnittsgewicht der Männer seit 1999 bei fast konstanter Durchschnittsgröße um 1,6 kg, das der Frauen bei unveränderter Durchschnittsgröße um 0,8 kg.

Eine Aufschlüsselung nach Körpergewicht und Gesundheitszustand im Rahmen des Mikrozensus 2003 zeigt:

- Kranke Männer und Frauen sind deutlich häufiger stark übergewichtig als gesunde
- Schweres Übergewicht haben 18,4%²⁰ der kranken und 12,9% der gesunden Männer
- Leichtes Übergewicht haben 43,3% der Kranken und 43,9% der gesunden Männer
- Normalgewicht haben 37,3% der Kranken und 43,3% der gesunden Männer

(STATISTISCHES BUNDESAMT 2006: 67ff; ders. 2003: Tabelle 81)

Die Frage, wer verantwortlich ist für die Gefährdung von Individuen oder Gruppen durch Folgekrankheiten von Übergewicht, wird sowohl unter Experten als auch in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert.

Im Verdacht stehen neben den Übergewichtigen selbst auch deren Gene, die entweder in Form eines „Defekts“ Informationen über

²⁰ Zahlenwerte sind z.T. zweckmäßig gerundet, Anm. der Autorin

den Sättigungszustand nicht korrekt an das Gehirn des Betroffenen weitergeben, oder, quasi der Evolution hinterherhinkend, sich noch nicht auf die neuen Möglichkeiten unsere heutigen Ernährung umstellen konnten. Zwischen diesen beiden Polen der exogenen bzw. endogenen Verursachung des Übergewichts und dessen Folgen bewegen sich die Theorien der Experten.

Auf exogener Seite lässt sich dabei eine weitere Differenz aufspannen: Die Verantwortung für das steigende Übergewicht in der Bevölkerung kann entweder als hauptsächlich individuell verursacht betrachtet werden oder als hauptsächlich umweltbedingt verursacht, oder auch von beidem zugleich beeinflusst. Je nachdem wird dann entweder zu verstärkten Aufklärungskampagnen und/oder zu durchgreifenden sozioökonomischen Maßnahmen geraten.

2.2 Psychische und soziale Risikoaspekte des Übergewichts

Psychische Risiken sind zum einen vorstellbar als das Individuum betreffend und von anderen Individuen oder Gruppen induziert oder auch auf Basis gesellschaftlicher Körpernormen an das Individuum herangetragen.

Soziale Risiken beziehen sich hier auf gruppenspezifische Benachteiligungen, die auf dem Vorliegen von Übergewicht basieren.

WIRTH 2006 stellt fest, dass Adipöse oft psychisch an ihrer Körperfülle leiden und mit erheblichen sozialen Nachteilen zu kämpfen haben.(5)

Denkbar sind beispielsweise Nachteile im Bereich des Arbeitsmarktes oder der Partnerwahl, es handelt sich um teilweise deutliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität von übergewichtigen Menschen durch eine Reduktion des Aktionsradius, Rückzug aus sozialen Aktivitäten, Beeinträchtigung der

Sexualität sowie empfundene Schuld- und Schamgefühle. (vgl. HEBEBRAND Et AL 2004:1470)

LEPPIN 1994 konkretisiert die psychischen und sozialen Folgen, die mit Übergewicht einhergehen können und nennt geringes Selbstwertgefühl und Depressionen (im Zusammenhang mit häufigen Diäten)(30ff).

NEUGEBAUER 1976 hält eine gefühlte Benachteiligung im täglichen Leben, Hemmungen gegenüber anderen Menschen, ein negatives Selbstbild, sowie ein geringes Selbstwertgefühl fest (6f).

Verantwortlich für diese Auswirkungen sind nach LEPPIN zwei Faktoren, die jedoch beide auf dem vorherrschenden Schlankheitsideal in der Bevölkerung aufbauen. Dieses ist nach LEPPIN in Deutschland im Bereich des definierten Untergewichts angesiedelt (30).

Einerseits setzten sich die Betroffenen selbst unter Druck, indem sie ihr Abweichen vom Idealgewicht und der favorisierten Körperform zum Anlass nähmen, Abneigungen aus dem sozialen Umfeld allein auf diesen Faktor zu beziehen (31), andererseits herrscht nach LEPPIN in westlichen Industriegesellschaften eine soziale Stigmatisierung des Übergewichts (30). Eine umfangreiche Körperfülle könnte theoretisch auch mit positiven Attributen belegt werden, wie der Unterstellung eines gutmütigen, gelassenen Charakters oder ähnlichem, erfährt aber tatsächlich eher eine Bewertung mit negativen Faktoren, wird mit Zügellosigkeit oder Faulheit in Verbindung gebracht. (vgl. BARNETT 2003:1843; ZUBRÄGEL/SETTERTOBULTE 2003:172)

Eine Rolle spielt hier auch die Funktion der Medien als Katalysator der gesellschaftlich anerkannten Normen, oder mit anderen Worten könnte (nicht nur) für übergewichtige Menschen gelten: „Das Lesen einer Lifestyle-Zeitschrift gefährdet Ihr positives Selbstbild!“

2.3 Wirtschaftliche Risikoaspekte des Übergewichts

Stellt man wirtschaftliche Gesichtspunkte in den Fokus einer risikotheorietischen Untersuchung von Übergewicht, lassen sich folgende Ansatzpunkte festhalten:

- a.) Kosten für Folgeerkrankungen als direkte finanzielle Belastung des Versicherungswesens (bzw. der Solidargemeinschaft)
- b.) Darüber hinaus zeitverzögert: tendenziell frühere Berentung der Dicken
- c.) Dies alles bei geringerem Beitrag zur Solidargemeinschaft durch höheren Krankenstand
- d.) Jedoch: Profit der Wirtschaft sowohl durch Nahrungsmittel als auch durch Schlankheitsprodukte
- e.) Nicht zu vergessen: Benachteiligungen am Arbeitsplatz stellen auch ein wirtschaftliches Risiko für Übergewichtige selbst dar

Dass Übergewicht hohe Kosten verursacht, wird oft festgehalten (z.B. BERGMANN ET AL 2005:26; KLOTTER 1990: 140).

Zwar kursieren in Deutschland Zahlen zu den direkten Folgekosten des steigenden Übergewichts in Deutschland, diese erweisen sich aber zumeist als äußerst nachweisresistent.

Zumindest die Medien scheinen sich was die Folgekosten durch adipositasinduzierte Krankheiten betrifft, einig zu sein:

Sowohl DIE ZEIT vom 10.Mai 2007 als auch die WDR-Sendung „Quarks & Co“²¹ vom 26.Juni 2007 nennen eine Summe von 20

²¹ Warum werden unsere Kinder immer dicker? Sendung aus der Reihe „Quarks & Co“ des Westdeutschen Rundfunks vom 26.06.2007. Zur Sendung ist ein Beigleitheft erhältlich, die Angaben im Text beziehen sich auf den Wortlaut der Sendung

Millionen Euro als jährliche Belastung für die Gesundheitskassen, allein in Deutschland. (HERDEN 2007:37f; WDR 2007)

Da Zahlen für Deutschland schwer zu ermitteln sind, geht der Blick häufig ins Ausland:

Einer WHO-Studie zu Prävention und Management der Adipositas als globaler Epidemie aus dem Jahre 1994 zufolge betragen die geschätzten Kosten des Übergewichts (hier definiert als BMI > 29 kg/m²) in den USA im Jahre 1994 45,8 Millionen US\$, das entspricht 6,8% der nationalen Health Care Kosten. (vgl. WHO 2004:83f) Neueste Berechnungen ergaben nach WIRTH 2006 für das Jahr 2005 einen Anteil von 10,2% an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens der USA. (vgl. WIRTH 2006:637)

Für Europa hält das Grünbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften vom 18.12.2005 fest:

„Neben dem menschlichen Leid, das durch Adipositas verursacht wird, stehen auch die volkswirtschaftlichen Folgen ihrer zunehmenden Inzidenz im Vordergrund. In der Europäischen Union gehen schätzungsweise 7% der Kosten für die Gesundheitsversorgung auf das Konto der Adipositas, und dieser Betrag wird angesichts des steigenden Trends zur Adipositas noch steigen (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005:637, zitiert nach WIRTH 2006:6)“

Wiederum schwierig zu belegen scheinen Schätzungen über das Ausmaß der frühzeitigen Berentung von Übergewichtigen zu sein. WIRTH 2006 schreibt hier zwar von „erheblichen Kosten“ (6), die in unserem Gesundheitssystem anfielen, kann dies jedoch wiederum nur durch Vergleiche mit Erhebungen in Finnland untermauern. Dort, so WIRTH 2006, haben Männer mit einem BMI über 30 kg/m² ein 2fach, Frauen ein 1,5fach erhöhtes Risiko, vorzeitig berentet zu werden. (6)

Dieser Umstand schlägt zum Beispiel im Rahmen des Versicherungswesens zu Buche. So behandelt die CosmosDirekt Versicherung in ihrem Sofortantrag zum Berufsunfähigkeitsschutz²² Versicherungswillige ab einem BMI von 30 kg/m² als Risikogruppe, mit der Auswirkung, dass zusätzlich zum monatlichen Grundbetrag eine Zuschlagszahlung von 0,11€ zu leisten ist. (Rauchen ist in diesem Kontext mit 0,41€ monatlicher Zuschlagszahlung das kostspieligste Laster, Fallschirmspringen als Hobby lässt sich der Versicherungsgeber immerhin noch mit 0,22€ Zuschlag bezahlen. Am preisgünstigsten kommen die Motorradfahrer weg: 0,07€ Aufschlag.) (vgl. COSMOSDIREKT 2007)

Diesen Darstellungen des dicken Menschen als volkswirtschaftlicher Risikofaktor stehen Überlegungen zu wirtschaftlichen Chancen der ausschweifenden Nahrungsaufnahme sowie des Zustandes „Übergewicht“ entgegen:

“Indeed, it is difficult to think of any major industry that might benefit if people ate less food; certainly not the agriculture, food product, grocery, restaurant, diet, or drug industries. All flourish when people eat more, and all employ armies of lobbyists to discourage governments from doing anything to inhibit overeating.”

(NESTLE 2003:781)

NESTLE 2003 betont vor allem die umfassenden marktwirtschaftlichen Chancen einer Nahrungsmittelindustrie, die sowohl ausreichende Ressourcen zur Aneignung als auch zur späteren mühseligen Reduktion von überflüssigem Körpergewicht vertreibt. Die wirtschaftlichen Auswirkungen gehen jedoch weit über die Nahrungsmittelindustrie hinaus: Auswirkungen durchaus positiver Art sind auch für Pharmafirmen, psychologische und diätetische Beratung, Physiotherapie, Sportangebote,

²² Siehe auch Anhang 1

Gymnastik, Kuren, Mobilitätsangebote und Kleidungsindustrie zu erwarten. (vgl. NESTLE 2003: 781)

Hinzu kommt das Potential von durch Medien verbreitete Werbung, die sich in ihren Inhalten ebenfalls quasi naiv zwischen der Anpreisung von Süßigkeiten („die Extraportion Milch“, „so wertvoll wie ein kleines Steak“²³) und kostspieliger Mittel zur Reduktion überflüssiger Pfunde bewegt.

Zuletzt darf bei der Betrachtung wirtschaftlicher Risikoaspekte nicht vergessen werden, dass geldwerte Nachteile nicht nur möglicherweise von der Gruppe der Übergewichtigen verursacht werden können, sondern dass diese Gruppe unter Umständen auch selbst negative finanzielle Folgen erfährt, wenn Übergewichtige unter Ungleichbehandlung im Beruf leiden. Neben den negativen psychischen Auswirkungen können sich Mobbing und angegebene oder latent durchgesetzte Gewichtsgrenzen durchaus auch in den Karrierechancen von Übergewichtigen bemerkbar machen und dort zu finanziellen Einbußen führen.

²³ Zitiert nach WDR 2007

3 Welcher Ansatz macht welche Risiken darstellbar?

3.1 Formal-normative Ansätze

Die Betrachtung der adipositasbezogenen Risiken mittels formal-normativen Risikotheorien findet im Versicherungswesen häufige Anwendung – siehe z.B. das Beispiel der CosmosDirekt Versicherung im vorigen Kapitel. Aber auch jeder Statistik über geldwerte Krankheitsaufwendungen liegen Annahmen zur Be- und Verrechenbarkeit der Kosten von bestimmten Risiken zugrunde.

Voraussetzung zur Berechnung von Risiken bzw. ihres Schadenpotentials sind präzise Kenntnisse sowohl über die Eintrittswahrscheinlichkeit einer unerwünschten Auswirkung wie auch über deren genaues Schadensausmaß.

Sind diese Faktoren hinreichend bekannt, können formal-normative Risikotheorien mittels der bekannten „Risikoformel“

$$\text{Risiko} = \text{Schadensausmaß} * \text{Eintrittswahrscheinlichkeit}$$

Auskunft über die Größe eines bestimmten Risikos geben.

So kann theoretisch aus Statistiken über die Gewichtsverteilung innerhalb der Bevölkerung auf die individuelle Wahrscheinlichkeit der Ausbildung von Übergewicht geschlossen werden und in Kombination mit Erhebungen zu Krankheitsfolgen im Zusammenhang mit Übergewicht können Risikoskalen zur erhöhten Morbidität bestimmter Bevölkerungsgruppen erstellt werden.

Auch das Risiko der wachsenden Folgekosten könnte über Gewichts- und Kostenskalen in Zahlen gefasst werden.

Dass es bis dato keine zuverlässig belegten Zahlen zu Folgekosten der Adipositas in Deutschland gibt, ist schon ein Hinweis auf die Probleme, die sich in der Praxis mit diesem sehr

geradlinigen Ansatz ergeben. Unmöglich wird eine Risiko-
bestimmung spätestens für Risiken, die sich auf psychische und
soziale Aspekte beziehen. Die Eintrittswahrscheinlichkeit mag
hier noch - zumindest hypothetisch - ermittelbar sein, was die
Berechnung des Schadensausmaßes betrifft sieht man sich jedoch
sofort mit dem Problem der Unverrechenbarkeit psychischer Zu-
stände konfrontiert. Wie soll das Auftreten einer Depression
zum Beispiel mit dem Verlust sozialer Kontakte und Anerkennung
verrechnet werden?

Abgesehen von solchen bereits höherstufigen Problemen bei der
Anwendung formal-normativer Risikothorien treten schon sehr
viel früher grundsätzliche Schwierigkeiten auf, denn
statistischen Auswertungen liegen zum einen stets bestimmte
Normierungen zugrunde, zum anderen erfordern sie eine Aus-
wertung. Es stellt sich somit die Frage, ob das vorliegende
Zahlenmaterial die oft wiederholte Erklärung, dass das Risiko
der Übergewichtigkeit in der Bevölkerung wächst und das dieses
steigende Risiko auch zu steigender Krankheitsanfälligkeit
führt, wirklich stützt.

Angriffspunkte für eine mögliche Kritik an der Basis der viel
zitierten Statistiken, oder zumindest Ansatzpunkte für ein
genaueres Nachfragen, bilden zwei Faktoren, die herangezogen
werden können, um einen faktischen Anstieg des durchschnitt-
lichen Body-Mass-Index kritisch zu hinterfragen:

- a.) Der Faktor Altersstruktur
- b.) Der Faktor soziale Schicht

a.) Der Faktor Altersstruktur

NIEHOFF 1990 macht auf die sich verändernde Altersstruktur der
Menschen in den letzten 40 Jahren aufmerksam. (vgl. Niehoff

1990:50) Tatsächlich ist die „Vergreisung“ unserer Gesellschaft ein vieldiskutiertes Thema, die Darstellungen der „Alterspyramide“, wie sie zu früheren Zeiten bestand und ihr angenommener Wandel zum „Altersambos“ spätestens im Jahre 2050 sind hinreichend bekannt. Laut OECD 2003 werden im Jahre 2050 etwa 33% aller Menschen in den Industrieländern über 60 Jahre alt sein, 2000 waren es noch 19%. (vgl. OECD 2003:11)

Bedenkt man nun, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Durchschnittsgewicht und Altersklasse besteht, (WHO 2004: 12; OECD 2003: 68) lohnt es sich unter Umständen anzudenken, ob nicht schon der zunehmende Anteil älterer Menschen zu einem merklichen Ansteigen des durchschnittlichen BMI führen könnte. Auch eine Verknüpfung von (mäßiger) Übergewicht mit bestimmten Krankheiten müsste dann nochmals relativiert betrachtet werden.

Dazu NIEHOFF 1990:

„Das individuelle Körpergewicht zeigt einen physiologischen Altersgang, der bei Männern und Frauen auf verschiedene Weise mit einer tendenziellen Zunahme mit dem Alterungsprozess verbunden ist. Jenseits etwa des 70. Lebensjahres nimmt das Körpergewicht in der Regel wieder ab. Da auch die Krankheiten und Todesursachen einer spezifischen Altersverteilung folgen, sind also von Anbeginn typische Korrelationen zwischen Körpergewicht, Krankheit und Alter zu erwarten, die nicht so ohne weiteres ätiologisch ausgedeutet werden dürfen.“(Niehoff 1990:54)

Passend dazu stellt auch das Statistische Bundesamt in seinem Kommentar zur Mikrozensususerhebung 2005 fest, dass der durchschnittliche BMI für Männer bis 30 Jahre und Frauen bis 50 Jahre unter 25 kg/m² liegt und damit unter dem als Übergewicht definierten Wert. Männer im Alter zwischen 65 und 69 Jahren

sowie Frauen zwischen 70 und 74 Jahren weisen nach der Erhebung die höchsten BMI Werte auf. (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2006:68)

b.) Der Faktor soziale Schicht

Der Zusammenhang von Übergewicht mit körperlichen Folgen wie z.B. bestimmten Herzkrankheiten wird oft nicht nur als faktisch vorhanden sondern als besorgniserregend signifikant dargestellt (vgl. z.B. HAUNER 1996:3409)

Folgende Überlegung will nicht einen grundsätzlichen Zusammenhang von Übergewicht und bestimmten Krankheiten widerlegen, sondern vielmehr das kritische Augenmerk auf die tatsächliche Relevanz des direkten Zusammenhangs richten:

HAUNER 1996 bemerkt, dass es „unerheblich im Hinblick auf die therapeutischen Konsequenzen“ sei, ob nun „Übergewicht per se diese Gesundheitsstörungen verursacht, oder die dem Übergewicht zugrundeliegenden ungünstigen Lebensgewohnheiten wie Bewegungsmangel und überkalorische, fettreiche Ernährung“ (3409) und dass dies prinzipiell schwierig zu entscheiden sei. Damit mag er im Sinne der in westlichen Industrieländern gängigen, symptomatisch behandelnden Schulmedizin richtig liegen, eine tiefer gehende Erörterung der Ursachen zeigt jedoch interessante Zusammenhänge auf.

Sowohl HAUNER 1996 selbst (3409) als auch diverse weitere Quellen (vgl. KÖHLER 1992:2; WHO 2004:124f) weisen auf einen bekannten Zusammenhang von Übergewicht und sozioökonomischem Status hin. Auch in der WDR-Sendung „Quarks & Co.“ vom 26. Juni 2007 stellt man unter dem Schlüsselsatz „Armes Kind, dickes Kind“ fest, dass unter den 11-13 jährigen Kindern aus

wohlhabenden Familien gut 4% fettleibig sind, dagegen 12% der Kinder derselben Altersgruppe aus sozial schwachen Familien.²⁴ Der sozioökonomische Status wird jedoch noch in einem weiteren Zusammenhang als bedeutsam erachtet: Er hat einen nachweisbaren Einfluss auf die Faktoren Morbidität und Mortalität. Nach ROSENBROCK/MICHEL 2007 sind deutliche Unterschiede zwischen den sozialen Schichten vorhanden, wenn gleich die Einflussfaktoren nach wie vor ungeklärt sind. (vgl. ROSENBROCK/MICHEL 2007:17; GREINER/SYME 1994:143; ROSENBROCK 2004:44ff)

Damit stellt sich die Frage, was denn nun eigentlich erhoben wird, wenn durch Übergewicht verursachte Krankheiten betrachtet werden: Wirklich der direkte Zusammenhang von erhöhtem Körpergewicht und Gesundheit oder nicht vielmehr der (schon bekannte) Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheit.

Denn, wie HAUNER 1996 festhält: Keineswegs jeder Übergewichtige weist zwangsläufig ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko auf. (3409)

HEINDL 2004 geht sogar so weit, die Krise des Gesundheitssystems (angesichts „präventionsresistenter“ Bevölkerungsgruppen) als verkannte Bildungskrise zu beurteilen und betont die entscheidende Rolle des Lebensstils was das praktizierte Gesundheitsverhalten des Einzelnen betrifft. Ihre konsequente Forderung nach der Vermittlung von Lebensführungskompetenzen setzt dementsprechend auf einer völlig anderen Ebene an, als übliche Präventionsstrategien, die auf der Reduktion des Nahrungsinputs und der Steigerung der Kalorienverbrennung basieren.

(vgl. HEINDL 2004: 226)

24 Warum werden unsere Kinder immer dicker? Sendung aus der Reihe „Quarks & Co“ des Westdeutschen Rundfunks vom 26.06.2007. Zur Sendung ist ein Begleitheft erhältlich, die Angaben im Text beziehen sich auf den Wortlaut der Sendung

Angesichts der zwei aufgezeigten Problemfelder erscheinen rein auf Zahlenmaterial basierende Risikobestimmungen im Zusammenhang mit dem Themenfeld Übergewicht problematisch.

3.2 Psychologisch-kognitive Ansätze

Mit psychologisch-kognitiven Risikotheorien kann ermittelt werden, warum Menschen Risiken unterschiedlich wahrnehmen und bewerten, indem die Ebene der reinen Feststellung eines möglichen Verlustfalles im Zusammenhang mit einem Risiko erweitert wird um die individuell mögliche Ausdeutung der jeweiligen Folgen.

Zieht man Erkenntnisse aus diesem Bereich der Risikoforschung zur Untersuchung der Risiken von Adipositas heran, kann zum einen der Umgang mit dem empirisch ermittelten Zahlenmaterial zum Thema untersucht werden, zum anderen kann auf individueller Ebene beispielsweise dem Problem der scheinbar unnütz verhallenden Appelle der Fachmediziner an die Betroffenen auf den Grund gegangen werden.

WEICHSELGARTNER 2001 diskutiert das Problem der eindeutigen Bestimmung von Risiken anhand von Zahlenmaterial an einem Beispiel aus der Kohleindustrie und zeigt, wie unterschiedliches in Bezug setzten von Zahlen (Zahl der Toten im Zeitverlauf einmal absolut gesehen, einmal in Bezug zu Kohlefördermenge im Zeitverlauf) zu deren Begleitumständen zu völlig verschiedenen Einschätzungen der Risikoträchtigkeit führen kann. (vgl. WEICHSELGARTNER 2001:29f)

Einflussfaktoren der individuellen Risikowahrnehmung untersuchten JUNGERMANN/SLOVIC 1993 im Rahmen Ihres intuitiven Risikokzeptes. Demnach spielen schon sowohl bei der individuellen Einschätzung des Schadensausmaßes als auch der Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses kontextabhängige Faktoren eine große Rolle. (91f)

Entscheidend sind die individuell differenten ursachen- und folgenbezogenen Bewertungen, die bei der Betrachtung eines Risikos auftreten können.

Beispielsweise stellen JUNGERMANN/SLOVIC 1993 fest, dass Risiken mit angenommenem Katastrophenpotential, deren Folgen ein Individuum persönlich betreffen könnten als schwerwiegender empfunden werden, bzw. dass freiwillig übernommene, als kontrollierbar empfundene und nicht an menschliche Verursachung attributierbare Risiken weniger kritisch gesehen werden als unfreiwillige, persönlich unkontrollierbare und solche, deren Ursachen menschlichen Eingriffen zugeschrieben werden. (95ff)

Mit diesem Ansatz kann das Risiko, sich unerwünschte Folgeerkrankungen durch ungesunde Ernährung zuzuziehen, als Risiko eingeschätzt werden, das die Betroffenen als durchaus freiwillig eingegangen und kontrollierbar betrachten und daher möglicherweise damit verbundene negative Folgen in ihrem Ausmaß unterschätzen. Nahrungszufuhr erscheint zudem als eine natürliche Notwendigkeit, Essen ist kein reines Genusshandeln, das wir uns wie das Rauchen vollständig abgewöhnen könnten. Hinzu kommt, dass die Folgen, so tief greifend sie auch sein mögen, vom Zeitpunkt der „riskanten“ Nahrungsaufnahme entkoppelt, erst in der Zukunft erwartbar sind.

(Faktoren der Risikowahrnehmung: vgl. BECHMANN/WOLF 1995:102f)

Diese Überlegungen werden unterstützt durch Erkenntnisse aus Präventionsprogrammen, in deren Auswertung wiederholt festgestellt werden muss, dass vorhandenes oder gesteigertes Wissen über gesundheitliche Risiken allein noch keine Verhaltensänderung beim Einzelnen hervorruft. (HEINDL 2004: 228; KÖHLER 1992:14; DAVISON ET AL 1992:97; GREINER/SYME 1994:140f)

HEINDL 2004 stellt zudem fest, dass Eltern teilweise eine enorme Diskrepanz zwischen konsequenter Verkehrserziehung und laxer Ernährungserziehung ihrer Kinder an den Tag legen. (228) Die Risiken des Straßenverkehrs scheinen hier in Ihren Ursachen und Auswirkungen als wesentlich unkontrollierbarer,

unfreiwilliger und in ihren direkten Folgen katastrophaler und persönlicher empfunden zu werden, als die Folgen ungesunder Ernährung (und mangelnder Bewegung).

Genau konträr zum Risikoempfinden des betroffenen Individuums, können vom Risiko der Folgekrankheiten nicht direkt betroffene Gruppen²⁵ die (für sie) unkontrollierbaren und unfreiwilligen „Folgeschäden“ der drohenden Zunahme der Übergewichtigen als extrem gefährdend auffassen. Entsprechend werden empfundene Bedrohungen dann auch kommuniziert. ZWAHLEN/EGGER 2005 sprechen zum Beispiel in ihrem Text zur Prävention von Adipositas wiederholt von der „Übergewichts-Epidemie“, oder der „anrollenden Epidemie von Übergewicht und Adipositas“, die „Gegenmaßnahmen“ erfordere. (32f)

Vom Standpunkt dieser Gruppe aus erscheinen dann auch die entsprechenden Risiken wie steigende Krankenversicherungsbeiträge oder gefährdete Renten durch mehr übergewichtige Frührentner als einwandfrei zuschreibbar: Die Dicken haben Schuld, bzw. sind für den Fachmediziner „präventionsresistent“. (vgl. HEINDL 2004:224)

3.3 Kulturtheoretische Ansätze

Unter Einbeziehung kulturtheoretischer Gesichtspunkte in die Risikobetrachtung von Adipositas eröffnet sich eine weitere interessante Perspektive: die funktionalistische.

Mit der Annahme, dass Risiko weder ein objektives noch ein messbares Phänomen ist, sondern sozial, kulturell und politisch konstruiert wird, bietet sich im Rahmen dieser Theorien die Möglichkeit, nach den Hintergründen der Entstehung (sprich: der Kreation) von Risiken zu fragen.

²⁵ Hierzu können nach KÖHLER 1992:14 z.B. auch Vertreter der Fachmedizin gezählt werden.

Zweierlei wird damit untersuchbar: Zum einen der kulturell induzierte Wandel von als relevant angesehenen Risiken, zum anderen die soziale Funktion von solchen relevanten Risiken.

NIEHOFF 1990 hält fest, „daß die Kriterien einer Relevanzbeurteilung von Gesundheitsrisiken zwischen den Individuen, zwischen sozialen Gruppen, Klassen und unterschiedlichen Bevölkerungen erheblich differieren können sowie im Ablauf der Zeit der Veränderung und Entwicklung unterliegen. [...] Wird ein Problem als wichtig, als herausragend angesehen, so ist demzufolge zu fragen, für wen und in welchem sozialen und historischen Kontext eine solche Feststellung Gültigkeit besitzt.“ (28)

Indem das Augenmerk auf die Rolle der sozialen und kulturellen Einflüsse bei der Risikobeobachtung gerichtet wird, können Präferenzen aufgedeckt werden, die hinter bestimmten Zielvorstellungen (wie zum Beispiel dem Erhalt oder der Herstellung von Gesundheit) stehen und somit auch bei der Entstehung und Wahrnehmung von Risiken beteiligt sind.

Im Falle der Risiken im Zusammenhang mit Adipositas tun sich damit beispielsweise Fragen nach den historischen und aktuellen sozialen Bedingungen für Körpernormen und Vorstellungen von einem „gesunden Leben“ (und deren Differenzen) auf. In einem zweiten Schritt können diese gesellschaftlichen Konventionen im Hinblick auf funktionale Gesichtspunkte untersucht werden.

Nach DOUGLAS 1992 herrscht in einer Gesellschaft stets eine bestimmte Art der Erklärung von Leid und Unglück vor. Mögliche Ansätze der Erklärung können moralisch, individuell oder external geprägt sein. (vgl. DOUGLAS 1992:5f)

Auf das Themenfeld Adipositas bezogen, könnten die Erklärungsansätze so belegt werden, dass im Falle einer moralischen Erklärungsstrategie Leid, z.B. in Form von Krankheit als gott-

gegeben betrachtet wird, weil die betroffene Person eine Sünde begangen hat („Völlerei“ als eine der sieben Todsünden). Eine individuelle Erklärung würde den Betroffenen als schwachen Menschen darstellen, der sich nicht im Griff hat und eine external geprägte Erklärung könnte Bedingungen anvisieren, die der Betroffene nicht beeinflussen kann, wie z.B. eine genetische Disposition für eine bestimmte Krankheit. Im Hinblick auf Risiken des Übergewichts tendieren zurzeit offensichtlich sowohl Experten als auch die Öffentlichkeit zu einer Kombination aus individuellem und externalem Erklärungsansatz.

Nach DOUGLAS 1992 dienen alle diese innerhalb einer Gesellschaft möglichen Erklärungsmuster dem Ziel, das Überleben der Gesellschaft zu sichern, indem der Zusammenhalt gestärkt wird oder bestimmte dem Erhalt der Gesellschaft funktionale Normen durchgesetzt werden.

Der zentrale Mechanismus hinter den erwähnten Zuschreibungsprozessen ist nach DOUGLAS 1992 eine in allen bekannten Gesellschaften praktizierte Politisierung des Risikos. (vgl. DOUGLAS 1992:13; aber auch RESCHER 1983:125)

Das heißt, bei allen risikothoretischen Überlegungen zum Thema Adipositas darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das „Risiko Adipositas“ bzw. das „Risiko der Folgekrankheiten von Übergewicht“ nicht nur auf rein nüchtern-wissenschaftlich errungenen Zahlen, Daten und Fakten steht, sondern eben auch auf der Grundlage bestimmter Interessen und Ziele verschiedenster Gruppen diskutiert und etabliert wurde und wird. Anzudenken wären hier beispielsweise die Interessen von Forschungseinrichtungen innerhalb von Pharmaunternehmen und die Rolle der Ärzteschaft nicht nur als gesellschaftlich anerkannte Definitionsmacht sondern auch als (Wieder-) Herstellungsinstanz von Gesundheit.

Des Weiteren bedeutet Risiken zu definieren auch stets, Verantwortung zu adressieren. MCNEILL/LITT 1992 zeigen in einer Studie zum „Fetal alcohol syndrome“, einerseits wie Verantwortung für frühkindliche Erkrankungen zugeschrieben wird auf der Basis politisch „passender“ Faktoren und wie andererseits (hier: patriarchalische) Ideologien politisch zur Durchsetzung bestimmter Restriktionen gegenüber Gruppen von Menschen (hier: potentielle Mütter) genutzt werden. (vgl. MCNEILL/LITT 1992:112ff)

Insofern sie die Problematik des nutzbringenden Einsatzes bestimmter Risiken in (politischen) Entscheidungsprozessen beinhaltet, bilden die Ausführungen von Mary Douglas schon das Fundament für postmoderne Risikotheorien wie den im Anschluss diskutierten Governmentality-Ansatz.

3.4 Postmoderne Ansätze

Obwohl Michel Foucault in seinen Werken das Thema Risiko nicht direkt behandelt, entwickelte sich basierend auf seinem Schlagwort „Governmentality“ ein Ansatz der Risikoforschung, der die Ausübung politischer Kontrolle durch die Etablierung alltäglicher Aktivitäten untersucht.

Als Ergänzung zu funktionalen Aspekten des Umgangs mit Risiken erlauben Theorien des Governmentality demnach eine Konzentration auf Fragen nach Kontrollinstanzen und deren Rechtfertigungsstrategien. Die aktuelle Diskussion um die Ausweitung der Überwachung per Kamera in Verbindung mit der lückenlosen Speicherung der biometrischen Daten der Bevölkerung wäre ein mögliches Beispiel für einen Anwendungsfall, in dem ein Risiko (hier: Terrorismus) benutzt wird, um immer engere staatliche Kontrollnetze zu rechtfertigen.

Innerhalb dieses Ansatzes wandelt sich das Verständnis von Risiko deutlich. Risiko wird nicht mehr begriffen als Faktor, den es zu kontrollieren oder zu minimieren gilt, sondern als Mittel, um zu kontrollieren und zu regieren. Risikomanagement meint in diesem Zusammenhang Denkmethoden, mit denen ein Staat glaubt, die Bevölkerung vor Risiken schützen zu können. (vgl. DENNEY 2005:34)

Letztendlich erlangt Risiko auf diesem Wege seine ursprüngliche Wortauslegung - eben auch als Chance, nicht nur als Negativum betrachtet zu werden - zurück, wenn auch auf höherer Ebene.

Der Fokus liegt auch nicht mehr auf dem Individuum, das gefährdet ist oder Risiken eingeht, sondern auf Gruppierungen innerhalb der Bevölkerung, die bestimmten Risikoklassen zugeordnet werden können.

Bezogen auf Risiken im Zusammenhang mit Übergewicht wird mittels dieses Ansatzes die Schnittstelle von Interessengruppen und staatlichen Einrichtungen wie z.B. des Gesundheitswesens beleuchtbar. Aber auch das Versicherungswesen kann hier mit einbezogen werden.

Das Risiko der Folgeerkrankungen von (bereits mäßigem) Übergewicht stellt sich dann dar als Werkzeug zur Motivation der Bevölkerung, sich (möglichst lange) gesund zu erhalten. Wobei „gesund“ in diesem Zusammenhang gleichgesetzt werden könnte mit „produktiv“. Die vergangenen und gegenwärtigen Diskussionen um die staatliche Rente, verbunden mit dem langsamen Abdriften des Rentenalters in Richtung 70 Jahre sind Symptom der staatlichen Notwendigkeit, die Bürger vital zu halten.

Interessant ist nun, wie aus dieser Notwendigkeit heraus Präventionsprogramme erstellt werden. KÖHLER 1992 betont in diesem Zusammenhang das Zusammenspiel der zahllosen Interessengruppen und weist darauf hin, dass nicht etwa der

Wissensstand in Bezug auf ein bestimmtes Risiko die hauptsächliche Basis zur Erstellung eines entsprechenden Riskomanagementprogrammes festlegt, sondern vielmehr die Macht der an seiner Einrichtung beteiligten Gruppierungen. (vgl. KÖHLER 1992:3)

So gesehen weisen Studien über Krankheitskosten, die Aussagen machen sollen über den Handlungsbedarf hinsichtlich bestimmter Krankheiten und deren Ursachen eine starke Verengung auf monetäre Faktoren auf, während seelische, soziale Kosten oder Einbußen der Lebensqualität als mit den Mitteln der Erhebung nicht messbar, unerhoben bleiben. (vgl. WHO 2004:81)

Im Bereich des Versicherungswesens kann eine Tendenz zur Gruppierung der Versicherten anhand eindeutig messbarer Merkmale festgestellt werden. NIEHOFF 1990 beschreibt, wie Pauschalerhöhungen der Beiträge beispielsweise von Lebensversicherungsträgern basierend auf einem Abgleich von Todesfällen mit dem gut feststellbaren Körpergewicht gerechtfertigt wurden. (vgl. NIEHOFF 1990:41)

Hier wird deutlich, wie anhand bestimmter Risikokonstellationen Einteilungen der Bevölkerung vorgenommen werden, die auf dem Teil der Wirklichkeit basieren, der faktisch festgestellt und erhoben werden kann. Die Zusammenstellung bestimmter Merkmale ohne Rücksicht auf den Einzelfall lässt das Subjekt aus dem Fokus verschwinden, doch die (firmen)politisch daraus gewonnenen Konsequenzen betreffen wiederum Individuen. Die fachmedizinisch als gültig erachtete Normierung des „normalen“ Körpergewichts auf einen BMI zwischen 19 und 25 kg/m² begründet eine vergleichbare Einteilung, die dann im Rahmen diverser Zusammenhänge (z.B. Krankenversicherung) konkrete Auswirkungen auf den Einzelnen hat.

3.5 Neue Risiken und systemische Risiken

Eine weitere Möglichkeit, Adipositas als Risiko greifbar zu machen, findet sich in der intensionalen Differenzierung des Risikobegriffes. BANSE 1996 konstatiert „neue Risiken“ (33), die sich hinsichtlich ihres Gefährdungspotentials und ihrer Qualität von den ursprünglich untersuchten Risiken, wie denen im Rahmen des Transportes von Gütern per Schiff oder des Bergbaus, unterscheiden.

Auch Ulrich Beck arbeitet innerhalb seiner Theorien der Risikogesellschaft mit der Neuartigkeit der Merkmale technischer Risiken und betont besonders die Problematik nicht-quantifizierbarer Risiken (hier z.B. psychische oder soziale Risiken) sowie der Unklärbarkeit der Konsequenzen moderner Risiken. (vgl. DENNEY 2005:30)

BANSE 1996 nennt folgende Merkmale von neuen Risiken:

- Globalisierung (territorial, regional, national unbegrenzt)
- Komplexität, nicht beschränkt auf einzelne Bereiche d. Gesellschaft
- Ausmaß, enorme Schadenspotentiale
- Nichtwahrnehmbarkeit, nur mittels technischer Hilfsmittel (wie z.B. Strahlung)
- Zeitfaktor, Langzeitauswirkungen unbekannt
- Irreversibilität (33)

Obwohl der Autor unter die neuartigen Risiken vor allem solche im Umfeld von Großtechnologien rechnet, können interessanter Weise viele dieser Merkmale (unter Einbeziehung der bisherigen Überlegungen) durchaus auf Adipositas als Risiko angewendet werden. Zumindest im Rahmen der industrialisierten Nationen wird Übergewicht als wachsendes und durchaus globales Problem

wahrgenommen, das außerdem Auswirkungen auf unterschiedliche gesellschaftliche Teilbereiche wie Versicherungswesen, Ernährungsindustrie, Textilindustrie und weitere Sparten hat. (So dass auch die Bezeichnung als systemisches Risiko angemessen erscheint.)

Bei diskutierte Summen von 20 Millionen Euro Folgekosten durch Adipositas pro Jahr in Deutschland und einer wachsenden Anzahl von Betroffenen mit ihrem je persönlichen Leidensweg lässt sich auch ein enormes monetäres wie auch individuelles und soziales Ausmaß der Folgen von Adipositas annehmen, zudem sind Langzeitauswirkungen dieser Folgen wenn überhaupt nur bezogen auf medizinische Auswirkungen im Einzelfall bekannt. Wohin das „Risiko Übergewicht“ unsere Gesellschaft physisch, psychisch und ökonomisch bringt, ist bislang nur hypothetisch zu beantworten. Nach den in Kapitel 1.7 dargestellten WBGU-Kriterien wären demnach Risiken im Zusammenhang mit Adipositas zumindest auf sozialer Ebene als Risiken des Typs „Kassandra“ einzuordnen. (vgl. RENN 1999: 62f)

Die Punkte Nichtwahrnehmbarkeit und Irreversibilität sind nicht ohne weiteres mit adipositasinduzierten Risiken verknüpfbar und höchstens ausschnittsweise anzuwenden.

Beispielsweise könnten durch Übergewicht entstandene Krankheitsdispositionen oder erhöhte Erkrankungsrisiken vor dem konkreten Ausbruch der Krankheit als ohne medizinische Hilfsmittel (z.B. Blutzuckertest) nicht wahrnehmbar bezeichnet werden. Der als übergewichtig empfundene Körper kann zwar unmittelbar auch vom medizinisch ungeschulten Auge wahrgenommen werden, nicht aber in ihm angelegte (oder auch nicht vorhandene) Krankheitsdispositionen.

Der Faktor der Irreversibilität lässt sich vielleicht am ehesten im Zusammenhang mit Überlegungen zu wirtschaftlichen Risiken und Chancen einbeziehen. Angesichts der im Kapitel 2.3 dargestellten enormen Auswirkungen des wachsenden Übergewichts

auf die Entstehung und die erfolgreiche Etablierung ganzer neuer Wirtschaftsbereiche (mitsamt den Auswirkungen auf Bruttosozialprodukt und Arbeitsmarktsituation) sowie der ökonomischen Stärkung traditioneller Bereiche wie der Ernährungsindustrie, ist fraglich, ob eine plötzliche „Verschlankung“ der Bevölkerung im Zusammenhang mit einer allseits verbreiteten „gesunden“ Lebensweise²⁶ nicht mehr Risiken birgt, als die gegenwärtige Situation.

BANSE 1996 nennt weiter folgende Strukturmerkmale der neuen Risiken:

- Mit nicht intendierten und nicht rationalen Folgen geplanter Handlungen verbunden
- Raum-Zeit-Begrenzung fast unmöglich
- Individuelle Verantwortbarkeit nicht zurechenbar (Verursachung und Folgen)
- Annähernd exaktes Wissen über Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadensausmaß kaum ermittelbar

(33)

Von dem ursprünglichen Risikoverständnis unterscheidet sich die Verbindung der neuen Risiken mit nicht intendierten Handlungsfolgen insofern, als dass bei konventionellen Risiken zwar oftmals nicht bekannt ist, ob die als negativ bewerteten Folgen eintreten, diese jedoch auf Erfahrungen basierend zumindest theoretisch antizipiert werden können.

Besonders interessant ist hier der dritte Punkt, in dem BANSE 1996 auf die verunmöglichte individuelle Zurechenbarkeit der neuen Risiken aufmerksam macht, ein Punkt, den auch JAPP 2000 aufgreift, indem er als Eigenart „moderner Risiken“ anführt,

²⁶ Man denke nur an einbrechende Umsatzzahlen bei Süßwarenketten, Limonadeherstellern, Lebensmittel-Discountern, in der Branche der Unterhaltungsmedien (Computerspiele), bei Tankstellen und ähnlichen.

dass diese prinzipiell nicht mehr auf individuelle Handlungspläne zurechenbar seien. (vgl. JAPP 2000:13)

Das Aufscheinen des dargestellten Strukturmerkmals lässt sich innerhalb der Risiken der Adipositas in der fortdauernden Diskussion um die Ursachen von Übergewicht finden. Dass das Phänomen Adipositas in seiner ganzen Wirkungsbreite nicht einfach reduziert werden kann auf das individuelle Fehlverhalten vieler einzelner Menschen, ist hier ein nennenswerter Punkt. Andererseits ist die ungeklärte Frage nach der Verursachung auch im Bereich der wirtschaftlichen Risiken durch Adipositas offensichtlich: In ihrer Aktionsschrift „Emerging Systemic Risks in the 21st Century“ aus dem Jahr 2003 weist die OECD darauf hin, dass viele Kosten heute vielmehr durch die Reaktion der Gesellschaft auf wahrgenommene Risiken als durch physisch vorhandene entstünden. (vgl. OECD 2003:15)

Auf Adipositas bezogen müssten also (kostspielige) Aktionen, die der Prävention des Anstiegs des Übergewichts in der Bevölkerung oder speziell der Prävention von Krankheiten, die als durch Übergewicht verursacht begriffen werden, im Hinblick auf ihre Relevanz beleuchtet werden.

KÖHLER 1992 zeigt in diesem Zusammenhang sehr deutlich, wie die Erstellung von Risikomanagementstrategien von externen Ziel-, Mittel- und Verursachungskonflikten beeinflusst werden und wie polykausale Risikozusammenhänge oft in Bezug auf Präventionsstrategien künstlich reduziert werden. (vgl. KÖHLER 1992:2ff)

Der aktuell diskutierte Begriff des „systemischen Risikos“ (vgl. Kapitel 1.7) greift in weiten Teilen die Aspekte neuer oder moderner Risiken auf, mangels einer anerkannten Vereinheitlichung des Begriffes jedoch bisher in diversen Variationen. Neu ist in diesem Zusammenhang, dass der Begriff nicht auf technische Risiken beschränkt bleibt.

Die OECD definiert als systemisches Risiko beispielsweise eines, das die wesentlichen Systembestandteile einer Gesellschaft betrifft, von denen diese abhängig ist: Gesundheitssystem, Verkehr, Umwelt, Telekommunikation und ähnliche. (vgl. OECD 2003:30)

Um Adipositas in diesem Sinne als systemisches Risiko bezeichnen zu können, müssten demnach Auswirkungen in den genannten Feldern oder zumindest übergreifende Auswirkungen in verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen festgestellt werden, wie z.B: für das Gesundheitssystem geschehen.

Nach NEITZKE 2007 sind systemische Risiken im engeren Sinne zu begreifen als Risiken, die erst dank der speziellen Dynamik der betroffenen Systeme im vorhandenen Ausmaß entstehen können. (Siehe auch Kapitel 1.7) Adipositas als systemisches Risiko in diesem engeren Sinne zu untersuchen hieße also, die riskanten Entwicklungen in den betroffenen Teilsystemen (Gesundheitssystem, Bildungssystem, Wirtschaft,...) als maßgeblich durch die (Re)Produktionsvorgänge in den Systemen selbst (auch in Wechselwirkungs- und Kopplungsprozessen) generiert zu verstehen.

Hier fallen zunächst Zusammenhänge wie die abnehmende Notwendigkeit der (physischen) Mobilität durch die Möglichkeiten des Internet sowie die zunehmende Unterstützung der tatsächlichen Mobilität durch Erleichterungen wie Auto, Rolltreppen u.ä. ins Auge. Auto und Rolltreppe sind Artefakte einer Gesellschaft, die die Produktion ihrer Neuerungen auch und vor allem auf die physische Entlastung des Einzelnen ausrichtet. Dass bei der Erfindung der Rolltreppe nicht beabsichtigt war, die Gesundheit der Benutzer zu gefährden, sondern vielmehr in ihrer Mobilität eingeschränkten Nutzern die Überwindung von Höhenunterschieden zu ermöglichen, versteht sich von selbst. Die unkontrollierte Entwicklung unintendierter Nebenfolgen ist jedoch ein wesentliches Merkmal systemischer Risiken.

In der ursprünglichen, im Bereich der Finanzwirtschaft angesiedelten Begriffsbedeutung ging man zudem bei systemischen Risiken von teils harmlosen kleinen Auslösern aus, die jedoch in Einzelreaktionen resultierten, die in Summe zu einer erheblichen Gefährdung führen kann.

In diesem Feld könnte man unter Umständen die Auswirkungen der forcierten medialen Aufmerksamkeit im Hinblick auf das Thema Übergewicht als globale Bedrohung ansiedeln. Schließlich tragen die zahllosen Berichterstattungen vor allem auch dazu bei, dass Übergewicht, oder schlicht die Abweichung vom als „normal“ oder „attraktiv“ bezeichneten Maß, sich als Ausgrenzungskriterium etablieren und konsolidieren kann. Gefahr besteht hier demnach vor allem für die Betroffenen (leicht) Übergewichtigen, die dann unter Umständen mit (finanziellen und/oder sozialen) Sanktionen belegt werden, obwohl sie rein körperlich Beschwerdefrei leben.

Die Bearbeitung des Risikos Adipositas als systemisches Risiko leistet hier vor allem eines: Die Stoßrichtung der Maßnahmen gegen die Gefährdungen kann überdacht werden und die Diskussion der die Risiken konstituierenden bzw. ermöglichenden Faktoren verschiebt sich hin zu den grundlegenden Funktionen unserer Gesellschaft. Oder konkret: Mit systemischem Blick wird man nicht mehr diskutieren, warum ungesunde Ernährung dick macht, sondern man wird z.B. dem Kausalgefüge nachspüren, das den Faktor Ernährung beeinflusst. Die Frage ist dann vielmehr, welche Bedingungen des sozialen Systems Individuen dazu veranlassen, sich so zu ernähren/verhalten/..., dass sie ihre Gesundheit gefährden. Diese Betrachtungen gehen dann weit über die Ernährungswissenschaft hinaus und führen im besten Fall zur Entwicklung einer Risikokultur (vgl. GOTTSCHALK-MAZOUZ 2007), die das Risiko Übergewicht als Abwägungsprozess zwischen diversen möglichen Maßnahmen und Vorkehrungen behandelt.

4 Diskussion der Ergebnisse

Im letzten Teil dieser Arbeit sollen einige der aufgezeigten Teilaspekte im Hinblick auf deren (latente) Voraussetzungen und Konsequenzen untersucht werden.

4.1 Normative Überlegungen

Bei der Diskussion von wachsenden Risiken angesichts der kontinuierlich ansteigenden Zahl übergewichtiger und adipöser Menschen in Deutschland greifen die meisten Instanzen (zum Beispiel das Statistische Bundesamt im Rahmen seiner Mikrozensus-Erhebungen) einheitlich auf das Maß des Body-Mass-Index zur Erhebung der Relation von Körpergewicht und Körpergröße zurück. Der BMI wird berechnet, indem das Körpergewicht in Kilogramm geteilt wird durch die Körpergröße in Metern im Quadrat (kg/m^2).

Mehrere Probleme werden hier transparent.

Zum einen beinhaltet das Maß der BMI die implizite Annahme, dass ab dem Überschreiten eines bestimmten Wertes das Risiko einer Erkrankung deutlich ansteigt. Dabei wird ganz offensichtlich von allen weiteren Einflussfaktoren wie zum Beispiel körperlicher Betätigung, Ernährung, familiärem Umfeld oder Beruf abgesehen. Alle Menschen, die eine bestimmte Gewichts/Größen-Konstellation aufweisen, fallen auf diese Weise unter einen Generalverdacht, ohne Rücksicht auf die tatsächliche Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten. (vgl. auch KÖHLER 1992f)

Faktisch werden so alle Betroffenen, die einen BMI von 25 oder mehr aufweisen als krank und somit als im Weiteren kostspielig für die Solidargemeinschaft *definiert*, indem die verkürzte Theorie aufgestellt wird, alle Dicken würden früher oder später behandlungsbedürftig. Eine These, die unter Fachmediziner

nicht haltbar ist. Wiederholt wird daher die Berücksichtigung weiterreichender Kriterien zur Bestimmung der tatsächlichen Behandlungsnotwendigkeit von (mäßigem) Übergewicht gefordert. (vgl. NIEHOFF 1990:51)

Zum anderen wird das Maß des BMI oft gehandhabt, als handle es sich um die Entdeckung eines Naturgesetzes. Faktisch ist die Bestimmung eines solchen Maßes für das „Flächengewicht“ eines menschlichen Körpers nicht zu vergleichen mit der Bestimmung z.B. der Fläche einer geometrischen Figur. Während letzteres rein deskriptiv Zahlenwerte zu Figuren zuordnet, beinhaltet der BMI ein normatives Element, eine Kategorisierung der Werte nach kritischen und normalen Zonen. Diese Kategorisierung findet sich jedoch nicht durch Anwendung von Naturgesetzlichkeiten oder ähnlichem, sondern durch konsensuelle Festlegung bestimmter Kategorien auf bestimmte Wertbereiche.

Im Folgenden wird dann ein solchermaßen als kritisch bezeichneter Wertebereich innerhalb der Argumentation um Risikofragen als Relevanzbeweis vorgelegt, um damit die Dringlichkeit der Behandlung von übergewichtsbedingten Risiken zu belegen.

Augenscheinlich liegt hier eine Art zweistufige Verschleierung normativer, d.h. im Grunde beeinflussbarer Aspekte vor.

Mit Hilfe von Zahlenwerten, die im Mantel der harten, wissenschaftlichen Fakten präsentiert und gehandhabt werden, wird belegt, dass sich das derzeit drängendste Gesundheitsproblem einem bestimmten Bereich der Körpergewichtsskala zuordnen lässt - indem wiederum eingehüllt in wissenschaftliche Zahlen, Daten und Fakten durch die wachsende Anzahl der in diesem Bereich angesiedelten Fälle auf seine Wichtigkeit geschlossen wird. (vgl. NIEHOFF 1990:88)

Normen und Grenzwerte finden sich jedoch nicht auf dem Wege der Erforschung von Naturgesetzlichkeiten, sie erfordern ein

bewertendes Element, einen vergleichenden Standpunkt. Relevanz kann nicht beurteilt werden aus Gesetzmäßigkeiten, sondern immer im Hinblick auf Begleitumstände wie das kulturelle, historische oder individuelle Umfeld des Bewerter. (vgl. ders.:28)

Dementsprechend verhält es sich mit der Risikobewertung. Wenn allein aus dem Vorliegen ansteigender Zahlen von übergewichtigen Bürgern auf Handlungsbedarf geschlossen wird, ein Häufigkeitsmaß also als Bedeutungsmaß interpretiert wird, (vgl. ders.:19) kehrt man den bewertenden Teil der Relevanzbeurteilung unter den Tisch. Dringlichkeit ergibt sich nicht aufgrund von Zahlenmaterial, sondern aufgrund dessen Bewertung und Anwendung auf Aspekte wie gesellschaftlich anerkannte oder auch individuelle Zielsetzungen.

Oder wie RESCHER 1983 sich ausdrückt: „The facts don't decide matters - people do“ (26)

Problematisch im vorliegenden Fall ist der Mechanismus, der unter wissenschaftlichem Deckmantel den Bewertungsprozess begleitet. Wenn von der Prävalenz der Dicken auf die Dringlichkeit des Problems geschlossen wird, diese Prävalenz jedoch von den - konsensuell und mit Hinblick auf bestimmte Interessenlagen erstellte - Normierungen abhängt, dann liegt nach NIEHOFF 1990 eine verhängnisvolle Gleichsetzung von Norm und Ziel vor. (89) Letztendlich ist damit jede beliebige Relevanz belegbar, es müssen nur die Normen passend bestimmt werden.

„Wer die Norm bestimmt, bestimmt also letztendlich das Gewicht des Problems und damit die Dominanz einer Auswahl von Interessen.“ (NIEHOFF 1990:20)

Hier wird deutlich, dass die Erstellung von Normierungen und Grenzwerten, die Festlegung von Normbereichen oder von als kritisch zu bewertenden Skalenbereichen mit immenser Ver-

antwortung verbunden und stets von den unterschiedlichsten Interessen begleitet ist. (vgl. RESCHER 1982:125) Sobald ein definierter Zustand als riskant bezeichnet wird, muss sich unweigerlich die Frage anschließen: *Von wem und für wen* wird der beschriebene Zustand als riskant bewertet?

Die entscheidende Frage in Risikobewertungsprozessen ist demnach nicht die nach dem Vorliegen eines Risikos, sondern die nach der Akzeptabilität von Risiken. Wird diese ethische Fragestellung vernachlässigt, verfehlt man das anvisierte Forschungsziel (vgl. DOUGLAS 1992:44)

Diese Betrachtungen verschieben die Fragestellungen im Zusammenhang mit Risiken von Übergewicht hin zu ethischen Fragestellungen. Die Verengung von individuellen Aspekten des menschlichen Körpers, wie durch die BMI-Normierung und die Verbindung bestimmter BMI-Werte mit erhöhter Morbidität geschehen, führt zu der Frage, wie mit Verschiedenheit und Individualität unter den Menschen in einer Gesellschaft umgegangen wird – und des weiteren, wie damit umgegangen werden soll.

Bereits vorliegende Differenzierungen zum Beispiel im Gesundheitswesen, wo bestimmte individuelle Risikokonstellationen mit (wenngleich nicht „schmerzhaft“) erhöhten Beiträgen zum Tragen kommen, (vgl. COSMOSDIREKT 2007) sind Ausdruck einer Mentalität, die „die Norm“, was immer sie für diese Gesellschaft sein mag, bevorteilt. Die Akzeptanz von Variabilität scheint sich in unserer Gesellschaft über Ausgleichszahlungen (monetärer oder anderer Art) zu regeln.

Wird Übergewicht als systemisches Risiko betrachtet, tut sich ein weiteres, damit zusammenhängendes Problem auf: Die Frage, was den „Normalbetrieb“ eines Systems ausmacht, der ja durch systemische Risiken beeinträchtigt wird.

Wie sieht das normale Systemfunktionieren z.B. eines sozialen Systems aus? Wann muss auf Ebene der (Re)Produktionsstrukturen eingegriffen werden, um auf systemische Risiken zu reagieren? Hier scheint die Notwendigkeit zur aktiven Gestaltung der Reproduktionsweise unserer Gesellschaft auf. Durch den systemischen Blick auf Risikofaktoren wird damit die Notwendigkeit der Bekämpfung oder Relativierung systeminterner Risiken ergänzt um die Notwendigkeit der Gestaltung der die Risiken konstituierenden Faktoren des Systems.

4.2 Zielkonflikte

a.) Gesundheit

Der Gebrauch des Begriffes der Gesundheit veranschaulicht mehrere Arten des möglichen Umgangs mit (biologischer und psychischer) Variabilität.

Gesundheit kann entweder als teleologisches Konzept begriffen werden; in diesem Verständnis ist die Aufgabe der Mediziner, Körper in einen als „gesund“ definierten Status zu bringen. Der Gegenentwurf wäre ein Gesundheitsbegriff, der auf eine Variation verschiedener Zustände eines Körpers angewendet werden kann, die von verschiedenen weiteren Variablen wie Alter oder individuelle Verfasstheit beeinflusst werden können.

Wird der Gesundheitsbegriff teleologisch aufgefasst, bestimmt sich der Gegenstandsbereich oft mittels einer Negativdefinition: Gesund ist, wer nicht krank ist. Das „Nicht-kranksein“ und auch das „Nicht-krank-werden“ wird dann laut NIEHOFF 1990 häufig zu einer Zielfunktion, die es zu erreichen gilt, ohne dass weiter nach Kriterien der Akzeptabilität oder (individuellen) Erwünschtheit gefragt wird. (vgl. NIEHOFF 1990:60)

Bei genauer Betrachtung findet sich die teleologische Gesundheitsdefinition auf zwei Ebenen:

1. Auf der Ebene des biologischen Körpers
2. Auf der Ebene des „sozialen Körpers“

Auf Ebene des biologischen Körpers wird Gesundheit als Abwesenheit von (drohender) Krankheit als Ziel durchgesetzt. Der Begriff des „social body“, wird von KENDALL/WICKHAM 1992 als Zustand der Gesellschaft beschrieben, auf den ebenfalls

der Begriff der physischen, mentalen und ökonomischen Gesundheit anwendbar ist. (vgl. KENDALL/WICKHAM 1992:10)

Auf dieser Ebene dient dann ebenfalls die Abwesenheit von schädigenden Störungen, von als krank definierten Zuständen, als Zielfunktion, wie z.B. bei der Gleichsetzung der Prädikate „gesund“ und „produktiv“ im Rahmen von Governmentality-Betrachtungen.

Die Definition von Gesundheit als Zielfunktion sieht sowohl vom individuellen Handeln und Empfinden als auch von individuellen körperlichen oder psychischen Verschiedenheiten ab.

Wenn jedoch Gesundheit als wichtigstes oder gar einziges Relevanzkriterium im Rahmen von Risikobewertungen genannt wird, bedarf dies einer Rechtfertigung, denn durch die Begrenzung auf die Gesundheit als Relevanzkriterium drohen individuelle biologische und mentale Merkmale von Menschen als krankhafte „Abweichungen“ kategorisiert zu werden, die durch Präventionsmaßnahmen auf die Norm herab gebogen werden müssen. (vgl. NIEHOFF 1990:3 und 60)

Was die Relevanz von Gesundheitsaspekten im individuellen Handeln betrifft, ist festzuhalten, dass, sobald riskantes Verhalten - wie oft propagiert - als individuell verursacht und vermeidbar präsentiert wird, nach Gründen dieses Verhaltens gefragt werden muss. Und dann werden möglicherweise individuell bedeutsamere Motive als Gesundheitsaspekte im menschlichen Handeln offenbar. In diesem Zusammenhang führen DAVISON ET AL 1992 eine Reihe kulturell etablierter Normen an, die Hindernisse auf dem Weg zu einer Verhaltensänderung im Sinne eines gesünderen Lebensstils darstellen, zum Beispiel kulinarische Traditionen, die fettreiche Ernährung beinhalten, Rauchen und Trinken von Alkohol als Identitätsmerkmale und die Verbindung von Verhaltensrisiko und Zugehörigkeitsritualen in bestimmten Gruppenkonstellationen. (97)

Hier wird deutlich, dass das gesellschaftlich normierte Ziel „Gesundheit“ mit diversen, individuell häufig bedeutsameren und handlungswirksameren Zielen kollidiert.²⁷ Die Betonung der Zielfunktion Gesundheit ergibt sich jedoch nicht als Selbstverständlichkeit, sondern erhielt ihre Bedeutung aus gesellschaftlichen Definitionsprozessen. Interessant wird hier die Frage, auf welchem Wege bestimmte Vorstellungen von Gesundheit und gesunder Lebensweise entstanden sind und wie sich unser heute angewendetes Wissen über Gesundheit durchgesetzt hat.

NIEHOFF 1990 plädiert aus den oben angeführten Gründen für einen Gesundheitsbegriff, der als Ausdruck einer physischen und psychischen Zustandsvielfalt begriffen werden kann und ein Relevanzkriterium unter vielen darstellt, wenn es um die Bestimmung von Risiken geht. (NIEHOFF 2ff)

Ein weiteres in der Risikodiskussion relevantes Kriterium ist der im Folgenden diskutierte Sicherheitsbegriff.

b.) Sicherheit

Die in Kapitel 3.4 angesprochene staatliche Kontrolle, zum Beispiel mittels einer mehr oder minder lückenlosen Kameraüberwachung in der Öffentlichkeit, wird von den propagierenden Organen mit Hinweisen auf die notwendige Verstärkung der Sicherheit der Bevölkerung gerechtfertigt. Auch Maßnahmen zur Prävention und Verminderung von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung werden teilweise unter Sicherheitsaspekten diskutiert, zum Beispiel wenn dicke Menschen unter dem

²⁷ Dazu und zu den ethischen Aspekten dieser Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft mehr im Teil 4.3 Mittelkonflikte.

Generalverdacht der Frühberentung als soziale Risikofaktoren gehandhabt werden. Oder wenn der mögliche finanzielle Kollaps des Krankenversicherungssystems aufgrund von immer mehr und immer kränkerer Versicherter mit Übergewicht diskutiert wird.

Höherstufig herrscht zur Zeit große Verwirrung in Bezug auf die Sicherheit der Informationen zum Thema Übergewicht in der Bevölkerung, z.B. ob tatsächlich von einem Anstieg der Zahl der Übergewichtigen gesprochen werden kann, oder ob noch nicht untersuchte Aspekte eine Rolle spielen, oder auch schlichtweg: wie groß tatsächlich das Wachstum der Zahl übergewichtiger Menschen ist.

Sicherheit erscheint hier als eine Zielfunktion, die es zu untersuchen gilt, denn der Begriff der Sicherheit ist definitorisch ähnlich schwer zu greifen wie der der Gesundheit. (vgl. BECHMANN/WOLF 1995:105)

Eine erste begriffliche Klärung ergibt sich aus der Unterteilung der Ausdeutung des Begriffs in eine rein deskriptive Variante und eine relative Variante.

Rein deskriptiv bedeutet Sicherheit die Abwesenheit von Unsicherheit, also eine Wahrscheinlichkeit von 100%, dass ein Ereignis eintritt oder ausbleibt. In Bezug auf Risikoüberlegungen ist dies ein Idealfall, der beispielsweise jeglichen Schaden per definitionem ausschließt.²⁸

Risikotheoretisch fruchtbarer ist der Sicherheitsbegriff, wenn er im Zusammenhang mit bestimmten normierten Standards untersucht wird. Der Begriff wird dann als Zuschreibung konsensuell konzipiert. Die Frage ist dann nicht mehr: ist das sicher? Sondern: wie sicher ist das? (vgl. BIRNBACHER 1996:21)

28 Genau genommen verlässt man mit dem Feststellen der 100%igen Sicherheit des Auftretens oder Ausbleibens eines Ereignisses schon den Bereich der Risikobetrachtungen, denn der Risikobegriff bezieht sich immer auf Möglichkeiten, d.h. er ist an die Kontingenz der Folgeereignisse gebunden.

BIRNBACHER 1996 unterscheidet diese beiden Aspekte des Sicherheitsbegriffes in die epistemische, *beschreibende* Sicherheit: certitudo und die reale, *zugeschriebene* Sicherheit: securitas. (21)

Wird mit dem risikothoretischen Begriff der securitas gearbeitet, kann es demnach kein „richtiges“ Maß an Sicherheit geben, sondern stets nur ein „angemessenes“, ein Ausmaß an Sicherheit, dass sich anhand bestimmter normativer Komponenten und relativ zu einem definierten Niveau der Bedürfnisbefriedigung ausmisst. (vgl. BIRNBACHER 1996:25)

Diese Maßfindung gestaltet sich als Frage der Akzeptabilität – wie viel Sicherheit soll unter Aufgabe von welchen Freiräumen eingerichtet werden? (vgl. BANSE 1996:22)

Hier scheinen zwei Aspekte der Setzung von Sicherheitsstandards auf: Zum einen müssen auf der konstitutiven Seite Standards von Menschen (Gruppen, Experten,...) gesetzt werden, zum anderen werden die Auswirkungen dieser Setzungen für bestimmte Gruppen von Menschen spürbar.

Daraus ergeben sich Fragen der Legitimierung der Setzung von Sicherheitsstandards, ebenso wie Fragen der Gerechtigkeit bzw. der Rechtfertigung zum Beispiel wenn kleinere Gruppen zugunsten der Sicherheit von größeren Gruppen in ihrer Freiheit eingeschränkt werden. Diese Freiheit kann zum Beispiel aus der Wahl der Gestaltung der eigenen Ernährung, der Bewegungsgewohnheiten oder der Ausgestaltung der Körperformen bestehen.

Parallel dazu werden Fragen der Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen relevant, besonders wenn es sich um Entscheidungen handelt, die zukünftige Generationen betreffen werden. Diese können nicht in einem aktuellen Diskussionsprozess ihre Stimme einbringen, d.h. deren Leben wird ihnen in Bezug auf die Auswirkungen solcher gegenwärtiger Entscheidungen schon heute parziell mitbestimmt. Andererseits

können wir auch nur auf Grund unserer Annahmen über die Wünsche und Notwendigkeiten der uns nachfolgenden Generationen operieren und Abwägungsprozesse zwischen den Bedürfnissen heutiger und zukünftiger Menschen sind so stets von einer Asymmetrie der augenscheinlichen Relevanz bestimmt. Die laufende Diskussion um einen nachhaltigen Umgang mit unserem Planeten ist von diesen Überlegungen gezeichnet.

Im Hinblick auf die vielschichtigen Risiken im Zusammenhang mit Übergewicht in der Bevölkerung zeigt sich die Frage der Verantwortungszuschreibung als besonders schwierig.

BECHMANN/WOLF 1995 halten fest, dass die Folgen des wissenschaftlichen Fortschritts in funktional-differenzierten Gesellschaften nicht mehr in einer Hand, zum Beispiel der von Wissenschaftlern oder Politikern liegen, (108) (vgl. auch BANSE 1996:33 und JAPP 2000:13) analog lässt sich festhalten, dass auch Auftreten und Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas nicht pauschal der individuellen Verantwortung der Betroffenen zugeschrieben werden kann – ebenso wenig wie die Risiken, die gesellschaftlich und vor allem auch durch Unterstützung der Medien aus der Problemstellung des wachsenden Übergewichts in der Bevölkerung beobachtet bzw. konstruiert werden.

Sicherheit ist, ebenso wie die Gesundheit, ein Grundgut unserer Gesellschaft, jedoch nicht das einzig relevante. BIRNBACHER 1996 nennt beispielsweise das pure Überleben als weiteres Grundgut, das oft genug handlungsstiftend wirksam wird. (25)

Wie oben festgehalten werden bei der Festlegung bestimmter Sicherheitsstandards gesellschaftlich relevante Aspekte und Normen wirksam. In der Konsequenz bedeutet dies, dass nicht nur der in unserem Kulturkreis etablierte Sicherheitsstandard sondern überhaupt die hohe Bewertung der Sicherheit als Grundgut unwirksam wird, sobald wir unseren Kulturkreis verlassen.

BIRNBACHER 1996 führt hier beispielsweise die Problematik der Gentechnik bei der Lebensmittelerzeugung an. Aus der Tatsache, dass dieses Verfahren in unserem Kulturkreis als sicherheitsgefährdend gehandhabt wird, und deren positive Auswirkungen hierzulande die möglichen negativen Folgen nicht aufwiegen können, lässt sich nach BIRNBACHER nicht ableiten, dass dies auch für Kulturen gilt, in denen die Gentechnik zur Beseitigung von Hungersnöten beitragen kann. (26)

4.3 Interessenkonflikte und Freiheit

Die in den Kapiteln 2 und 3 zusammengetragenen Risikokonzepte dienen in Ihrer Anwendung auf das Themenfeld Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung nicht zuletzt der Eruierung entsprechender Maßnahmen. Neben den oben angesprochenen Zielkonflikten kommt dabei eine weitere ethische Dimension zu tragen. Diese entspinnt sich ursprünglich aus der Frage nach der Verteilung der Verantwortung für die Folgen von Handlungen und Unterlassungen auf das Individuum bzw. den Staat und mündet in der Frage, ob bzw. wann gesetzliche Restriktionen oder Sanktionen im Hinblick auf die Lebensumstände der Bürger erlaubt sein sollten.

Oder, sehr vereinfacht ausgedrückt: Darf oder muss der Staat die Bürger „zwingen“, einen als gesund definierten Lebensstil zu verfolgen?

Ein Aspekt ist hier der der gerechten oder angemessenen Verteilung von Vorteilen bzw. Freiheiten und Nachteilen bzw. Einschränkungen innerhalb der Bevölkerung. Dieser Aspekt soll im folgenden Kapitel näher untersucht werden.

Ein weiterer Ansatz thematisiert den Grad der Verantwortung des Staates gegenüber dem Erhalt des Wohles des Einzelnen.

Beispielsweise sieht unsere Gesetzgebung vor, in bestimmten Fällen eine offensichtliche Gefährdung des individuellen Lebens durch den Betroffenen selbst durch gesetzliche Regelungen und Maßnahmen zu unterbinden. Denkbar wären hier Maßnahmen der Erklärung der geistigen Unzurechnungsfähigkeit und/oder Zwangsernährung, falls ein Mensch droht, sich zu Tode zu hungern.

Bei der Diskussion von Risiken der Überernährung bzw. ungesunden Lebensweise stellt sich damit die Frage, ob auch im Falle der offensichtlichen drohenden Gefährdung des individuellen Lebens durch Überernährung eine entsprechende gesetzliche Regelung greifen könnte um die Verantwortung für das Leben des Betroffenen zu übertragen. Auch hier stünde der Aspekt des Erhalts der körperlichen Gesundheit und in letzter Instanz des Lebens des Betroffenen im Vordergrund. An dieser Stelle wird deutlich, wie notwendig eine strikt einzelfallbezogene Bestimmung der tatsächlichen Risiken einer bestimmten körperlichen Konstitution (Größe, Gewicht, Anteil und Verteilung von Fett im Körper, Anteil der Muskelmasse,...) sein kann und wie unzureichend eine pauschale Beurteilung beispielsweise per BMI erscheinen kann. Den Bewertungen der tatsächlichen Risikokonstellationen käme in einem solchen Fall immens große Bedeutung zu.

KÖHLER 1992 diskutiert einen weiteren Aspekt der staatlichen Eingriffstiefe, die Frage nach der Konstellation aus individuellen und öffentlichen Interessen, am Beispiel der Einführung der Gurtpflicht in Automobilen in den 70ern des letzten Jahrhunderts:

Die zentrale Frage innerhalb der Diskussionen um staatliche Maßnahmen zum Gebrauch von Sicherheitsgurten war, ob Menschen gezwungen werden sollten, Gurte zu ihrer eigenen Sicherheit zu tragen, oder ob damit ein nicht zu verantwortender Eingriff in das persönliche Selbstbestimmungsrecht der Autofahrer stattfände. (15)

In welchem Umfang darf ein Bürger von staatlicher Seite zu seinem eigenen Besten gezwungen werden?

Dieser Punkt wird ganz besonders im Rahmen von Gouvernmentality-Ansätzen, wie in Kapitel 1.5 und 3.4 diskutiert, relevant. Innerhalb dieser Ansätze wird die Beziehung zwischen Staat und Bürger als deutlich staatlich interessen-geleitet dargestellt, mit dem Ziel, die Risiken zu mindern, denen sich die Bürger aussetzen.

Die Diskussion um Begriff und praktische Konsequenzen der individuellen Freiheit des Menschen lässt sich mit Immanuel Kant und seiner Bestimmung des Autonomieprinzips des Menschen auf folgende Unterscheidung zuspitzen:

1. negative Bestimmung des Freiheitsbegriffs: frei sein von Zwängen
2. positive Bestimmung des Freiheitsbegriffs: frei sein zur Selbstbestimmung

(vgl. KPV:45)

Im Spannungsfeld dieser beiden Ausdeutungen des Freiheitsverständnisses bewegt sich auch die Frage nach der Eingriffsautorität des Staates in die individuelle Freiheit der Bürger. Denn nach Kant soll der Mensch zwar reichlich Gebrauch von seinem Selbstbestimmungsrecht machen²⁹, indem er sich der eigenen Vernunft bedient, statt sich von fremden Autoritäten leiten zu lassen, damit jedoch wird jeder Fall prekär, in dem der Einzelne der Erhaltung seines Selbstbestimmungsrechtes zuwider handelt. Drogenkonsum oder Autofahren ohne Gurt sind zwei Beispiele, bei denen (im ersten Fall direkt, im zweiten

²⁹ Da die Autonomie nach Kant als Grundlegung der Menschenwürde gilt.

indirekt) die Fähigkeit zur weiteren autonomen Selbstbestimmung negiert wird.

Bezogen auf das Thema Übergewicht und Lebenswandel stellt sich also die Frage, ob die Freiheit von gesetzlichen Restriktionen im Feld des individuellen Lebensstils hier vorrangig zur Geltung kommt, oder ob nicht das Risiko, durch einen ungesunden Lebenswandel Einschränkungen hinsichtlich seiner Autonomie zu erleiden oder gar zu sterben, die Autonomie des Einzelnen gefährdet.

Immerhin, vergleichbare Gefährdungen der individuellen Autonomie sind hierzulande staatlich sanktioniert, wie an den Beispielen Gurtpflicht und Zwangsernährung gezeigt wurde.

Würde ein wie auch immer durchgesetzter gesetzlicher Zwang zum gesunden Lebenswandel sich dementsprechend günstig auf die individuelle Autonomie des Einzelnen auswirken? Oder muss davon ausgegangen werden, dass schließlich jeder Lebensstil bestimmte Risiken birgt (und das Leben früher oder später definitiv mit dem Tod beendet wird) und allein aus der Definition bestimmter Risiken als nicht zulässig noch keinerlei Hinweis auf die Beweggründe derjenigen entnommen werden kann, die diese Risiken eingehen – und damit auch keine ethischen Implikationen im Hinblick auf deren Handlungen gezogen werden können?

Im Falle der Gurtpflicht wurde zu Gunsten der Restriktion und somit zu Ungunsten der persönlichen Wahlfreiheit entschieden mit der praktisch orientierten Begründung, dass die individuelle Fähigkeit, nach einem Autounfall den Beteiligten Hilfe leisten zu können mit Verwendung eines Gurtes eher erhalten bleibt, oder zumindest die Chance höher ist, dass der Angegurtete noch fähig ist, Hilfe zu leisten. (vgl. KÖHLER 1992:15) Das Problem wurde auf diesem Wege unter Anwendung

utilitaristischer Motive und unter Umgehung des Hauptschauplatzes gelöst.

Wendet man die Lösung der Gurtfrage auf Risiken an, die mit dem Auftreten von Folgeerkrankungen von Adipositas verbunden werden, dann wären gesetzliche Regelungen möglich, sobald der körperliche oder geistige Zustand der Betroffenen weitere Bürger tangiert oder direkt betrifft, sei es körperlich, geistig oder auch finanziell.

Jedoch gilt es dann zu bedenken, dass im Falle des Autofahrens ohne Gurt die Verursachungsfrage beim Fahren ohne Gurt ohne Zweifel beantwortet werden kann. Im Falle der Adipositas steht eben diese Verursachung und damit die Frage nach der Verantwortung nach wie vor zur Diskussion.

4.4 Gerechtigkeitsfragen

Untersucht man das Themenfeld der Risiken der Adipositas im Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte, finden sich diverse Ansatzpunkte:

Wie lassen sich beispielsweise Mehrkosten aus medizinischen Behandlungen für unterschiedliche Krankheiten gerecht verteilen? Was bedeutet Gleichbehandlung aller Bürger? Dass alle gleich gesund, gleich normalgewichtig sein sollten?

Nach Aristoteles ist die Gerechtigkeit, eine auf Gleichheit bedachte Haltung. Er unterscheidet

1. distributive Gerechtigkeit als die Verteilung von Rechten und Pflichten und
 2. kommutative Gerechtigkeit, die in Vertragsregelungen, Tausch und Wiedergutmachung von Schaden wirksam wird.
- (vgl. EN 1134a, 25-30)

Gerecht bedeutet in diesem Sinne Gleichheit der Verhältnisse und Gleichheit vor dem Gesetz.

John Rawls Konzept der Gerechtigkeit lässt sich in zwei Grundsätzen zusammenfassen:

1. Jeder soll Talente und Lebenspläne verwirklichen können
2. Bedingungen sozialer Gerechtigkeit sollen verhindern, dass Ungleichheiten im Hinblick auf Realisierungschancen entstehen

(vgl. RAWLS 1996)

Beide Ansätze schließen Individualität, auch im Hinblick auf Gesundheitszustand und Körperformen nicht aus, Aristoteles' Vorstellungen beinhalten sogar explizit eine relationale Betrachtung von z.B. Verteilungsvorgängen. Diese Relativität

kann aufgrund von individuellen oder gruppenspezifischen unterscheidenden Merkmalen zur Anwendung kommen.

Mit beiden Konzepten lassen sich auch beispielsweise Ausgleichszahlungen für höhere Kosten, die bestimmte Lebensstile verursachen, begründen.

Jedoch kann dies nur gelten, wenn von der freiwilligen Ausübung der die Unterscheidung konstituierenden Handlung ausgegangen werden kann, auf das vorliegende Thema bezogen heißt das: wenn Risiken bewusst und willens eingegangen werden.

Im Falle der Risiken im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas steht die Gruppe der sozioökonomisch benachteiligten Menschen als deutliche Gefahrengruppe im Fokus der Aufmerksamkeit. Augenscheinlich haben weit mehr Angehörige dieser Gruppe größere Schwierigkeiten, einen Lebensstil zu praktizieren, der sich auch in einem normalgewichtigen Körper widerspiegelt, als Angehörige von Gruppen mit höherem sozioökonomischem Status.

Die Betroffenen sind hier mit einer gedoppelten Problemlage konfrontiert, die sich quasi selbst reproduziert:

Zum einen besteht ein deutlich höheres Risiko für die Ausbildung von Übergewicht oder Adipositas, weil die Lebensumstände ungesunde Ernährung und mangelnde Bewegung begünstigen und Lebensstiländerungen deutlich erschweren, andererseits werden genau diese Lebensstilmuster auch in der Erziehung wieder weitergegeben, womit den folgenden Generationen die Wahl einer gesünderen Lebensweise sehr erschwert wird.

DAVISON ET AL 1992 sehen hier den individuellen Lebensstil in die gegebenen sozialen und ökonomischen Strukturen eingebettet und weisen diesbezüglich auf die bestehende relative Ungleichheit in einer spezialisierten Gesellschaft hin. Somit müsse von einer großen Ungleichheit in der Relevanz von Lebensstil-

änderungen verschiedener Individuen und Gruppen ausgegangen werden. (99)

Bezogen auf Aspekte der Gerechtigkeit fragt sich also, ob an die Angehörigen der verschiedenen Schichten wirklich das gleiche Maß angelegt werden kann, wenn es um Vorgaben zur Gestaltung des täglichen Lebens geht.

Mit Aristoteles Vorstellung von kommutativer Gerechtigkeit geht insofern die Vorstellung von individuell angemessenen Mehrzahlungen im Krankenversicherungssystem aufgrund von übergewichtsbedingt erhöhten Erkrankungsrisiken konform, jedoch kann im Hinblick auf den Aspekt der distributiven Gerechtigkeit gesagt werden, dass eventuell gruppenspezifische Merkmale und Bedingungen vorliegen, die zumindest für Teile der Betroffenen als Angehörige von sozioökonomisch benachteiligten Schichten in Bezug auf ihre Pflichten relativiertes Maßnahmen erfordert.

KÖHLER 1992 beschreibt als Beispiel eines gelungenen Präventionsprogrammes die Einführung der allgemeinen Gurtpflicht beim Autofahren. (vgl. KÖHLER 1992:15f) Hier konnte innerhalb einer Gruppe von Menschen (den Autofahrern) relativ pauschal beurteilt werden, inwiefern Einschränkungen der Bequemlichkeit in Kauf genommen werden müssen und inwiefern dadurch Vorteile im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Fahrer und Passagiere nach einem Unfall errungen werden können.

Überlegungen zu Risiken des Übergewichts und möglichen Präventionsstrategien stellen sich dagegen weitaus komplexer dar, nicht zuletzt, weil die wahrgenommenen Risiken sich weit über die als Verursacher angeprangerte Bevölkerungsgruppe hinaus erstrecken.

Wenn Adipositas jedoch als „Unterschichtproblem“ behandelt und bekämpft wird, indem sie als Problem betrachtet wird, mit dem die sozial Benachteiligten sozusagen „gerechtfertigter“ Weise aufgrund ihres Lebensstils zu kämpfen haben, wird der Anteil

der restlichen Gesellschaft (als Umwelt der sozial und ökonomisch benachteiligten Gruppen) sowie weiterer Faktoren an den Lebensbedingungen der Betroffenen ausgeblendet.

Dazu ROSENBROCK 2004:

„...immer noch sehr beliebt ist die Übung, lediglich den Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit zu betrachten und daraus zu schließen, dass die sozial weniger gut Gestellten selbst Schuld an ihrem kürzeren Leben und ihrem Mehr an Krankheit sind. Die Ausblendung der dahinter liegenden Variablen verstellt den Blick und den Weg zu zielführenden Fragen und Politiken und führt bekanntlich stattdessen geradewegs zur Verhöhnung der Opfer (...) Dies ignoriert sowohl die sozialen Determinanten von Verhalten als auch die Tatsache, dass die Ungleichheit von Gesundheitschancen sich nur zu einem Teil aus unterschiedlichem Gesundheitsverhalten erklärt. (ROSENBROCK 2004:43, mit Verweis auf LANTZ ET AL 1998)

Es findet ein Zuschreibungsprozess statt, der die Verantwortung und damit auch die Verantwortung der Auswirkungen (z.B. finanzieller Art) allein den Angehörigen einer bestimmten Gruppe anlastet. Die Gruppe kann damit auch als Sündenbock für Probleme dienen, die auf diese Weise - losgelöst von ihren vielschichtigen Ursachen - jedoch nicht hinreichend betrachtet und behandelt werden können. Dieses Problem verschärft sich noch mit jeder Generation, die unter Lebensbedingungen aufwächst, die gesunde Ernährung und Bewegung erschweren³⁰.

Solange jedoch Entscheidungen für bestimmte Präventionsstrategien getroffen werden, wird es Gruppen geben, die zu diesen Maßnahmen (besseren) Zugang haben bzw. die mit diesen

³⁰ Und dies obwohl offensichtlich kein Kind dafür verantwortlich gemacht werden kann, in welche Schicht und damit in welche Lebens- und Sozialisationsbedingungen es hineingeboren wird.

Maßnahmen arbeiten können und andere, die davon ausgeschlossen werden, weil Ressourcen nicht oder nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind. Insofern bedeutet die Ergreifung einer bestimmten Maßnahme immer auch eine Entscheidung im Hinblick auf den gruppenspezifischen Umgang mit bestimmten Risiken, wie dem steigenden Übergewicht und dessen Folgen. Oder mit anderen Worten: Es findet eine Entscheidung über die Verteilung von bestimmten Risiken auf bestimmte Gruppen statt. (vgl. BANSE 1996: 58f)

Die Frage, wie die Verantwortungszuschreibung in Bezug auf bestimmte Risikokonstellationen in einer Gesellschaft gehandhabt wird, hat nicht zuletzt deutlichen Einfluss auf die Entwicklung von und die Entscheidung für konkrete Maßnahmen. Auch im Zusammenhang mit Gerechtigkeitsaspekten ist hier die grundlegende Frage, wie zum Beispiel die Verantwortung für einen gesunden Lebenswandel auf Individuen, bzw. ihre Primärgruppen und auf die Öffentlichkeit, die Gemeinschaft verteilt wird.

KÖHLER 1992 hält hier fest, dass möglicherweise der Schluss angebracht ist, dass Individuen nur dann einen gesünderen Lebensstil wählen können, wenn die Bedingungen z.B. am Arbeitsplatz und im Wohnort gesundheitsfördernd sind. Und wenn dieser Schluss gezogen wird, dann solle die Verbesserung eben dieser Lebensumstände primäres Ziel präventiver Maßnahmen sein, und eben nicht die alleinige Aufklärung der Betroffenen über Ernährung und Bewegung. (vgl. KÖHLER 1992:25)

FÄH 2004 bringt diese Ansätze auf den Punkt und fordert umfassende Modifikationen der Präventionsstrategien, die eine „Entgiftung der Umwelt“ (2213) sowie den Miteinbezug des gesamten sozialen Umfeldes betroffener Gruppen beinhalten.

Mit den Diskursen über Maßnahmen präventiver oder behandelnder Art über Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung findet man sich so schnell bei ganz grundlegenden ethischen Fragen zu Themen der Legitimierung von Definitionsmacht und zu Verfahrensfragen beim Prozess der Normierung, Fragen nach dem Umgang miteinander und mit Minderheiten, nach Möglichkeiten der Partizipation an Entscheidungsprozessen und nach den Einflüssen von Interessen. (vgl. BECHMANN/WOLFF 1995:109)

Die Schlüsselfrage ist daher bei der Betrachtung ethischer Konsequenzen von Gesundheits- und Sicherheitsstandardisierungen nach NIEHOFF 1990: Wer gestaltet für wen mit welcher Konsequenz das Leben? (vgl. NIEHOFF 1990: Vorwort,3)

5 Literatur

Aristoteles (EN): Nikomachische Ethik, Übers. v. Eugen Rolfes, hrsg. von Günther Bien, 4. durchges. Aufl., Hamburg: Meiner 1985

Banse, Gerhard (1996): Herkunft und Anspruch der Risikoforschung, in: ders. (Hg.): Risikoforschung zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Von der Illusion der Sicherheit zum Umgang mit Unsicherheit, Berlin: Edition Sigma, S.15-72

Barnett, Richard (2005): Historical keywords: Obesity, in: The Lancet Nr.365, 28.5.2005, S.1843

Bechman, Gotthard/Wolf, Stefan (1995): Risiko - das heiße Eisen der Technikbewertung, in: Christoph Hubig/Jürgen Albers (Hg.): Technikbewertung. Sendetexte des Funkkollegs „Technik: einschätzen - beurteilen - bewerten“, Weinheim/Berlin: Beltz, S. 93-114

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Bergmann, Karl E./Bergmann, Renate L./Richter, Rolf (2005): Epidemiologie der Adipositas von Erwachsenen in Europa, in: Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Birnbacher, Dieter (1996): Sicherheit und Risiko - Philosophische Reflexionen, in: Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (Hg.): Wie gehen wir künftig mit den Risiken der Informationsgesellschaft um? Interdisziplinärer Diskurs zu querschnittlichen Fragen der IT-Sicherheit, Ingelheim: SecuMedia Verlag, S. 19-37

Bonß, Wolfgang (1996): Die Rückkehr der Unsicherheit. Zur gesellschaftstheoretischen Bedeutung des Risikobegriffs, in: Gerhard Banse (Hg.): Risikoforschung zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Von der Illusion der Sicherheit zum Umgang mit Unsicherheit, Berlin: Edition Sigma, S.165-184

CosmosDirekt (2007): Aus dem Sofort-Antrag der CosmosDirekt Versicherung (Berufsunfähigkeits-Schutz) von 06/2007 (Siehe auch Anhang 1)

Davison, Charlie/Frankel, Stephen/Smith, George Davey (1992): 'To hell with tomorrow': Coronary heart disease risk and the ethnography of fatalism, in: Sue Scott/Gareth Williams/Stephen

Platt/Hilary Thomas (Hg): Private Risks & Public Dangers, (Explorations in Sociology No. 43), Aldershot u.a.: Avebury

Denney, David (2005): Risk and Society, London: SAGE Publications

Douglas, Mary (1992): Risk and Blame. Essays in cultural theory, New York: Routledge

Fäh, D. (2004): Mögliche Ansätze für die Primärprävention von Adipositas, in: Schweizerische Ärztezeitung, 2004/85, Nr. 41, S. 2212-2215

Gottschalk-Mazouz, Niels (2007): Risikokulturen, erscheint in Köngeter, J. (Hg.): Sicherheit und Risiko wasserbaulicher Anlagen (37. IWASA Internationales Wasserbau-Symposium Aachen), Aachen: Shaker

Greiner, Birgit/S. Leonard Syme (1994): Individuen- oder verhältnisbezogene Risikofaktoren? Epidemiologische Perspektiven und Beispiele aus einem Präventionsprojekt mit Busfahrern in San Francisco, in: Rolf Rosenbrock et al (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftlichen Strategien der Gesundheits-sicherung, Berlin: Edition Sigma, s. 139-159

Hauner, Hans (1996): Gesundheitsrisiken von Übergewicht und Gewichtszunahme, in: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 51-52, 23. Dez. 1996 (35), S. 3405-3409

Hebebrand, Johannes et al (2004): Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.101, Heft 37, 10.9.2004, S.2468-2474

Heindl, Ines (2004): Ernährung, Gesundheit und institutionelle Verantwortung - eine Bildungsoffensive, in: Ernährungsumschau 51(2004), Heft 6, S. 224-230

Herden, Birgit (2007): „Abspecken! - Die Deutschen sind viel zu dick. Damit das Fett schwindet, müssen wir lieben Gewohnheiten abschwören“ in: DIE ZEIT Nr.20/10.Mai 2007, S. 37/38

Japp, Klaus Peter (2000): Risiko, Bielefeld: transcript

Jungermann, Helmut/Slovic, Paul (1993): Charakteristika individueller Risikowahrnehmung, in: Bayerische Rück (Hg): Risiko ist ein Konstrukt. Wahrnehmungen zur Risikowahrnehmung, München: Knesebeck S. 89-108

Kant, Immanuel (KPV): Kritik der praktischen Vernunft, Hamburg: Meiner 2003

Kendall, Gavin/Wickham, Gary (1992): Health and the social body, in: Sue Scott/Gareth Williams/Stephen Platt/Hilary Thomas (Hrsg.): Private Risks & Public Dangers, (Explorations in Sociology No. 43), Aldershot u.a.: Avebury

Klotter, Christoph (1990): Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem, Heidelberg: Asanger

Köhler, Barbara Maria (1992): Adaption of the Health System to the Risk Structure of Modern Society in the Federal Republic of Germany, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): Grünbuch „Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten“, Brüssel, 18.12.2005 KOM (2005), S. 637

Kornwachs, Klaus (2001): Ulrich Beck – Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, 1986, in: Christoph Hubig/Alois Huning/Günter Ropohl (Hg.): Nachdenken über Technik. Die Klassiker der Technikphilosophie, Berlin: Edition Sigma, S. 67-71

Lantz, P.M./House, J.S./Lepkowski, J.M./Williams, D.R./Mero, R.P./Chen, J. (1998): Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality, Journal of the American Medical Association, Vol.279, 1703-1708

Leppin, Anja (1994): Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen, (Reihe: Gesundheitsforschung, hrsg. Von Bernhard Badura/Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser), Weinheim/München: Juventa Verlag

McNeil, Maureen/Litt, Jacqueline (1992): More medicalizing of mothers: Fetal alcohol syndrome in the USA and related developments, in: Sue Scott/Gareth Williams/Stephen Platt/Hilary Thomas (Hrsg.): Private Risks & Public Dangers, (Explorations in Sociology No. 43), Aldershot u.a.: Avebury, S. 112-132

Neitzke, H.-Peter (2007): Systemische Risiken, Diskussionspapier des BMBF-Projektes "Sozial-ökologische Forschung/Strategien zum Umgang mit systemischen Risiken" 03/2007

Nestle, Marion (2003): The Ironic Politics of Obesity, in: Science Nr. 299, 7.2.2003

Neugebauer, Hedwig (1976): Der Einfluß von inneren und äußeren Reizbedingungen auf das Eßverhalten übergewichtiger und

normalgewichtiger Kinder. Eine experimentelle Studie, Dissertation Universität Köln

Niehoff, Jens-Uwe (1990): Ernährung und Prävention. Körpergewichte – ein Beispiel präventionstheoretischer Probleme, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

OECD (2003): Emerging Systemic Risks in the 21st Century: An Agenda for Action, Paris: OECD

Opty, H. (2001): Adipositas – eine Krankheit? In: PrimaryCare 2001/1, S. 646-647

www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-21/2001-21-177.pdf

(29.06.07)

Perrow, Charles (1987): Normale Katastrophen, Frankfurt am Main: Campus

Rawls, John (1996): Eine Theorie der Gerechtigkeit, übers. v. Hermann Vetter, 9.Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp

Renn, Ortwin (2005): Risk Governance – towards an integrative approach. White paper International Risk Governance Council, Genf

Rescher, Nicholas (1983): Risk. A Philosophical Introduction to the Theory of Risk Evaluation and Management, Washington: University Press of America

Rosenbrock, Rolf (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des §20 Abs.1 SGB V durch die GKV, in: Rolf Rosenbrock/Michael Bellwinkel/Alfons Schröer (Hg): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, hrsg. vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S.7-149

Rosenbrock, Rolf/Michel, Claus (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Statistisches Bundesamt (2004): Leben in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2003, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

WDR (2007): Warum werden unsere Kinder immer dicker? Sendung aus der Reihe „Quarks & Co“ des Westdeutschen Rundfunks vom 26.06.2007

Begleitinformationen: http://stat.wdr.de/cgi-bin/wdr/RD/www.quarks.de/pdf/Q_Dicke_Kinder.pdf

Weichselgartner, Jürgen (2001): Naturgefahren als soziale Konstruktion. Eine geographische Beobachtung der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Naturrisiken, Dissertation Universität Bonn

WHO (2004): Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, WHO Technical Report Series 894, Genf: World Health Organisation

Wirth, Alfred (2006): Stellungnahme im Rahmen der Änderung der Anlage 8 der AMR über den Ausschluss von Lifestyle-Arzneimitteln nach §34, Absatz 1, Satz 7 nF SGB V, Deutsche Adipositas-Gesellschaft
www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Stellungnahme-2006-08-28.pdf (29.06.07)

Zubrängel, Sabine/Settertobulte, Wolfgang (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen, in: Wolfgang Melzer, Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.)(2003): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim und München: Juventa

Zwahlen, Marcel/Egger, Matthias (2005): Prävention und Gesundheitswesen: Übergewicht, Adipositas und Evidenz, in: Schweiz Med Forum 2005/5, S.32-34
www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2005/2005-01/2005-01-323.pdf (12.01.07)

6 Anhang

Anhang 1:

Aus dem Sofort-Antrag der CosmosDirekt Versicherung
(Berufsunfähigkeits-Schutz)
Von 06/2007

„Ein Mehrbeitrag ist zu zahlen, wenn folgende erhöhte Risiken vorliegen:

Falls Sie sich einer dieser Gefahrengruppen zuordnen können, erhöht sich Ihr Beitrag wie folgt:

		Basis-Schutz	Comfort-Schutz
Monatliche Rente ab 50% Berufsunfähigkeit		750.- Euro	750.- Euro
Gefahrengruppe			
Freizeit Motorrad fahren etc. 60	bis Endalter (monatlicher Tarifbeitrag)	0,07 Euro (0,18 Euro)	0,06 Euro (0,19 Euro)
Raucher 60 (monatlicher Tarifbeitrag)	bis Endalter	0,41 Euro (1,03 Euro)	0,41 Euro (1,05 Euro)
Sportliche Aktivitäten 60 Paragliding, Fallschirmspringen, Alpin-Skilaufen außerhalb öffentl. Pisten, etc.	bis Endalter (monatlicher Tarifbeitrag)	0,22 Euro (0,56 Euro)	0,22 Euro (0,58 Euro)
Erhöhtes Gewicht 60 (Gewicht in kg größer als Körpergröße in cm minus 80)	bis Endalter (monatlicher Tarifbeitrag)	0,11 Euro (0,27 Euro)	0,11 Euro (0,28 Euro)
Extrem-Sportarten z.B. Bungeespringen		Nur auf Anfrage	Nur auf Anfrage“

Das verwendete Körpergröße/Gewichtsverhältnis berechnet sich also mit folgenden BMI-Werten:

160	80 kg	→ BMI 31.25
165	85 kg	→ BMI 31.22
175	95 kg	→ BMI 31.02
179	99 kg	→ BMI 30.89
185	105 kg	→ BMI 30.67
190	110 kg	→ BMI 30.47

Das Verhältnis von Muskelmasse/Fettanteil im Körper wird hier nicht berücksichtigt.

Bei einer Einzahlungsdauer von 30 Jahren entspricht dies für Übergewichtige **39,60 Euro Mehrbetrag** insgesamt.

(Laufzeit = 360 Monate/30 Jahre).

Zum Vergleich:

für

Raucher: 147,60 Euro

Sportler: 79,20 Euro

Motorradfahrer: 25,20 Euro

III Krankheit und Gesundheit aus Sicht der philosophischen Phänomenologie

Eine Literaturübersicht mit Schwerpunkt auf den Klassikern

Zeljko Radinkovic*

Inhalt

1	Einleitung.....	158
2	Psychosomatik als Ontologie der Krankheit	163
3	Theorie und Praxis der Medizin und die Idee der Natur.....	174
4	Die Grundlegung der Pädagogik der Heilung in der „biologischen Normalität“ ...	177
5	Die Apriorität der Gesundheit. Gemeinbegriff und philosophische Frage	178
6	Die Bestimmung des Verhältnisses vom Normalen und dem Pathologischen....	180
7	Die Hermeneutik der Heilkunst. Therapie und Dialog	184
	7.1 Ärztliche Kunst in der Spannung zwischen Praxis und Techne.....	184
	7.2 Medizin zwischen Natur und Kunst. Das ärztliche Können in den Kreisläufen der Natur	186
	7.3 Die Verborgenheit der Gesundheit. Die Unmöglichkeit der Normierung der Gesundheit.	189
8	Der interpretative Zugang zur Medizin. Die Krankheit als das semantische Netzwerk.....	191
9	Der Kranke als Fremder. Die Grenzen der Hermeneutik der Gesundheit.....	194
10	Krankheit und Leiblichkeit.....	207
11	Foucaults Archäologie des ärztlichen Blicks.....	210
12	Pathognostik. Gesundheit als Herstellung der Tauschäquivalenz	229
13	Ästhetik und Therapeutik. Zwei Versuche der Überwindung der bedrohlichen Natur.....	231
14	Schlussbetrachtung	237
	Literatur	249

* Fertigstellung 3/2008.

1 Einleitung

Die folgende Untersuchung hat zum Ziel, diejenigen phänomenologischen und kulturphilosophischen Ansätze zu beleuchten, die sich mit dem Problem der Gesundheit beschäftigt haben. Dabei ergeben sich die ersten Schwierigkeiten schon bei dem Versuch, im Vorfeld dieser Aufgabe die Domäne der Phänomenologie bzw. der Kulturphilosophie zu bestimmen. Die Erörterungen des allgemeinen phänomenologischen bzw. kulturphilosophischen Anliegens führen uns nämlich nicht direkt in das Problemfeld der Gesundheit hinein, sondern stellen uns von Anfang an und in jedem folgenden Schritt auch vor die prinzipiellen Fragen der Phänomenologie und der Kulturphilosophie. So etwa werden im Zuge der Beschäftigung mit dem Phänomen der Gesundheit ständig auch die Fragen nach der phänomenologischen Methode und dem allgemeinen Verständnis des Phänomenologischen aufgeworfen. Was gehört in die Phänomenologie? Was verstehen wir unter ‚phänomenologisch‘? Und letztendlich, was überhaupt ist die Phänomenologie?

Martin Heidegger und Edmund Husserl haben uns ein Phänomenologieverständnis hinterlassen, demzufolge die Phänomenologie nicht als die an einem bestimmten Gegenstandsbereich orientierte Disziplin, sondern eine allgemeine und allumfassende Zugangsweise ist. Die Phänomenologie widmet sich also nicht einer bestimmten Gegenstandsklasse, die extensional alle ‚Phänomene‘ umfassen würde, sondern ist eine Art und Weise, an die beliebigen Gegenständen heranzugehen.

Phänomenologisch auf die Dinge zuzugehen heißt, sie in ihrer unreduziblen Erscheinungsweise zu vernehmen. Phänomenologisch nimmt man ‚etwas als etwas‘ an. Sich phänomenologisch die ‚Gesundheit‘ oder die ‚Krankheit‘ zu erschließen, bedeutet demnach, die Gesundheit als Gesundheit bzw. die Krankheit als Krankheit zu betrachten. Sie in ihrer Phänomenalität zu verstehen, heißt, sie nicht auf die anderen Erscheinungen oder eine andere Wirklichkeitsebene zurückzuführen. Sich etwa dem

Phänomen der Gesundheit zu nähern, kann auch nicht bedeuten, ein vorgefertigtes methodisches Instrumentarium der Phänomenologie an die ‚Gesundheit‘ anzuwenden, sondern vielmehr sich von dem Phänomen der Gesundheit selbst ihre Phänomenalität zu ‚erschauen‘. Die Phänomenologie könnte – um auf die oben angeführte Bemerkung über ihren methodischen Charakter zurückzukommen – auch eine Methode genannt werden, allerdings nicht eine aus bestimmten theoretischen oder weltanschaulichen Hintergründen abgeleitete, sondern eher ein Weg der sich jede andere Methode verbietet und den Gegenstand selbst ‚sprechen‘ lässt.

Zumindest in diesem ‚formalen‘ Aspekt der Phänomenologie stimmen die Ausführungen Husserls und Heideggers weitgehend überein. Sie entwickeln sich dann rasch auseinander als es um die Frage geht, in welcher Richtung soll der ‚formale‘ phänomenologische Grundsatz ‚Zu den Sachen selbst‘ entformalisiert werden. Für Husserl ist das reine Bewusstsein *die* Sphäre, in der so was wie Phänomenalität zu finden ist. Nur in der Evidenz des reinen Bewusstseins, so Husserl, kann man zur Gewissheit gelangen, von jeglicher Seinssetzung frei zu sein, sich also die reine Phänomenalität zu erschauen. Heidegger wendet dagegen ein, dass diese Husserlsche Bestimmung des reinen Bewusstseins keineswegs von der Seinssetzungen frei ist, da sie einem metaphysischen Modell geschuldet ist, das vom Wesen des Gegenstandes ausgeht, diesen also in seinem Sein nur als reine Präsenz zu erfassen bestrebt ist. Deshalb kann laut Heidegger von einer (radikal) phänomenologischen Zugangsweise nur dort die Rede sein, wo keine bestimmte Seinsauslegungen fraglos übernommen werden, sondern die Frage nach dem Sein als *die* Frage, das Sein als *der* Gegenstand der Phänomenologie genommen wird.

Die hier vorgenommene Auswahl der Autoren und ihrer fürs Thema Gesundheit einschlägigen Texte hat jedoch mit dem Umstand zu kämpfen, dass weder Heidegger noch Husserl das Phänomen der

Gesundheit in ihre Ausführungen aufgenommen haben. Andererseits scheint es aber so zu sein, dass die Frage nach der Gesundheit erst dort einen Eingang in die Phänomenologie findet, wo es gelungen ist, von der Radikalität und der Exklusivität der Husserlschen und Heideggerschen Intentionen einen Abstand zu gewinnen. Dies gilt m. E. sogar für den hermeneutischen Ansatz Hans-Georg Gadamer, der zwar gewiss ohne Heideggersche Fundamentalontologie kaum denkbar ist, der aber einen Schwerpunkt auf das Problem des Verstehens, der Textualität und der Sprachlichkeit setzt. So etwa entfaltet Gadamer in der Aufsatzsammlung *Die Verborgenheit der Gesundheit* die Frage nach der Gesundheit durchaus im Rahmen der fundamentalontologisch behaupteten existentialen Ganzheit des menschlichen Daseins, dies allerdings unter dem Aspekt der Sprachlichkeit und der Dialogstrukturen des Verhältnisses Arzt-Patient. Darüber hinaus interessieren ihn die hermeneutischen Charaktere des Dialogs Arzt-Patient auch unter der Berücksichtigung der Spannung zwischen Praxis und Techne, die insbesondere in der Tradition des Verständnisses von Heilkunst anzutreffen ist. Laut Gadamer befindet sich die Heilkunst schon immer in einer merkwürdigen Zwitterstellung zwischen der Praxis und der Techne. Die Moderne lässt, so Gadamer, diesen Doppelcharakter eindeutig zugunsten der Techne deuten, was folglich zum weitgehenden Verschwinden der Dialogstrukturen aus der Medizinpraxis führt. Nichts weniger als das Ganzsein des Menschen stünde dabei auf dem Spiel. Dieses hermeneutische Konzept stellt Bernhard Waldenfels auf die Probe, wenn er vor allem Gadamer (aber auch Wilhelm Dilthey) eine, ja, dogmatisch anmutende Vereinnahmung des Fremden durch das Eigene, der verstehenden Aufhebung des Unverständlichen in dem Horizont des Bekannten und Vertrauten vorwirft. In seinen mehrbändigen *Studien zur Phänomenologie des Fremden* versucht Waldenfels zu zeigen, warum die Fremdheit ein konstitutives Element der Welt und nicht bloß ein am Ausgang des Verstehensprozesses auftauchendes Störfall ist. Als

einen ausgezeichneten Fall der Fremdheit erkennt er dabei die Krankheit und den Kranken an. Laut Waldenfels unterläuft die Krankheit nicht nur die naturwissenschaftliche sondern auch alle anderen, d.h. auch die hermeneutisch-phänomenologische Normalisierungs- und Einebnungstendenzen. Waldenfels Rehabilitation des konstitutiven Anspruchs der Fremdheit in der Phänomenologie und Hermeneutik geht einher mit seiner Theorie der Leiblichkeit. In starker Anlehnung an Maurice Merleau-Ponty - vor allem an die in *Phänomenologie der Wahrnehmung* vorgelegten Ausführungen zum Thema Leiblichkeit - avanciert der Leib bei Waldenfels zum zentralen Ort der Zugänglichkeit von Welt. Der Leib sei demnach der Gesichtspunkt für die Welt, der vor der Trennung in Subjekt und Objekt, vor dem Bewusstsein und der Empfindung da ist. Die Leiblichkeit ist gedacht als eine zirkuläre Einheit von Denk- und Bewegungsvorgängen. Das Pathologische tritt hier als Auseinandertreten dieser Einheit auf. Unverkennbar sind dabei die Analogien zu den Daseinsbestimmungen aus der Heideggerschen Daseinsanalytik. Sie lassen aber die hier eingangs aufgestellte These von der Untauglichkeit des daseinsanalytischen Ansatzes für die Erfassung des Phänomens der Gesundheit bzw. Krankheit lediglich neu aufkommen. Die hier aufkommende Vermutung ist, dass die Theorie der Leiblichkeit - wie sie von Merleau-Ponty und Waldenfels ins Feld geführt wurde - in dieser Richtung weit mehr Möglichkeiten bietet.

Um das Problem der Bestimmung des Verhältnisses von Pathologischem und Normalem bzw. um die Bestimmung der Normalität kreisen auch die Texte von Georges Canguilhem. Vor allem ist hier *Das Normale und das Pathologische* vom Interesse.

Canguilhem geht der Frage nach, ob der pathologische Zustand von dem normalen Zustand nur in einem quantitativen Sinne abweicht, oder handelt es sich hier dennoch um eine qualitative Unterscheidung. Genauer genommen stellt er zwischen diesen Optionen kein Zeichen der Disjunktion, fragt vielmehr nach einer diese beide Konzepte versöhnenden Lösung. Denn eine

solche Sicht auf diese Beziehungen, so Canguilhem, öffnet die Möglichkeit zur Überwindung einiger ideologisch geprägten Ansichten über die Stellung des Pathologischen in der Gesellschaft. Laut Canguilhem werden die Prozesse der Entkriminalisierung des Pathologischen, ja, der Entpathologisierung des Pathologischen dadurch sichtbar. Hier setzt Michel Foucault an, der in *Geburt der Klinik* und *Psychologie und Geisteskrankheit*, aber auch in der Vortragsreihe *Anormalität und Biopolitik* phänomenologisch an die Medizin als die Erkenntnisweise herangeht, dies allerdings im Rahmen seiner an die Aufdeckung der Machtverhältnisse orientierten Archäologie der Wissens- und Erkenntnisformen.

Der Ansatz von Hans-Georg Gadamer ist dagegen gewiss näher an die oben dargelegte Bestimmung der Phänomenologie zu verorten. Seine phänomenologisch angehauchte Hermeneutik kreist um das Thema des ‚eigentlichen‘ Dialogs und der Herausarbeitung der diesen Dialog ermöglichenden sog. hermeneutischen Situation. In einer Reihe der Texte beschäftigt sich Gadamer mit dem Thema *Gesundheit und Gesundsein* unter diesen hermeneutischen Aspekten. Ihn interessieren die hermeneutischen Charaktere des Dialogs *Arzt-Patient* unter der Berücksichtigung der Spannung zwischen *Praxis* und *Techne*, die in der Tradition des Verständnisses von *Heilkunst* anzutreffen ist. Die *Heilkunst* befindet sich schon immer in einer merkwürdigen Zwitterstellung zwischen der *Praxis* und der *Techne*. Die *Moderne* lässt laut Gadamer diesen Doppelcharakter eindeutig zugunsten der *Techne* deuten, was folglich zum weitgehenden Verschwinden der Dialogstrukturen aus der *Medizinpraxis* führt. Nicht weniger als das *Ganzsein* des Menschen stünde dabei auf dem Spiel.

Einen wichtigen Platz in diesem Überblick nimmt die *Phänomenologie des Fremden* von Bernhard Waldenfels, die insbesondere in ihrem zweiten Band *Topografie des Fremden* sich unter anderem auch explizit dem Thema *Krankheit* widmet. Der *Krankheit* bzw. der *Kranke* werden hier unter dem Aspekt der *Fremdheit* be-

handelt. Die Krankheit als eine Art der Fremdheit entzieht sich in einer entscheidenden Weise der Normalisierungstendenzen. Interessant in diesem Zusammenhang ist vor allem, dass Waldenfels unter die Normalisierungsstrategie auch die hermeneutischen Ansätze wie diejenige von Dilthey und Gadamer rechnet. Es wird zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls inwiefern sich Waldenfels doch auf dem Boden der philosophischen Hermeneutik bewegt. Denn es gibt gewisse Momente in der Phänomenologie des Fremden, die eher auf eine Kongruenz mit der philosophischen Hermeneutik deuten.

Das Thema der existentiellen Einheit des Menschen durchzieht nicht nur Gadammers sondern auch die Darstellungen von Josef Rattner, die uns am Anfang dieser Untersuchung einen Überblick über die diversen lebensphilosophischen, psychoanalytischen, ethischen und existentialphilosophischen Ansätze gibt. Rattner postuliert eine wesentliche Verbindung zwischen den Sphären des Psychischen, des Ethischen und des Existentiellen und der Sphäre des Krank- bzw. Gesundseins auf. Die Belege dafür meint er, bei den einschlägigen Autoren wie Freud, Adler, Jung, Nietzsche, Heidegger und Sartre zu finden. Insbesondere widmet er sich dem Phänomen der Angst und seinen Beziehungen zum Thema der Gesundheit und Krankheit. Das Aufeinanderbeziehen verschiedener Problemfelder hat aber auch zu Folge, dass es zu einer Einebnung der verschiedenen Ansätze - vor allem der psychoanalytischen und der existentialphilosophischen - kommt. Rattners Ausführungen können aber exemplarisch dienlich sein, wenn es zu zeigen gilt, inwiefern jegliche Theorien der Psychosomatik und die psychosomatische Therapie allzu oft einer fragwürdigen Interpretation und Verbindung der Tiefenpsychologie und existentialen Philosophie erwachsen sind.

2 Psychosomatik als Ontologie der Krankheit

Die Krankheit im ontologischen Sinne zu bestimmen, heißt laut Josef Rattner, sie zunächst von den tradierten und gängigen Vorstellungen der Krankheit zu unterscheiden. Krankheit wird bei den sog. Naturvölkern meistens auf diverse Formen der ‚Verhexung‘ zurückgeführt. Außerdem sind uns in den Traditionen des Altertums und des Mittelalters die Vorstellungen von Krankheit als einer ‚Strafe Gottes‘ überliefert. In der Neuzeit etabliert sich die sog. materialistisch-positivistische Krankheitslehre, die sich unter anderem auch dem Fortschritt in der Entwicklung der medizinischen Apparatur verdankt. Einen anderen Gesichtspunkt nimmt die sog. Ontologie der Krankheit ein. Sie bestimmt die Krankheit als ein dem Leben inherierendes Faktor. Das Lebendige ist auch in seinem Wesen, d.h. notwendig auch krankheitsanfällig. Dazu ein Überblick aus dem Buch *Die inneren Beziehungen zwischen Philosophie und Medizin im 20. Jahrhundert* von Engelhardt und Schipperges: „Der Mensch - ‚zum Umfallen geboren‘ (Paracelsus) - ist von der Natur aus das biologische Mängelwesen (Herder, Gehlen), eine ‚coagulatio mollis, levis, debilis‘ (Petrus Hispanus), ein Wesen der Krise und der Not: hinfällig und gebrechlich in notwendig befristeter Lebenszeit“. Wohl gemerkt, es handelt sich hier um eine Grunderfahrung, „die sich auf den ganzen Menschen bezieht. Das mittelhochdeutsche Wort ‚kranc‘ bedeutet: sonderbar, verdreht, krumm, sieh, nicht ganz dabei, meint jedenfalls einen allgemeinen Notstand, der auch bei ‚aeger‘, ‚morbid‘ oder ‚malade‘ zu finden ist. Krankheit hat kein Sein, ist vielmehr Mangel, ein Fehlen, ein ontologisches Defizit, so sehr wir mit Kranksein auch eine eigenständige Lebensform verbinden, einen pathogenethischen Prozess, ein eigenes Wesen, das allenthalben in der Szenerie menschlicher Existenz zum Ausdruck kommt“.

(20; JR 19)

So wird die Krankheit auch als ein Zeichen des ethischen Versagens gedeutet. Die Frage nach der Gesundheit wird somit die Frage nach der personalen Gesundheit. In einer gewissen Ab-

wandlung kehrt diese ontologische Bestimmung der Krankheit auch in diversen therapeutischen Konzeptionen wieder. Die Psychoanalyse lehrt, dass die Krankheit nicht von außen kommt, sondern die Art und Weise darstellt, wie das Unbewusste, das Es, eine Verdrängung der Triebregungen signalisiert und austragen versucht. Josef Rattner weist in diesem Zusammenhang auch auf Viktor von Weizsäcker hin, der, so Rattner, den Begriff ‚Subjekt‘ in die Medizin einführte. Weizsäcker betrachtete – ähnlich wie Freud – die Krankheit als eine Art der Problemlösung. In Weizäckers Deutung wäre dies die Lösung der Lebensprobleme.

Eine für die Philosophie äußerst wichtige Betrachtung des Problemfeldes Gesundheit und Krankheit lieferte Friedrich Nietzsche. Rattner zufolge sollen Nietzsches Betrachtungen über das Wesen des Krankseins „zur Pflichtlektüre jedes denkenden Arztes werden“. (22) Seinen ontologischen Prinzipien treu betrachtete Nietzsche – sonst in seinem Leben selbst von Krankheiten gezeichnet – als eine Reaktion des Leibes auf eine ungemäße Lebensweise. Normalerweise wird die Krankheitsursache anderswo gesucht und man hört nicht auf die sich durch die Krankheit meldenden Botschaften des Leibes, auf die ‚Vernunft des Leibes‘, die bei Nietzsche zur höchsten Instanz gemacht wird. Die Krankheit erhält somit eine positive Bewertung. Nietzsche redet sogar vom Nutzen der Krankheit: „Nutzen der Kränklichkeit. – Wer oft krank ist, hat nicht nur einen viel größeren Genuss am Gesundsein, wegen seines häufigen Gesundwerdens: sondern auch einen höchst geschärften Sinn für Gesundes und Krankhaftes in Werken und Handlungen, eigenen und fremden: so dass zum Beispiel gerade die kränklichen Schriftsteller – und darunter sind leider fast alle großen – in ihren Schriften einen viel sichereren und gleichmäßigeren Ton der Gesundheit zu haben pflegen, weil sie besser als die körperlich Robusten sich auf die Philosophie der seelischen Gesundheit und Genesung und ihre Lehrmeister: Vormittag, Sonnenschein, Wald und Wasserquelle, verstehen“. (Menschliches, All-

zumenschliches Bd. II, 356) Oder: „Wert der Krankheit. – Der Mensch, der krank zu Bette liegt, kommt mitunter dahinter, dass er für gewöhnlich an seinem Amte, Geschäfte oder an seiner Gesellschaft krank ist und durch sie jede Besonnenheit über sich verloren hat: er gewinnt diese Weisheit aus der Muße, zu welcher ihn seine Krankheit zwingt“. (MAM Bd. I, 289)

In *Ecce homo* schildert Nietzsche das Verhältnis von Krank- und Gesundsein aus eigener Erfahrung: „Die Krankheit gab mir insgleichen ein Recht zu einer vollkommenen Umkehr aller meiner Gewohnheiten; sie erlaubte, sie gebot mir Vergessen; sie beschenkte mich mit der Nötigung zum Stillliegen, zum Müßiggang, zum Warten und Geduldigsein ... Aber das heißt ja denken!“. Die Krankheit bot ihm eigentlich die Gelegenheit zur Abstandnahme von bisherigen „Bücherwürmerei“, vom „Hören-Müssen auf andere Selbste“ d.h. vor allem auf andere geistige Autoritäten und leitet ein Prozess der Selbstfindung ein: „Nie habe ich so viel Glück an mir gehabt, als in den kränksten und schmerzhaftesten Zeiten meines Lebens: man hat nur die ‚Morgenröte‘ oder den ‚Wanderer und seinen Schatten‘ sich anzusehen, um zu begreifen, was diese ‚Rückkehr zu mir‘ war: eine höchste Art von Genesung selbst!“. (Ecce homo)

Die Krankheit stellt den Kranken gewissermaßen vor eine Wahl. Entweder kann man sich bei der Schuldsuche in eine ständige und immer wiederkehrende Auseinandersetzung mit seiner Umgebung verwickeln oder man kann den Nichtkranken nacheifern. So schreibt Nietzsche in *Menschliches, Allzumenschliches*: „Und es ist bisweilen dabei wahr: dass ein Teufel den anderen austreibt, aber man hat dann den anderen. Darum sei dem Kranken jene andere Unterhaltung anempfohlen, bei der sich die Schmerzen zu mildern scheinen: über die Wohltaten und Artigkeiten nachzudenken, welche man Freund und Feind erweisen kann“. (Bd. II, S. 174) In *Ecce homo* beruft er sich in diesem Zusammenhang auf Buddha: „Seine Religion, die man besser als eine Hygiene bezeichnen dürfte [...] macht ihre Wirkung abhängig von dem Sieg über das Ressentiment: die Seele davon frei

machen ist erster Schritt zur Genesung. ‚Nicht durch Feindschaft kommt Feindschaft zu Ende, durch Freundschaft kommt Feindschaft zu Ende‘: das steht am Anfang der Lehre Buddhas; es redet nicht die Moral, es redet die Psychologie. Das Ressentiment, aus der Schwäche gebar, niemandem schädlicher als dem Schwachen selbst, und im anderen Falle, wo eine reiche Natur Voraussetzung ist, ein überflüssiges Gefühl, ein Gefühl, über das Herr zu bleiben beinahe der Beweis des Reichtums ist“. (Ecce homo, 1888, S. 278)

Nietzsche, so Rattner, ist nicht nur der „Interpret des menschlichen Krankseins“ sondern vielmehr ein „Philosoph der Gesundheit des Menschen“. Die Krankheit ist also nicht bloß mit der Disfunktionalität (vor allem der körperlichen) gleichzusetzen. Krankheit gewinnt nun den existentiellen Sinn. Rattner weist in diesem Zusammenhang, dass Krankheit zwar das Leben durchaus destruieren kann, sie kann aber den Menschen individualisieren, so dass er im Krankheitszustand die Gelegenheit bekommt, sich seiner Einmaligkeit bewusst zu werden. Der existentielle Charakter des Krankseins wirft den einzelnen Menschen auf sich selbst zurück. Hierzu führt Rattner Karl Jaspers an, der in seiner *Autobiographie* schrieb: „Immer ist der Mensch in seiner Lage als einzelner vor die Aufgabe gestellt, mit seiner Krankheit in seiner Welt eine Lebensform zu finden, die nicht allgemein entworfen und nicht identisch wiederholt werden kann“. (R 45) Die Gesundheit kann zwar durchaus auch in Allgemeinbegriffen und Durchschnittswerten behandelt und erfasst werden, die existentielle Gesundheit aber kann nicht auf diese Weise erlangt werden. Sie ist, so Rattner, die Individualgesundheit, die sich in der Personwerdung des Menschen zeige, „in seiner vertieften Einstellung zu sich selbst, zu den Mitmenschen, zur Lebensleistung und zur Selbstverwirklichung“. (R 45) Hierzu ist zu bemerken, dass Rattner die allgemeine Erfassung der Gesundheit anscheinend lediglich der Medizin vorbehält. Zumindest

thematisiert er hier nicht die außerwissenschaftliche, ja ,existentielle' Allgemeinheit der Gesundheit. Stattdessen sieht er die Schwierigkeiten der modernen Gesundheitsdebatte in der begrifflichen Unschärfe, nämlich der Vermischung des statistischen und des normativen Gesundheitsbegriffs. So stehen sich laut Rattner die Anhänger der biologisch geprägten, mit den Bedingungen des Gleichgewichts der physiologischen Faktoren orientierte Gesundheitstheorie den Anhängern der sog. Ganzheitsmedizin, die die Gesundheit nicht nur in der Erfüllung der biologischen Bedingungen der Existenz sondern auch und vor allem in der Erreichung der Lebensharmonie sahen. Zahlreich sind die Autoren, die in diesem Schema ihren Platz finden könnten. Nach Rattner sind zu den Verfechtern des sog. normativen Gesundheitsbegriffs vor allem die Vertreter der Psychoanalyse Freud, Adler und Jung zu rechnen. Er kritisiert aber nicht das Konzept der Normativität in den Gesundheitsfragen, sondern die Inhalte der jeweilig angeführten Normen. So im Falle von Sigmund Freud: der Freud beantwortete die Frage nach der seelischen Gesundheit so, dass der seelisch gesunde Mensch, arbeits- und liebesfähig sein soll. Eine Rattner zufolge zunächst verwirrende Ansicht, denn die Arbeitsfähigkeit kann durchaus pathologische Züge annehmen. Die Arbeitssüchtige sind ein Beispiel dafür. Die bloße Liebesfähigkeit schließt die Macht- und Unterdrückungsansprüche gegenüber dem Geliebten nicht notwendig aus. Es könnte sich, so Rattner, bei diesem freudschen Diktum doch um die Anspielung auf den von Freud sog. genitalen Charakter handeln. Ein seelisch gesunder Mensch ist durch alle Reifungsphasen der Kindheit (orale, anale und phallische) durchgegangen. Die seelische Krankheit muss sich demzufolge immer auch als Infantilismus (Triebfixierung und Regressionen) äußern.

Alfred Adler erweitert diese freudsche Position, indem er dem seelisch Kranken über seinen Infantilismus hinaus auch die Fähigkeit zum sozialen Umgang mit den Mitmenschen abspricht.

Der Infantilismus koppelt sich demnach mit dem Egozentrismus. Rattner weist daraufhin, dass das, was Adler unter dem Begriff ‚Sozialinteresse‘ nicht mit dem gesellschaftlichen Konformismus verwechselt werden darf. „Der wahrhaft gesunde Mensch“, so Rattners Interpretation, „richtet sich auf eine ‚Gemeinschaft der Zukunft‘ aus, auf eine transzendente Idee im Sinne von Kant. [...] Nur das Eintreten für Freiheit, Fortschritt, Humanismus und wachsende Solidarität darf wirklich ‚Gemeinschaftsgefühl‘ genannt werden.“ (R 52) Bei Adler machen somit in erste Linie die ethischen Werte die Kriterien der Gesundheit aus. Dabei ist nach Adler davon auszugehen, dass sich das Sozialinteresse und die Sorge um die eigene Person gegenseitig befördern. Umgekehrt ist das Leben in unethischen Einstellung darauf ausgerichtet, in den psychischen Leiden zu enden.

C. G. Jung bestimmt die seelische Gesundheit unter dem Aspekt der Einheit und Ganzheit der Person. Die Synthese des seelischen Lebens gelingt nur, wenn die inneren Gegensätze zu einem harmonischen Ganzen gestaltet werden. Das Irrationale soll mit dem Rationalen, die weibliche Seite der Persönlichkeit mit der männlichen, die ‚dunkle‘ mit der ‚hellen‘ Seite der Persönlichkeit in Einklang gebracht werden. So spricht Jung von der Assimilation der sog. Schattenseite der Seele, was eigentlich das Auseinandersetzen mit dem verdrängten seelischen Bestand bezeichnen sollte. Typisch für Jung ist der Begriff des Archetyps d.h. des in jedem Einzelnen vorhandenen kollektiv Unbewussten. Um seelische Gesundheit zu erreichen, d.h. um zu seinem Selbst zu kommen, soll sich jeder mit diesen Urbildern auseinandersetzen und sie assimilieren. Rattner fasst dieses zentrale Anliegen Jungscher Psychoanalyse folgendermaßen zusammen: „Zum Selbst gelangt man nur durch die Individuation. Was Jung am meisten verabscheute, ist die durchschnittliche und unauffällige Massenexistenz. Der Mensch ist nicht in die Welt gesetzt, um nur Mitglied eines Kollektivs zu sein; er soll ‚es selbst‘ werden. Die Forderung nach einer in sich ruhenden, eigenständigen und damit auch

schöpferischen Existenzform gehört zu den Gesundheitsidealen der Analytischen oder Komplexen Psychologie." (R 53) So wundert es laut Rattner nicht, dass Jung vor allem in den überwiegend rationalistisch geprägten Gestalten der modernen Lebensweise eine Hybris sah. Zur Erlangung der seelischen Gesundheit empfahl er das Vorbild der uralten orientalen Kulturen und ihr Ideal der Suche nach einer inneren Ausgewogenheit. Seelische Gesundheit nach Jung gestaltet sich zunächst zwar ähnlich wie bei Adler, nämlich als Lösung des Problems der Arbeit und Liebe, was eigentlich die Erreichung der persönlichen Ausgewogenheit auf der Ebene der praktischen Weltbezüge bedeuten sollte. Dazu muss sich dann aber auch ein mystischer, religiöser Teil der Sinnsuche gesellen. Rattner umschreibt das so: „Kirchenzugehörigkeit schützt vor Neurose!“. (R 54)

Was Rattner an diesen oben dargelegten psychoanalytischen Konzepten bemängelt ist vor allem die Einschränkung des Problemfeldes der seelischen Gesundheit auf die Faktoren Arbeit, Liebe, Individuation, Vereinheitlichung des Seelenlebens etc. „Psychotherapeut, der seinen Patienten beurteilen soll“, so Rattner, „muss mehr als *hundert weitere Kriterien* im Auge behalten, wenn er die Frage nach seelischem Gesund- und Kranksein beantworten will. Und selbst dann bleiben sehr viele Fraglichkeiten bestehen; oft kann man erst am Ende einer Behandlung abschätzen, was an einem Menschen dran ist und wie viele Entwicklungsmöglichkeiten er allenfalls noch hat“. (R 54) Insbesondere widmet sich Rattner dem Gesundheitskriterium, das er ‚relative Angstfreiheit‘ bezeichnet, zu. „Es ist unseres Erachtens ein entscheidender Parameter der der Gesundheit“, jedoch ein relatives, da die volle Angstfreiheit für den Menschen nicht zu erreichen ist. Denn die Angst „ist tief in seiner Konstitution verankert. Sie ist ein *Athropinon*, d.h. ein grundlegendes menschliches Wesensmerkmal“. (R 54) Die Angst ist allgegenwärtig und als solche kann weder die Psycho- noch Körperhygiene noch irgendeine Form der Heilpraxis an ihr

einfach vorbeigehen. Als Beleg der Omnipräsenz der Angst führt Rattner das Beispiel der Sprache an. In der Sprache, so Rattner, hat sich die kollektive Erfahrung der Menschheit niedergeschlagen. In diesem so gespeicherten Erfahrungsschatz finden sich auch viele Beweise, die die Angsterfahrungen ausdrücken. Die lateinische Wurzel des deutschen Wortes ‚Angst‘ drücken das onomatopoetische Moment, das auf die bestimmte Erfahrung der Angst hinweist. Das lateinische Wort für Angst, ‚anguistae‘ bedeutet eigentlich ‚Enge‘ und drückt die Angsterfahrung als eine Erfahrung der Enge aus. Darüber hinaus finden sich noch zahlreiche sprachliche Belege für die Häufigkeit der Angsterfahrung. [Eine Übersicht über das Problemfeld der Philologie der Angst liefert Mario Wandruszka in seinem Buch *Angst und Mut*.]

Laut Rattner ist die erhöhte Bewusstheit des ubiquitären Charakters der Angst neben der Psychoanalyse vor allem ein Merkmal der moderner Philosophie bzw. der existentialen Richtung moderner Philosophie. Sartre, Kierkegaard und Heidegger sind hier zu betrachten, aber auch bestimmte Strömungen wie etwa Behaviorismus werden von Rattner knapp behandelt.

Rattner gibt anschließend jedoch eine dem Anliegen Kirkegaards unangemessene Deutung. Für Kirkegaard, so Rattner, ist die Angst ein menschliches Wesensmerkmal. Nur freie Wesen können sich ängstigen. Daraus erwächst aber die Verantwortung für das eigene Handeln und die Lebensführung. „Der Mensch“, so Rattners Kommentar Kirkegaards, „muss handeln, aber er weiß nie mit Sicherheit, ob seine Handlungen richtig sind“. Eigentlich hätte Rattner hier auf die ‚existenciale‘ Verantwortung hinweisen bzw. auf die Verantwortung jedes Einzelnen gegenüber seiner eigenen Existenz. So deutet zwar Rattner den offenen Charakter der Existenz und prinzipielle Unverfügbarkeit über die eigene Existenz an, kann aber im Hinblick darauf die Art der Verantwortung des Einzelnen nicht genau bestimmen. Wie dem auch sei, Rattners abschließende Bemerkung zu

Kirkegaard kommt wieder zum Thema der Gesundheit. Wer lernt, so Rattner, sich auf eine richtige Weise zu ängstigen, ist für die Gefahren der Existenz gewappnet d.h. ist frei und offen für seine Vollkommenheit. Wer lernt sich auf die richtige Weise zu ängstigen, ist in einem existentialen Sinne gesund. Heideggers Angsttheorie bezeichnet Rattner als anthropologisch, da sie sich - wie die Kirkegaards - mit der Angst als dem Wesensmerkmal des Menschen beschäftigt. Konsequenterweise sollte der Ausdruck ‚anthropologisch‘ in diesem Fall gemieden werden. Heidegger hat öfters selbst darauf hingewiesen, da er die metaphysischen Implikationen der traditionellen Anthropologie in diesem Fall für unvermeidbar hielt. Deshalb wollte er zu solchen Konzepten unbedingt auf Distanz gehen. Dementsprechend auch die Verwendung von ‚Dasein‘ anstelle von ‚Mensch‘. Dasein ist ein Seiendes, dem es in seinem Sein um dieses Sein selbst geht. Es ist also seine Seinsverfassung, dass es ihm um sein eigenes Sein geht. Und es geht ihm nicht um das Sein gelegentlich oder etwa nur bewusst und explizit, sondern immer d.h. wesentlich. Diese Seinsverfasstheit des Daseins ist also nicht primär in einer elaborierten Fassung zugänglich. Vielmehr ist sie implizit schon in dem Bereich des Vortheoretischen zu finden. Aus diesem Grund wendet sich die Heideggers Daseinsanalyse dem phänomenalen Bestand der Alltäglichkeit. Die Angst ist eine existentielle Charakteristik des Daseins. In der Angst ist - anders als bei der Furcht - das Wovor und Worum der Angst des Daseins ein und dasselbe. Das wovor und worum sich das Dasein ängstigt ist sein Sein. In der Angst erschließt sich dem Dasein auf einen Schlag die wesentliche Verfasstheit seiner selbst. Die existentielle Bedeutung der Angst zeigt sich darin, dass in der Angst die Sorge als die Struktur des Daseins zum Ausdruck kommt. Das Dasein ist ein sich um sein Sein sorgendes ‚In-der-Welt-Sein‘. Indem es sich existentiell um sein Sein ängstigt, wird es ständig vereinzelt und wesenhaft auf sich selbst zurückgeworfen. In der Angst bekommt es den Eindruck, dass ihm die Welt entgleitet

und dass es in ihr keinen Halt findet. Nichtsdestoweniger wird es immer wieder gerade auf diese Welt verwiesen, aus der er sich zu verstehen und in seinen eigenen Möglichkeiten zu ergreifen hat. Das hier sich meldende ontische Erlebnis der Ver-
einzelung gründet in der Verfasstheit des Daseins, die Heidegger ‚Jemeinigkeit‘ nennt. Das Dasein ist prinzipiell nicht auf die Anderen delegierbar. Jedes Dasein muss sein je-eigenes Sein übernehmen. Auch dort, wenn es sich uneigentlich d.h. meistens aus einer wie auch immer verfassten Allgemeinheit versteht, ist das Dasein jemeinig. Die Jemeinigkeit gehört somit in die Analytik des Daseins, die sich mit den formalen Momenten der Daseinsverfassung beschäftigt. Die Heideggersche Erfassung der Existenz im Schema Eigentlichkeit-
Uneigentlichkeit gehört nicht in dieses analytische Teil der Daseinsanalyse, sondern betrifft die Problematik des Ganzseinkönnens des Daseins und ist damit eng mit der Phänomenalität des Todes verknüpft. Heidegger bestimmt den Tod als die letzte existentielle Möglichkeit, die das Dasein in einer ausgezeichneten Weise vor seine Endlichkeit aber auch Ganzheit bringt. Die ‚Ergreifung‘ dieser Möglichkeit geschieht aber nicht durch die Angst – wie dies Rattner in seiner Interpretation des Heideggerschen Daseinsanalyse behauptet – sondern in der Entschlossenheit, im entschlossenen Vorlaufen zum Tode, wodurch ich meiner endlichen, aber ganzen und unverwechselbaren Existenz gewahr werde. Die Angst erschließt die wesenhaften Strukturen des Daseins, die Entschlossenheit ist der Weg zu der die Ganzheit der Existenz ergreifenden Eigentlichkeit, die sich im Vorlaufen zum Tode einstellt, und wird Heidegger zu Folge durch den Ruf des Gewissens, die ‚innere‘ existentielle Stimme, auf den Weg gebracht. Deshalb ist Rattners Darstellung Heideggers Daseinsanalytik nicht nur nicht zutreffend, sondern man vermisst darin die Erklärung, warum die ‚Eigentlichkeit‘ der Existenz in irgendein Konzept der Gesundheit passen würde. Denkbar ist allerdings eine Ableitung einer gewissen ‚Philosophie der Gesundheit‘ aus der

Fundamentalontologie und zwar im Sinne einer sog. regionalen Ontologie. Diese Aspekte kommen bei Rattner nicht vor. Vielmehr wird die existentielle Auseinandersetzung mit dem Problem Angst in eine Reihe mit den psychoanalytischen gestellt. Inwieweit dies eine Berechtigung haben könnte, lässt sich nicht kurz beantworten. Denn das Verhältnis der Philosophie und insbesondere der Phänomenologie zu der Psychologie betrifft nicht nur die Randprobleme sondern die Grundlagen und den Selbstverständnis der Philosophie. Außerdem ist es nicht klar, inwiefern selbst die Tiefenpsychologie eine Grundlage für das Thema der Gesundheit abgeben kann. Es scheint so, als würde Rattner diese These stillschweigend bejahen ohne die letzte Erklärung über das Wesen dieser Zusammenhänge zu geben. Dass das psychische Wohlbefinden eng an die gesamte Gesundheit gekoppelt ist steht außer Frage. Aber die Bewertung dieses Verhältnisses wird hier nicht als Problem erkannt und thematisiert. Stattdessen wird eine Meinung postuliert wie etwa, wenn Rattner schreibt: „Wir haben uns detailliert mit den Problemen der Angst und der Aggression auseinandergesetzt, weil wir in ihnen die *Motoren des Affektlebens* sehen, welches in Krankheit und Gesundheit des Menschen eine zentrale Rolle spielt.“ (R 62) Ein Verlust der Kontrolle über die Affekte wird als eine psychische Anomalie angesehen, die sich notwendig in dem Bereich der somatischen Funktionsentgleisungen bemerkbar macht. „Was später als Krankheit imponiert, hat zunächst oft als *Charakterpathologie* begonnen.“ (R 62)

3 Theorie und Praxis der Medizin und die Idee der Natur

Die Idee der Natur in der Medizin spiegelt laut Canguilhem den Charakter des Verhältnisses des Arztes zum Patient wieder. Der instrumentalistische Ansatz in der medizinischen Praxis ist charakterisiert durch die Vergegenständlichung der Natur bzw.

der Natur des menschlichen Körpers. In dem instrumentellen Verhältnis Arzt-Patient kommt der Patient für den handelnden Arzt „nur als passiver und willfähriger Gegenstand für äußerliche Behandlungen und Bemühungen“ vor. (7) Die Vorstellungen der heilenden Natur wiederum weisen in der Regel auf eine Relativierung dieser instrumentalistischen Einstellung in der therapeutischen Praxis hin. Das Vertrauen auf die Selbstregulation des Körpers stellt Canguilhem zufolge den hypothetischen Imperativ einer solchen Praxis dar. Es soll zumindest vorläufig dem Körper die Möglichkeit zugestanden werden, sich selbst heilen zu können.

Beide genannten Gegenpole des Verhältnisses Arzt-Patient schließen sich anscheinend für Canguilhem gegenseitig aus. Zwei Sätze Canguilhems bezeugen das. Das instrumentalistische Verhältnis und die ihn leitende Idee von der Verfügbarkeit der Natur des menschlichen Körpers für eine medizinische Theorie und Praxis fasst er folgendermaßen zusammen: „Dem trägen Körper eine handelnde Medizin“. Genauso prägnant ist seine Formulierung von der Aufhebung des therapeutischen Instrumentalismus in einem Bewusstsein von der heilenden Natur und der Einschränkung des Anspruchs auf die ärztliche Allmacht: „Dem dynamischen Körper eine abwartende Medizin“. (8) Dass die Natur heilend sein kann, d.h. dass ihr eine innewohnende ärztliche Tätigkeit zuzuschreiben ist, dies hatte schon Hippokrates erkannt. Zumindest wurde das durch den römischen Arzt Galen überliefert. Wichtig ist doch, so Canguilhem, die wahre Bedeutung dieser Analogie zwischen der ärztlichen Kunst des Heilens und dem ärztlichen Charakter der Natur zu erfassen. Denn hier wird „nicht die Natur durch die Kunst, sondern die Kunst durch die Natur“ erklärt. (9) Der Natur gehorchend und die Natur beobachtend soll die ärztliche Kunst ausgebildet werden. Andererseits schränkt Hippokrates die Annahme der heilenden Natur doch gewissermaßen ein, wenn er behauptet, die fortschreitend ausgebildete und weiterentwickelte Kunst des Heilens durch die Ärzte stellt dann zu-

nehmend ihrerseits die das Maß für die Einschätzung der für das heilendes Vermögen der Natur dar. So ergibt sich für den Arzt die Möglichkeit des Abwägens zwischen dem Vertrauen auf die heilende Kraft der Natur und des die Natur unterstützenden Eingreifens in die Heilung des Patienten durch die ärztliche Kunst. In einer oft überzogen kritischen Einstellung zu diesen hippokratischen Grundsätzen, so Canguilhem, ist die moderne Medizin nicht nur dazu geneigt, die heilende Kräfte der Natur des menschlichen Körpers zu übersehen, sondern sie bevorzugt es, sie außer Kraft zu setzen. Gleichwohl in welchem Maße sie sich von der Natur loszusagen bereit ist, bleibt die moderne Medizin auf die Natur verwiesen. Sie behandelt laut Canguilhem bezüglich ihrer Effektivität die Abwehrkräfte der Natur mit einem „vorläufigen Zweifel“, der sich auf der genauen Kenntnis der Physiologie - vor allem des vegetativen Systems - gründet, und ist deshalb eher dazu geneigt, dem Selbstheilungsprozess einschreitend vorzugreifen. Auch wenn dies dem Selbstverständnis der modernen Mediziner kaum entspricht, ist doch anzunehmen, dass die so handelnde moderne Medizin keineswegs anti-hippokratische, sondern vielmehr eine nicht-hippokratische Medizin ist. Denn sie handelt nicht gegen die Natur, sondern geht mit ihr lediglich offensiver um, d.h. macht sich die der Natur innewohnende Kräfte aktiv zunutze. Der durch die Erfolge der Physiologie gestützte positivistische Ansatz in der Medizin wird durch die teilweise Einbeziehung der auf die natürlichen Abwehrkräfte setzenden Therapie in gewisser Weise eingeschränkt. Die Natur verstehen, so Canguilhem, heißt in der modernen Medizin, sie zu überschreiten. Die „Domestizierung der ‚wilden‘ heilenden Natur“, wie etwa in der Immunologie ist ein Beispiel dafür. Bis zu einem Punkt bleibt die Natur der Kultur, die biologische Ordnung der ärztlichen Kunst stets vorgeordnet. Dies erlaubt uns in diesem Zusammenhang immer noch von der Natur zu sprechen, ja, so Canguilhem, zu tolerieren, wenn sie von den Kranken mystifiziert wird. Denn in dem hier anerkannten Verhältnis von Natur und Kunst

spiegelt sich immer noch der Mythos vom Vorrang der Natur vor der Kultur wieder.

4 Die Grundlegung der Pädagogik der Heilung in der „biologischen Normalität“

Die Frage nach der Gesundheit erschöpft sich nicht in einem Verhalten zur Krankheit, die verstanden ist als das Ergebnis der Störung der Funktionalität des Körpers. Von daher bedarf das Verhältnis des Arztes zum Kranken einer neuen Bestimmung, zumal immer deutlicher wird, dass eine Intendierung des Kranken als eines gestörten Mechanismus aus dem Zentrum der ärztlichen Fürsorge das Wohl des Patienten verdrängt hat. Die in der Moderne vorherrschende positivistische Einstellung zu Medizin sieht die Einbeziehung der Momente, die nicht in das objektivistische Raster der medizinischen Grundlagewissenschaften passen, lediglich als ein Überrest vormoderner Praktiken. In der Einstellung des Arztes, die sich grundsätzlich auf die Wiederherstellung eines verloren gegangenen Gleichgewichtszustandes eines selbsterhaltenden Systems konzentriert, gibt es keinen Platz für ein in beide Richtungen aktives Verhältnis des Arztes zum Patienten. Canguilhem zufolge ist es die Psychoanalyse, der das Verdienst gehört, diesen Aspekt in die moderne Therapie zurückgeholt zu haben. Das jeweilige Verhältnis Arzt-Patient soll demzufolge als ein einmaliges Ereignis verstanden werden, in dem ein „einzigartiger Arzt für einen einzigartigen Patienten“ die Aufmerksamkeit noch aufbringen kann. (38) Zumindest stellte die Psychoanalyse die Frage nach dem Verortung dieser Art von subjektivistisch anmutender Wechselseitigkeit in der modernen Medizin und der Therapie.

Die „biologische Normalität“ hat laut Canguilhem in ihrer Tatsächlichkeit das Maß seiner selbst. Die Suche nach dem tieferen Grund dieser Normalität hat lediglich den Charakter einer „Weihe der Tatsachen selbst“. (40) Die Gesundheit und

Heilung sollen sich primär an die Fähigkeit der lebenden Organismen zur Selbstregulation orientieren. Ein jeder Organismus ist im Stande aus eigener Kraft zur Normalität zu finden. Die ärztliche Aufgabe besteht darin, beim Kranken das Bewusstsein seiner eigenen Verantwortlichkeit für die Wiederherstellung des Gleichgewichts zu erzeugen. Doch die Rückkehr zu der Normalität ist nicht einfach die Wiederherstellung der früheren Gesundheit. Das Leben ist eine Abfolge von Überwindung der fürs Organismus bedrohlichen Situationen, in denen sich das Vermögen, dieses Leben in einer konstanten Normalität zu erhalten, notwendigerweise nach und nach verringert. Gesundheit heißt somit, nicht einen konstanten Zustand zu erhalten, sondern den durch die Veränderungen entstandenen Zustand als Zustand des möglichst klein zu haltenden Verzichts auf den Umgang mit der Umgebung zu verstehen. Dem entsprechend sind die Umgangsformen der praktischen Medizin „vom *Apriori* des Widerstandes gegen das Gesetz des Verfalls“ frei zu halten. Die Aufgabe einer „Pädagogik der Heilung“ bestünde laut Canguilhem vor allem darin, einen uneingeschränkten Glauben in die technische oder etwa institutionelle Herstellbarkeit der Gesundheit zu relativieren. (49)

5 Die Apriorität der Gesundheit. Gemeinbegriff und philosophische Frage

Canguilhem stellt eingangs die Frage nach der Apriorität der Gesundheit bzw. nach der <Existenz einer apriorischen Begrifflichkeit von gesund und Gesundheit>, die, wie er betont, ohne explizit in Erscheinung zu treten, in einem alltäglichen Umgang mit dem Phänomen Gesundheit durchaus wirksam ist. „Wenn wir unsererseits annehmen, dass eine Definition der Gesundheit ohne Bezugnahme auf irgendein explizites Wissen möglich ist, worin suchen wir dann dafür die Grundlage?“, so die Frage Canguilhems, die er gleich mit einer Reihe Beispiele für die Definition der Gesundheit als nicht explizit gewusstes und

nicht in Erscheinung tretendes Apriori zu beantworten versucht. So ist die Gesundheit nach Diderot (1751) ein Wohlfühlen, bei dem die Bewusstheit der körperlichen Existenz in den Hintergrund tritt. Erst durch den Schmerz, aber auch durch die Lust, bei der doch <nicht immer gewiss (ist), dass wir uns wohler fühlen>, werden wir unserer Körperlichkeit bewusst. Ähnlich hören sich auch modernere Definitionen an, wie etwa die von Charles Daremberg (1865), der die Gesundheit als eine stillschweigende, nicht zu verspürende Bewegung des Lebens bestimmt. René Leriche drückt dies am deutlichsten aus: "Die Gesundheit ist das Leben im Schweigen der Organe." Sein Zeitgenosse Paul Valéry (1942) folgt ihm und schreibt: "Die Gesundheit ist der Zustand, in dem die notwendigen Funktionen sich unmerklich oder mit Vergnügen vollziehen." Gesundheit ist ein stilles Vollzug des Lebens auch für Henri Michaux, der schreibt: "Wie der Körper (seine Organe und seine Funktionen) nicht durch die Grosstaten der Starken, sondern durch die Leiden der Schwachen, Kranken, Gebrechlichen und Versehrten grundsätzlich erkannt und entschleiert worden ist (ist doch Gesundheit stumm und Quell jenes überaus irrigen Eindrucks, alles gehe von ganz allein), so werden die Verwirrungen des Geistes, sein Nichtfunktionieren meine Lehrer sein." (51-52) Den unreflektierten und unthematisierten Vollzugscharakter des gesunden Lebens scheint auch Leibniz gemeint zu haben, wenn er von der Gesundheit als dem "mittleren Zustand" sprach. Nur der Schmerz lehre wirklich, was Gesundheit ist, wenn sie verloren geht. Ähnlich ließt sich Kants Feststellung, dass man nie wissen kann, ob man gesund sei. Man kann sich lediglich gesund fühlen. Ein begründetes Wissen von der Gesundheit kann es nicht geben, weil Gesundheit lediglich ein Gemeinbegriff ist. Bei Descartes stellt Canguilhem eine Verbindung zwischen Gesundheit und Wahrheit fest. Die "Gesundheit der Seele" ist, so Descartes, wie die Erkenntnis der Wahrheit: "wenn man sie hat, denkt man nicht mehr daran". Wenn aber, so Canguilhem, man annimmt, dass Wahrheit kein logischer Wert ist, der Ort

der Wahrheit also nicht nur das Urteilen sein kann, dann könnte auch nach der Gesundheit als der Wahrheit des Körpers gefragt werden. In Nietzsches Deutung erscheint die Wahrheit des Körpers als die "große Gesundheit", die als Gegenteil der Krankheit der jenseitsbezogenen Moralpredigt erscheint: "Redlicher redet und reiner der gesunde Leib, der vollkommene und rechtwinklige: und er redet vom Sinn der Erde". Und: "Es ist mehr Vernunft in deinem Leibe, als in deiner besten Weisheit". (56) Und obwohl die Formulierung von der Wahrheit des Körpers sogar in der Wissenschaft, genauer, in der Physiologie benutzt wurde, ist es nicht zwingend, - wie dies Starling betonte - darin nur eine Metapher für die Mechanismen der organischen Selbstregulation zu sehen. Dem Begriff Gesundheit schien jede wissenschaftliche Relevanz abzugehen.

6 Die Bestimmung des Verhältnisses vom Normalen und dem Pathologischen

In seiner 1966 (1972 zweite Auflage) unter dem Titel *Das Normale und das Pathologische* in Frankreich erschienen Zusammenfügung zweier Texte - des 1943 entstandenen Textes *Versuch über einige Probleme, das Normale und das Pathologische betreffend* und des zwischen 1963 und 1966 geschriebenen Textes *Neue Überlegungen zum Normalen und zum Pathologischen*) - widmet sich Canguilhem der Begriffsklärung der Normativität bzw. der Kriterien der Unterscheidung des Normalen und des Pathologischen in der Medizin. Darüber hinaus wird diese Arbeit am Begriff auch vom Versuch begleitet, „einige Methoden und Erkenntnisse der Medizin in die philosophische Spekulation einzubringen“. (16) In seiner Auswahl des medizinischen Materials beschränkt sich Canguilhem auf die Fälle aus dem Bereich der pathologischen Physiologie. Die zentrale Frage, um die diese Untersuchung Canguilhems aufgebaut ist, bezieht sich auf das Verhältnis vom Normalen und dem Pathologischen. Zu

klären ist, ob es sich hier um einen qualitativen oder doch - wie dies zum größten Teil im 19. Jahrhundert angenommen wurde - um einen lediglich quantitativen Unterschied handelt. Aus diesem Dilemma sind zwei zentrale Krankheitsvorstellungen hervorgegangen: eine sog. ontologische und die andere sog. dynamische Krankheitsauffassung. Die ontologische Krankheits-
theorie sieht im Kranken, eine „um ein bestimmtes Sein vermehrten oder beraubten Menschen“. (19) So etwa werden die Infektionen als eine durch das Hinzukommen der fremden Elemente verursachte Seinsveränderung gedeutet. Solche Krankheit ist dem statisch gedachten Sein etwas Äußerliches. Sie kommt von außen in den Menschen und kann ihn auch wieder in die Richtung verlassen. Die dynamische Krankheitstheorie geht von einem allgemeinen Gleichgewicht in der Natur, was auch die innermenschliche Natur betrifft. Die Krankheit kommt hier vor als eine Störung dieses Gleichgewichts vor. Die äußeren Umstände spielen dabei die Rolle der Anlässe und nicht etwa der Ursachen, wie dies in der ontologischen Theorie der Krankheit der Fall ist. Die dynamische Theorie geht noch ein Schritt weiter und versteht die Krankheit als eine Reaktion des Organismus auf den Verlust der Harmonie. Auf jeden Fall erlaubt sie die Annahme eines Kontinuums zwischen dem normalen und kranken Zustand, einer Übergangssphäre, die sich eigentlich konsequenterweise auch quantifizieren lässt. Am Ende dieser Entwicklung der dynamischen Krankheitstheorie steht die Auffassung von der Krankheit als einer quantitativen Abweichung von dem durch die physiologischen Parameter eingegrenzten Normalzustand. „Semantisch wird dabei das Pathologische gegenüber dem Normalen nicht so sehr als *a* oder *dys*, vielmehr als *hyper* oder *hypo* gekennzeichnet“. (21) Laut Canguilhem hat dies fast die komplette Auflösung des Krankheitsbegriffs zur Folge. „Im Pathologischen entziffert man nunmehr - wie unterm Vergrößerungsglas - die Wahrheit über den Gesundheitszustand, etwa so wie Platon in den Institutionen des Staates das vergrößerte und daher leichter lesbare Eben-

bild der Tugenden und Laster der Seele des Einzelnen aufsuchte". (22)

Es handelt sich also um eine „substantielle Identität der pathologischen und der entsprechenden physiologischen Phänomene" (25), die laut Canguilhem im 19. Jahrhundert ihre interessantesten Vertreter in Auguste Comte und Claude Bernard findet.

Comte formuliert den universellen Prinzip der Modifizierbarkeit der Phänomene folgendermaßen: „jede - künstliche oder natürliche - Modifikation der wirklichen Ordnung betrifft lediglich die Intensität der entsprechenden Phänomene [...], unbeschadet der Gradunterschiede bleibt die Anordnung der Phänomene unverändert bestehen, und jede Artveränderung im strengen Sinn, d.h. jeder Wechsel der Klasse, muss als Widerspruch angesehen werden". (Co 29, C26) Nach eigener Bekundung leitet Comte dieses aus dem speziell auf das Problem der Krankheit und Gesundheit gemünzten Ansichten von Broussais ab. Dieser sah in der Krankheit ein Mangel oder Übermaß an der für die Erhaltung des gesunden Zustandes nötigen Reizung der Gewebe. Die Intensitätsveränderung des Reizes ist also entscheidend für den Übergang von dem gesunden in den kranken Zustand und umgekehrt. Dazu Canguilhem: „Im Reiz sieht Broussais den Lebensfaktor par excellence. Der Mensch existiert nur vermöge des Reizes, den die Umwelt, in der er zu leben gezwungen ist, auf seine Organe ausübt." (30) Broussais zufolge gilt es die Physiologie auf die Pathologie anzuwenden und zu prüfen, wie „diese Reizung von Normalzustand abweichen und einen anormalen oder krankhaften Zustand schaffen kann". (19: 263; C 30) Krankheit ist demnach die Irritation, die entweder durch den Mangel oder den Übermaß an der Reizung entsteht. So entsteht der Erstickenfalls durch das Fehlen der sauerstoffhaltigen Luft bzw. dem Mangel an dem für die Atmung nötigen Reizmittel. Eine Entzündung der Atemwege entsteht dagegen, wenn dieser Reizmittel übermäßig vorhanden ist, die Lungen also übermäßig gereizt sind. (31)

Dass dieser Standpunkt nicht unproblematisch ist, wird auch Canguilhem zugeben müssen. Er wirft Broussais vor, in seiner These von der qualitativen Identität vom Gesunden und Pathologischen die Ursache und Wirkung zu verwechseln und erläutert dies folgendermaßen: „Ein und derselbe quantitativ zunehmende Reiz kann zuerst einen angenehmen Zustand und bald darauf einen Schmerz hervorrufen, zwei Empfindungen, die wohl niemand gleichsetzen würde. In Broussais' Theorie werden beständig zwei Standpunkte durcheinandergeworfen: der des Kranken, der seine Krankheit erfährt und dem sie widerfährt, sowie der des Wissenschaftlers, der in der Krankheit nichts finden kann, worüber die Physiologie nicht Aufschluss zu geben vermöchte. Für die Zustände des Organismus gilt indessen dasselbe wie für die Musik: die akustischen Gesetze werden zwar durch einen Missklang keineswegs verletzt, doch dies bedeutet nicht, dass jede Kombination von Tönen dem Ohr angenehm klingt“. (31)

Beides, die Kontinuität zwischen zweier Zustände und ihr qualitativer Unterschied müssen sich laut Canguilhem nicht notwendig ausschließen. Die Unbestimmtheit der Begriffe ‚Übermaß' und ‚Mangel' verstärken nur den Verdacht einer Unstimmigkeit von Broussais' These: „Denn Übermaß oder Mangel gibt es nur in bezug auf ein für gültig und wünschenswert erachtetes Maß, ergo in bezug auf eine Norm. Eine Definition des Anormalen durch das Zuviel oder Zuwenig anerkennt notwendig den normativen Charakter des normal genannten Zustandes“. (32)

Dieser ist keine nachweisbare Tatsache, vielmehr beruht er als Norm auf einem Akt der Anerkennung gewisser Werte. Broussais und Comte - trotz aller Abneigung gegen jegliche Ontologisierung dieses Problems und gegenläufigen Beteuerungen - definieren Krankheit doch nicht von einer nachgewiesenen Objektivität, sondern ausgehend von einem Ideal der Vollkommenheit, der sich als halten an bestimmten Werten konkretisiert.

Abgesehen von einer gewissen Zurückhaltung Comtes gegenüber der Mathematisierung physiologischer und pathologischer Vor-

gänge bleibt diese Dimension des Problems im 19. Jahrhundert weitgehend unbeachtet. Claude Bernard übernimmt diesen Ansatz und weitet ihn auf die Frage einer effektiven Therapie aus. Jede Therapeutik, so Bernard, muss auf einer experimentellen Pathologie beruhen, und diese wiederum basiert, oder genauer, ist identisch mit der Physiologie. Canguilhem sieht darin zwar ein legitimer Versuch, sich in der Therapie von den Widersprüchen einer Ontologie der Krankheit zu befreien, moniert aber zugleich, dass dies mit einer gewaltsamen, durch die theoretische Inkonsequenz erzeugte Einebnung qualitativer Unterschiede des Gesunden und Pathogenen erkauft worden ist. „Man kann durchaus bestreiten, dass Krankheit eine Art Vergewaltigung des Organismus bedeutet, und sie vielmehr als ein Ereignis ansehen, das der Organismus durch ein Zusammenspiel seiner regulären Funktionen selber schafft, ohne doch das Neue an diesem Zusammenspiel zu leugnen. Ein bestimmtes Verhalten des Organismus kann frühere Verhaltensweisen fortführen und zugleich ein anderes sein“. (55)

7 Die Hermeneutik der Heilkunst. Therapie und Dialog

7.1 Ärztliche Kunst in der Spannung zwischen Praxis und Techne

Die Verteidigung und Rechtfertigung der ärztlichen Heilkunst sieht sich laut Gadamer mit dem Problem der genauen Bestimmung dessen, was hier ‚Kunst‘ bezeichnen soll. Die griechische *Techne* bezeichnet eine besondere Form des praktischen Wissens, das in den Herstellungsprozessen obwaltende Herstellkönnen. Die Herstellung hat im Unterschied zur Lebenspraxis oder Musizieren den Zweck, ihr Werk (*Ergon*) außer sich selbst. Aus ihrer Tätigkeit entlässt sie ein Artefakt. Das Herstellkönnen ist aber ein Wissen aus Gründen. Der Herstellende weiß, warum er dies oder jenes tut, um ein Werk zu vollbringen. Das

herstellende Wissen hat somit eine gewisse Allgemeinheit, die es auf die Grenze zu dem theoretischen Wissen, der *Theoria* bringt.

Laut Gadamer nimmt die Heilkunst in dieser Konzeption des Wissens eine sehr problematische Stellung ein. Inwiefern lässt sich hier noch von einer Kunst sprechen, wenn man in betracht zieht, dass die Heilkunst weder ein Artefakt vollbringt noch sich in ihrer Verfahrensweise eines Materials bedient, um etwas anderes daraus zu schaffen. Vielmehr lässt sie sich als ein Wiederherstellen bzw. ein Wiederherstellenkönnen bezeichnen. Das durch den Arzt Hergestellte hat kein neues Sein, das als *Ergon* das Können des Herstellenden bezeugen könnte. „Der Gesunde ist nicht Gesundgemachte.“, sagt Gadamer. Auch der erfolgreichste Vorgang der Heilung lässt die Frage nach dem ärztlichen Anteil an diesem Erfolg offen. Inwiefern sich die Heilung der Natur oder etwa dem Arzt zuschreiben lässt, ist nicht durch den Anbetracht des Gesunden zu entscheiden. Gadamer zufolge hat das weitreichende Folgen für den Status der ärztlichen Kunst. Durch ihre Verflechtung mit den weitaus in der Verborgenheit wirkenden Kräften der Natur wird diese sonderbare Form der *Techne* in die spannungsvolle Nähe zum Schicksal, der *Tyche* gerückt. Weder der Arzt noch seine Umgebung haben ein Kriterium, um eindeutig über die Triftigkeit der ärztlichen Heilkunst zu entscheiden. Andererseits ist ihr Verhältnis zur Natur dadurch ausgezeichnet, dass sie nicht - wie jede andere Kunst - nur im Rahmen der natürlichen Ordnung ihr Entfaltungsraum findet, sondern die Natur d.h. die Gesundheit als ihr zu vollbringendes Werk hat. Die Unterordnung unter die Natur hat hier eine andere Qualität als es in den anderen Formen der *Techne* der Fall ist. Somit hat der Arzt weder die Möglichkeit von seinem Werk Abstand zu nehmen - denn als Teil natürlicher Ordnung hat ihm die Gesundheit des Patienten zu keinem Zeitpunkt gehört - noch wird von ihm erwartet, die Behandlung dort zu unterlassen, wo die Möglichkeit der ‚Herstellbarkeit‘ der Gesundheit als gering eingeschätzt

wird. Eingebettet in die Gleichgewichtsvorstellungen der alten griechischen Kosmologie, wo die Natur als eine sich im Gleichgewicht selbsterhaltende Ordnung begriffen wird, begegnet das ärztliche Tun als ein Bemühen um die Wiederherstellung des zum Teil verloren gegangenen Gleichgewichts des gesunden Körpers. Die heilende ärztliche Mühe stellt nicht die neue Gleichgewichtsordnung her, sondern sie ist vielmehr ein „Abfangen des schwankenden Gewichts“, wobei sich diese Mühen im Moment der Wiederherstellung erübrigen, das ärztliche Tun also zugleich auf seine Selbstaufhebung zusteuert. Die moderne Naturwissenschaft geht von einem ganz anderen Ansatz aus. Sie geht nicht von einer im Gleichgewicht stehenden natürlichen Ordnung sondern von einer beherrschbaren Natur aus, die sie als solche konstruktiv zu transzendieren und mit Artefakten zu ersetzen vermag. Das auf diesem theoretischen Ansatz aufbauende praktische Können wird zu einer Technik der Arbeitsteilung, einer Technik ohne Ganzheitsbezug. Denn es ist gerade das Wissen um das Ganze, das die alte Techne und somit das ärztliche Tun leitet. Das Ganze meint dabei aber mehr als nur das kosmologische Ganze der Naturordnung, sondern das Ganze der Lebenssituation. Der Arzt soll imstande sein, die Teilaspekte einer Erkrankung zu einem Ganzen einzuteilen, und zwar nicht nur zu einem Ganzen des Organismus, sondern zu einem Ganzen der Seins des Patienten, in die auch der Arzt und die Gesamtheit der Situation des Patienten gehören.

7.2 Medizin zwischen Natur und Kunst. Das ärztliche Können in den Kreisläufen der Natur

Der Text *Zwischen Natur und Kunst* versteht Gadamer als eine fiktive Fortsetzung der Gespräche, die dieser in der Zeit vor 1949 mit Victor von Weizsäcker geführt hatte. Nach eigenem Bekunden machte und macht sich auch diesmal Gadamer keine Illusionen über die Art seines Beitrages zum medizinischen Diskurs. Was die ärztliche Wissenschaft und Kunst betrifft,

sei er ein Laie, und was den medizinischen Aspekt angeht, könne er keinen produktiven Beitrag in diesen Bereichen leisten. Sein Interesse gelte doch in einem bestimmten Hinblick dem Begriff der Kunst, die ein „Inbegriff von Können“ darstellt, ein Inbegriff, so Gadamer, „der als die gefährlichste Begabung des menschlichen Wesens uns allen bekannt ist“. (111-112) ‚Kunst‘ wird hier deshalb im Rahmen des antiken Verständnisses von ‚Techne‘ gedeutet und bezeichnet eine bestimmte Art vom Wissen und wissendem Können. Die Möglichkeit, sich könnend und wissend mit der Welt und der Natur umzugehen, gestattet den Menschen, auf die Distanz vom eigenen und dem allgemeinen Natursein zu gehen. Dadurch sind wir, so Gadamer, „in einer eigentümlichen Weise Ausgesetzte, und insbesondere sind wir unserer Zukunft ausgesetzt. Denn wir sind das Wesen, das Zukunft denkt und die Zukunft vorausblickend zu wissen sucht“. (113) Es handelt sich aber um ein Ausgesetztsein, das uns im höchsten Maße gefährdet, ja, es ist die schlimmste Form der Selbstgefährdung der Menschheit, die sich insbesondere in der Moderne zu einer Krisis konkretisiert. Als Könnende, als um die Zukunft wissende und die Zukunftsfähige Wesen verlassen wir Menschen den in sich ruhende und sich stets im Gleichgewicht haltende Kreis der Dinge, den Kreis der Natur. Vor allem ist diese Gefährdung durch die Ausgesetztheit und die Entfernung vom eigenen Natursein in der sog. westlichen, europäischen Zivilisation sichtbar. Das „Großartige der Leistung dieser europäischen Zivilisation“ überzieht wie eine „Zivilisationsdecke“ in zunehmendem Maße die ganze heutige Welt. Somit ist die Krise, die Krankheit der westlichen Zivilisation, zugleich die Krise der ganzen modernen Menschheit. Deshalb besteht laut Gadamer die „allgemeine Menschheitsaufgabe“ darin, zu lernen, wie die Exzentrizität des Menschen in den „großen Gleichgewichtsrhythmus der Naturordnung“ zurückzubringen ist. (113) Als ein Beispiel dafür, wie diese Ordnung bzw. die Einordnung des Besonderen des Menschseins in ein einheitliches Natursein auszu-

sehen hätte, führt Gadamer das „Geheimnis des Schlafes“ an: „Eben hierin begegnet die besondere Ausstattung des Menschen, in solchem Gang zwischen Schlaf und Wachen, zwischen Entspannung und Anspannung, die Einheit mit sich selbst auf die gewagtesten Ziele hin zu entwerfen und durchzuhalten“. (114) Das sagt auch etwas über die Grundverfassung des Menschen aus, das auch jeder Arzt zu beachten hat: „nicht nur den Leidenden wiederherzustellen, sondern ihm mit der Rückstellung, Rückgabe, Rückkehr zu seinem Können und Sein die Einheit mit sich selbst wiederzugeben“. (114) Gadamer beteuert, wie er hoffte, mit Weizsäcker das „Geheimnis des ‚Kreises‘“ nach seiner Ankunft in Heidelberg diskutieren zu können. Was damit gemeint sein könnte, soll Platon in seinem *Phaidros* schon angedeutet haben, als er Sokrates sagen lässt, dass Nichts – weder über die menschliche Seele noch über den Leib – ohne das Wissen um das Ganze, das *Holon* der Natur erkennbar ist. „Ein *Holon* ist auch das Heile, das kraft seiner in sich geschlossenen und sich selbst immer wieder herstellenden Lebendigkeit in das Ganze der Natur eingefügt ist.“ (116) Muss ein Arzt – um Platons zu entsprechen – die gesamte Natur des Alls kennen, damit er dem einzelnen an dieser oder jener Krankheit leidenden Menschen helfen kann? Angesichts der historisch sich immer wieder bezeugenden, diesem Vorhaben zuwiderlaufenden Entwicklung, wo nicht mehr primär nach der Ganzheit sondern nach der optimalsten Form der Teilung und Aufteilung gefragt wird, drängt sich auch die Frage nach der Stellung der ärztlichen Kunst im Rahmen dieser Prozesse auf. Obwohl unter den Zwängen der modernen Arbeitsteilung, so Gadamer, kommt der Medizin doch eine einzigartige Stellung im Ganzen der menschlichen Wissenschaften, denn „die ärztliche Wissenschaft ist die eine, die am Ende überhaupt nicht herstellt, sondern ausdrücklich mit der wunderbaren Fähigkeit des Lebens rechnen muss, sich selber wiederherzustellen und sich selber wiederherzustellen und sich in sich selbst wieder einzuspielen“. Der Wiederherstellung des ungestörten Lebensflusses behilflich zu

sein, ist laut Gadamer die eigenste Aufgabe des Arztes. Dies soll er allerdings so kunstvoll tun, dass uns sowohl unser Natursein als auch unsere Angewiesenheit aufs Können vor Augen geführt werden. Der Arzt führt uns durch sein Können einerseits wieder in unseren ‚Kreis‘ zurück: in den natürlichen Kreis von Schlaf und Wachen, in die Harmonie des Stoffwechsels, in das soziale Gleichgewicht usw., andererseits zeigt er uns, dass jedes Können auch seine Grenzen hat und jeder sich seiner eigenen Grenzen bewusst werden muss.

7.3 Die Verborgenheit der Gesundheit. Die Unmöglichkeit der Normierung der Gesundheit.

Das täglich erfahrene Spannungsverhältnis zwischen der wissenschaftlichen Medizin und der (eigentlichen) Heilkunst stellt Gadamer in das klassische Problemfeld der Philosophie: das Verhältnis von der Theorie und der Praxis. Die moderne medizinische Wissenschaft begegnet hier als das Wissen im Allgemeinen, das das Phänomen der Gesundheit objektiviert. Dies tut sie allerdings zunächst, dort wo diese fehlt und die Lebensabläufe gestört werden, in der Krankheit also. Als das Störende, das Widerstand leistende und das die Lebensordnung Bedrohende steht die Krankheit dem forschenden Blick der Wissenschaft entgegen. Sie wird zum wissenschaftlichen Gegenstand. Damit fügt sie sich in ein modernes Bild der Natur, der Natur als dem Bedrohungspotential, das es experimentell zu hinterfragen und zu kontrollieren gilt. Dabei wird das eigentliche positive, die Phänomenalität der Gesundheit durch die Zuwendung zu Krankheit verdeckt. Die Krankheit erscheint als etwas, das in seiner Negativität objektivierbar und somit messbar ist. Gesundheit, so Gadamer, entzieht sich diesem Vorhaben, das auf die Standardisierung und Normierung hinausläuft. Die Gesundheit ist nicht nach einem von Außen herangetragenen Maß standardisierbar, denn sie ist bestimmt durch ihr eigenes Mass. Jede Krankheit – und das bestätigt uns die

Alltagssprache - wird als ein ‚Fall‘ betrachtet. Der Fall (*ptosis, casus*) kommt vom Zufall. Die Krankheit fällt einem im Leben zu. Sie begegnet einem aus einem größeren Zusammenhang, das weitgehend in der Verborgenheit bleibt. Diese verborgene, vorgängige Positivität bezeichnet Gadamer als Gesundheit. Deshalb darf sich das ärztliche Handeln niemals in dem naturwissenschaftlich begründeten Verfahren der klinischen Medizin erschöpfen. Dieses Handeln ist primär ein Können, in das sich die wissenschaftlichen Methoden einfügen können und nicht umgekehrt. Behandeln des Patienten schließt - wie übrigens jedes andere Behandeln - die Anerkennung des Andersseins des Patienten (des Anderen) mit ein. Der ‚behandelnde‘ Arzt trägt auf die besondere Situation eines Patienten und seiner Erkrankung nicht das fremde Maß einer Norm oder eines Standardwertes. Der Arzt ist in der Situation einer „freigebenden Fürsorge“ gegenüber dem Patienten, aber auch gegenüber seinem eigenen ärztlichen Können. Er muss sich von Vorsicht und Rücksicht leiten lassen. Therapieren heißt dienen, so Gadamers Erläuterung des griechischen Ursprungs von ‚Therapie‘ (Dienst). Es ist ein Dienst an der Natur, bei dem er nicht etwas herstellen, sondern den verlustig gegangenen Gesundheitszustand herbeiführen muss.

Die Gesundheit als die ursprüngliche Positivität ist aber gerade in ihrer Anwesenheit das Fernste, das „geheimnisvolle Etwas, das wir alle kennen und irgendwie gerade nicht kennen“. Für den Gesunden ist die Gesundheit selbstverständlich und er macht sich über sie wenig Gedanken. Die Gesundheit entzieht sich weitgehend der Bewusstheit. Sie verbirgt sich und erscheint meistens im diffusen Gefühl des Wohlfühlens, so dass „wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren - das ist Gesundheit“. (144) Man kann jemanden Fragen, ob er sich krank fühle, es ist aber nicht üblich, zu fragen, ob man sich gesund fühle. „Gesundheit ist eben nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-

Sein, Mit-den-Menschen-Sein", eben eine Abwesenheit von den sich in der Krankheitsform aufdrängenden und den Lebensfluss störenden „Aufsässigkeiten“. Um dies zu erläutern greift Gadamer erneut das Motiv des Gleichgewichts auf und zitiert Rilkes Satz aus Duineser Elegien: Wie das ständige Zuwenig umspringt in das leere Zuviel.“ Die medizinischen Eingriffe können sich diesem Gebot der Gleichgewichtshaltung nicht entgegenstellen, ohne dabei schädigend zu wirken. Die Gesundheit ist „die Rhythmik des Lebens, ein ständiger Vorgang, in dem sich immer wieder Gleichgewicht stabilisiert“. (145) Es sind, so Gadamer, die ablaufende „rhythmische Phänomene“ des Schlafes, des Atems und des Stoffwechsels, in denen sich dieser ungestörte Lebensrhythmus äußert. Die Verborgenheit der Gesundheit scheint das Geheimnis unserer Lebendigkeit in sich zu bergen. Der heilende Arzt, um mit Platon zu reden, richtet sich somit auf das Ganze als das Ganze des Seins, und seine Kunst gewinnt den Charakter einer Universalwissenschaft. Dass die Harmonie, die der Arzt bemüht ist wiederherzustellen, in der Verborgenheit liegt, deutet nur auf ihre Stärke hin. Denn als solche wirkt sie auf einen, ohne an seiner Substanz zu zerren. Die Harmonie zeugt von der Zugehörigkeit zu Natur, der gegenüber wir nicht in einer Abwehrhaltung verharren können. Erst als naturhafte Wesen, als Teil dieser Harmonie, können wir uns überhaupt zu Wehr setzen. Das Geheimnis der Gesundheit, so Gadamer abschließen, erweist sich als Geborgenheit in dieser verborgenen Harmonie.

8 Der interpretative Zugang zur Medizin. Die Krankheit als das semantische Netzwerk

Die Vorstellung von der Krankheit als einem semantischen Netzwerk entwickelte sich vor allem auf dem Feld der Ethnomedizin. Diese ging von einer starken kulturellen Abhängigkeit der Krankheiten aus. In der einleitenden Betrachtung zum Band *Krankheit als semantisches Netzwerk* stellt Thomas Lux die

Grundzüge dieser Theorie dar. Laut Lux bezieht sich der Begriff ‚semantisch‘ auf die Methode des Dechiffrierens der Elemente eines Netzwerkes: „Die Elemente des Netzwerkes werden als Felder von Bedeutung aufgefasst, die einen jeweils kulturspezifischen Sinn haben“. Dies soll allerdings über die reine sprachwissenschaftliche Dimension hinausgehen und die „unterschiedlichen Forschungstraditionen von Ethnosemantik, Semiotik, Symbolforschung und Hermeneutik“ aufnehmen, d.h. das „weite Feld der nichtsprachlichen Zeichen in den Interpretationszusammenhang von Krankheit“ hereinholen. (10) Es geht hier also um die Neustellung und die Neugestaltung der Frage nach der Krankheit im Rahmen einer interpretativ vorgehenden Ethnomedizin.

In einem eingangs gestellten historischen Überblick über die ethnomedizinische Forschung der letzten Jahrzehnte stellt Lux darin antreffende Inkonsistenzen fest. So etwa wurde zeitweise in den 50ern und 60ern Jahren auf die kulturelle Dimension der Krankheit nur im Falle der für die fremden Kulturen charakteristischen Krankheitsphänomene hingewiesen, oder es etwa wurde quer durch die unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften zwischen kulturabhängigen und kulturunabhängigen Syndromen unterschieden. Lux zufolge muss jedoch immer von einer kulturellen Abhängigkeit der Krankheitsphänomene ausgegangen werden. Denn „Krankheiten werden nicht als - von der Natur vorgegebene und von der biologisch-technischen Medizin inventarisierte - feste Wahrheiten akzeptiert, sondern als Variablen der sozialen und kulturellen Umstände angesehen“.

(11) Der ethnomedizinische Zugang zu den Phänomenen der Krankheit und Gesundheit steht somit nicht etwa in der Opposition zum biologischen, sondern zum biologistisch-technischen Verständnis der Medizin, die den Menschen als „Analogon zu einer Maschine“ versteht, die Krankheit also durch die Abweichung von einem Soll- bzw. Normalwert definiert. Die Ethnomedizin ist vielmehr bestrebt, die biologistisch-technische nicht auf ihre Richtigkeit oder Falsch-

heit zu prüfen, sondern den Rahmen zu ermitteln, in dem sie einen Sinn erst überhaupt machen können. „Hier bietet“, so Lux, „die Ethnomedizin als Erkenntnis- und Forschungsmethode an, den gesamten Prozess, in dem die Krankheit abläuft, zu untersuchen: von der Wahrnehmung durch den Kranken oder seine Gruppe an, über seine Rezeption, Interpretation und Suche nach Abhilfe, vom eventuellen Hinzuziehen eines Spezialisten und dessen Reaktion bis hin zur Einschätzung des Ergebnisses der Behandlung“. (13) Dies sind allesamt die Elemente deren Bedeutung laut Lux nicht einfach zur Disposition steht, sondern jedes Mal gesucht werden muss. Deshalb entwickelt er aufgrund dieser Elemente eine Tabelle, in der sich die vier typische Perspektiven (Individuum, Gruppe, Spezialist, kulturfremder Spezialist) der beteiligten Personen mit den zwei Grundtypen der Beobachtung (Eigen- und Fremdbeobachtung) kreuzen und somit acht semantische Felder ergeben. Dies erlaubt uns laut Lux, einerseits das komplette Spektrum der Krankheitssemantik abzudecken, andererseits jeden von diesen semantischen Feldern als relevant für das Verstehen der Krankheit zu erkennen. Mit der Einbeziehung der verschiedenen Beobachtungsperspektiven in den allgemeinen Verständnisprozess der Krankheit wird die Kategorie der Fremdheit auch für die im Rahmen des eigenen Kulturkreises stattfindende Deutung der Krankheit wichtig. Das Bewusstsein der Fremdheit im Eigenen, das Bewusstsein der Möglichkeit der Betrachtung der eigenen Fremdheit wird zwar auf dem Umweg über die Betrachtung der aus den uns als genuin fremd erscheinenden Kulturen stammenden Krankheitsbilder gewonnen, findet dann in einem methodisch entfaltetem semantischen Netzwerk der Ethnomedizin seinen festen Platz.

In Anbetracht dieser methodischen Voraussetzungen wird die Bestimmung von ‚Krankheit‘ auch entsprechend neuformuliert werden müssen. Die Unterscheidung zwischen biologistisch-technischen und der ethnomedizinischen Perspektive hat auch ihre definitorischen Konsequenzen bezüglich des Begriffs

‚Krankheit‘. So schlägt Byron J. Good in seinem Aufsatz *The Heart of Whats the Matter* das ‚Kranksein‘ (illness) als eine Bezeichnung, die auch die kulturspezifischen Momente der Krankheit umfassen soll, und meint eine bestimmte Konstellation von „symbols and experiences which typically ‚run together‘ for the members of a society“. (Good, 25) In *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry* von 1980 definiert Arthur Kleinman die Krankheit (diseas) als Missfunktion biologisch-physiologischer Prozesse, das Kranksein dagegen als das konkrete Erleben, die Innenansicht des Patienten. Als der Oberbegriff von ‚Krankheit‘ und ‚Kranksein‘ fungiert die ‚Erkrankung‘ (sickness).

9 Der Kranke als Fremder. Die Grenzen der Hermeneutik der Gesundheit

Die These, dass das Problem des rechten Heilens nicht allein durch die Methoden und das therapeutische Wissen zu lösen ist, gilt für Bernhard Waldenfels als die Ausgangsposition, von der er sich den Phänomenen der Krankheit und des Kranken anzunähern versucht. Genauer genommen sollte man diese als Hyperphänomene bezeichnen, da sie, so Waldenfels, in die Gruppe der Phänomene gehören, derer Erscheinungsbedingungen uns nicht restlos zugänglich sind. Nicht zuletzt deswegen stehen sie auch unter einem gewissen Verdacht, ein Ort der Fremdheit zu sein, und zwar einer Fremdheit, die eine gewisse kategoriale Macht entfaltet, ja, imstande ist, die gängige und etablierte Seinsordnungen zu unterlaufen oder zu durchkreuzen. Auch die Medizin entfaltet sich immer aus einer bestimmten Ordnung bzw. sie geht von einer gewissen Normalität aus, die es im Störungsfall therapeutisch wiederherzustellen gilt. Jedoch, in welcher Hinsicht oder dürfen wir überhaupt hier von einer Wiederherstellung sprechen? So hat der durch die sog. Entzauberung der Natur ausgelöste neuzeitliche Ordnungsschwund

auch in der Medizin ein normatives Vakuum hinterlassen, der keineswegs durch die beliebige Normalisierungsmaßnahmen rückgängig gemacht werden kann. Die Normalisierung erweist sich aber auch dort problematisch, wo von einer aktuell wirksamen Ordnung ausgegangen wird. Denn „jede Ordnung lässt in ihrer unumgänglichen Begrenztheit einen Überschuss an Fremden entstehen, der in der jeweiligen Ordnung keinen Platz findet und zugleich verhindert, dass diese in sich selbst zu Ruhe kommt“.

(116) Eine jede Therapie stehe deshalb im Spannungsfeld zwischen Normalität und Fremdheit. Darin wird der Umgang mit dem die Ordnung in Frage stellenden Fremden bestimmt und über die Möglichkeiten der Therapie entschieden.

Die schon angedeutete Unzulänglichkeit des Wiederherstellungsbegriffs in Sachen Therapie führt uns auf dem direkten Weg ins Problemfeld der Bestimmung des Verhältnisses von Normalität und dem Außerordentlichen. Die Vorstellung von der Therapie als der Wiederherstellung eines Zustandes der Nicht-Krankheit, bedeutet „bereits eine Schwundstufe“, denn sie thematisiert nur die Wiederherstellung einer als selbstverständlich vorausgesetzten Ordnung, nicht aber die Ordnung selbst. „Doch“, so fragt Waldenfels, „woher stammt die Ordnung, die herzustellen oder doch wenigstens wiederherzustellen ist?“ (118) Der geistesgeschichtlicher Befund deutet auf einen an der Schwelle zur Neuzeit stattgefundenen Umschwung, bei dem eine Einbindung der Medizin in die gesamte Welt- und Lebensordnung von der Vorstellung der Medizin als der Behebung der körperlichen Funktionsstörungen innerhalb der nach den mechanischen Gesetzen verlaufenden natürlichen Vorgängen geleitet wurde. Und trotzdem hält sich in einem gewissen Rahmen auch in der Neuzeit ein Verständnis der Medizin durch, der uns unter dem Terminus ‚Heilkunst‘ geläufig und bei dem bezüglich der Normen auch und vor allem von den Wertnormativität und nicht nur von einer funktionalen Normativität die Rede ist. Das Besondere an der ‚Heilung‘ ist, dass sie einen „wertenden Vergleich von Zu-

ständen" voraussetzt, einen Vergleich nämlich, der in der nichtteleologisch vorgehenden modernen Naturwissenschaft sonst kaum Platz hat. Für die Heilkunst jedoch ist die Gesundheit nicht nur ein unter den vielen Körperzuständen in der Kette der Naturereignisse. In diesem Zusammenhang ist der methodischen Frage nach der Erreichbarkeit eines körperlichen Zustandes die Frage nach dem Wert dieses Zustandes vorgelagert. Die Gesundheit muss also erst als ein wertvoller Zustand angesehen werden, um nicht restlos in der funktionalistischen Indifferenz der physikalischen Ereigniskette zu verschwinden.

Ausgehend von der Wertnormativität könnte man die Suche nach den zureichenden Bedingungen der Therapie auf dem Feld der Kulturanthropologie zu klären versuchen. Denn sie erschließt ein Spektrum der normativen Gesamtordnungen, in die die Therapie verankert werden könnte. Ein reichliches Angebot der Normalisierungsverfahren, die sich an die von diversen Wertvorstellungen geleitete Gesamtheitsordnungen orientieren, stünde dann zur Verfügung. Dabei wäre man aber dem Dilemma ausgeliefert, entweder sich beliebig für eine der gleichwertigen Ordnungen zu entscheiden oder die Funktionalität dogmatisch zum Kriterium zu erheben, sich also vor allem für diejenige Ordnung entscheiden, die Stabilität und Funktionalität verspricht. Hier muss man bemerken, dass Waldenfels keine explizite Unterscheidung zwischen der Funktionalität in der physikalischen Ereigniskette und der Funktionalität der Werte trifft, oder andersherum, dass er versäumt, darüber Klarheit zu verschaffen, dass die Funktionalität nicht immer Wertelosigkeit impliziert. Es gibt aber, und das stellt er deutlich heraus, ein Funktionalisieren der Werte, das - mit Nietzsche zu sprechen - durch einen ‚Willen zur Ordnung‘ bestimmt ist, der konsequenterweise die phänomenale Wirklichkeit der Krankheit und der Therapie überspringt.

Als ein Korrektiv in dieser Hinsicht könnte laut Waldenfels die Gesprächsorientierung der Therapie fungieren, und zwar nur

dann wenn sie mit einer Anerkennung des Kranken als gleichwertigen Dialogpartners verbunden wird. Die Gesprächsorientierung der Therapie macht, dass eine in wissenschaftlicher Sprache objektiv und neutral besprochene Krankheit in der Gestalt des Kranken personifiziert wird. Dies ist ein Ansatz, der auch innerhalb der eher naturwissenschaftlichen orientierten Medizin ernsthaft genommen wird. Doch die verschiedenen Weisen und Grade seiner Akzeptanz zeugen auch darüber, dass ihm bisher kein eindeutiger Platz im medizinischen Diskurs zugeteilt ist. Darüber hinaus zeigt sich die naturwissenschaftliche Sicht auf Krankheit auch in Anbetracht der durch die medizinische Technik aufgeworfenen ethischen Fragen als zu eingeschränkt. „Die Enteignung und Entmündigung des Alltagsmenschen durch Wissenschaft, Technik, Administration und Markt macht offensichtlich auch vor dem Kranken nicht halt. Krankheit wird nicht nur untersucht und behandelt, sie wird auch verwaltet, und an ihr wird verdient.“ (122)

Zunächst aber richtet sich Waldenfels auf die scheinbare Alternative der gesprächs- und naturwissenschaftlich orientierten Therapieformen. Nicht zuletzt verdankt sie sich einer Unschärfe in der Bestimmung von Gespräch und Therapie, die in der extremsten Form eine „pantherapeutische Einstellung“ bzw. „Medikalisierung“ zur Folge hat, bei der alles in „gesund-krank“ Schema abgehandelt wird. Doch, so Waldenfels, weder wird jedes Gespräch zwecks einer Therapie unternommen noch hat jede Therapie die Dialogform. Er versucht deshalb eine präzisere Bestimmung der Gesprächstherapie zu geben, und bestimmt das sog. Heilungsgespräch als eine Dialogform, „wo das Gespräch der zentrale Weg ist, auf dem Erlebnis- und Verhaltensstörungen behandelt und gewissermaßen ‚besprochen‘ werden“. (125) Es handelt sich dabei um ein Therapiekonzept, das mehrere immanente Probleme aufweist. Zunächst stellt sich die Frage, wie diejenigen Störungen, die mit einer Einschränkung der Sprachfähigkeit verbunden sind,

überhaupt in einem Gespräch behandelt werden können. Auf den ersten Blick erscheint es paradox, dass jemand, der sich kaum sprachlich artikulieren kann, ein Gespräch führen soll, um diese Sprachstörung zu beheben. Laut Waldenfels handelt es sich hier um ein Problem, das schon Aristoteles am Beispiel des Kitharaspieldens beleuchtet hat. Angewendet an die Sprache lautet es, dass man sprechen lernt, indem man mit anderen spricht. Denkbar ist aber auch der pathologische Fall des totalen Sprachverlustes, der, indem er uns die Grenzen der Anwendungsmöglichkeit der Gesprächstherapie anzeigt, zugleich auch die Frage nach der Normalität und Fremdheit stellt: „Ist eine schwerverständliche oder gar unverständliche Sprache keine Sprache? [...] Ist umgekehrt das alltägliche Ich-sagen etwas gänzlich Normales? Gibt es nicht Gesprächsstörungen und Gesprächszerstörungen, die in keinem Krankheitskompendium verzeichnet sind, weil sie bereits zur Normalität gehören?“ (126) Dazu kommt noch, dass die Gesprächstherapien oft bestimmte Formen der Umzentrierung aufweisen. Sie können entweder therapeuten- oder klientenzentriert sein. Im ersten Fall bewegt man sich im Rahmen der medizinischen Wissenschaft und Technik, wobei als relevant nur das Urteil der medizinischen Experten zugelassen wird. Es handelt sich hier also um eine Form der Fremdbestimmung, in der das Gespräch zwischen Patient und dem Arzt nur als der äußere Rahmen fungiert, der inhaltlich mit dem Expertenwissen zu füllen ist. Eine klientenzentrierte Gesprächstherapie nimmt als Bezugssystem nicht die medizinische Wissenschaft und Technik sondern die „innere phänomenale Welt des Klienten“ (Rogers 1983, 18), setzt also auf den Selbstaussdruck des Patienten im Therapiegespräch. Es handelt sich also um eine Selbstbestimmung des Klienten, bei der der Therapeut die Aufgabe hat, die hier schon vorhandene Tendenz zur Selbstheilung zu verstärken und abzusichern. Das Pochen auf den normativen Vorgaben der medizinischen Wissenschaft entgegengesetzten freien Selbstaussdruck des Patienten lässt jedoch leicht vergessen, dass sich jedes Gespräch in

einem sprachlichem und sozialen Kontext vollzieht, ferner dass die sog. innere Maßstäbe nicht die Rolle der Kontrollinstanz übernehmen können, und schließlich dass auch der sich im Gespräch zurückhaltende Arzt immer noch ein Gesprächspartner und deshalb selbst durch sein Schweigen imstande ist, in das Therapiegeschehen einzugreifen.

Es gilt deshalb, so Waldenfels, die Möglichkeiten einer konsensorientierten oder kommunikativen Therapie auszuloten, die die oben geschilderten einseitigen Umzentrierungen zu meiden wüsste, sich stattdessen als eine gesprächs-therapeutische „Konzentrik“ entfalten würde. „Der Bezugsrahmen der Behandlung wäre wie im normalen Dialog die aktuelle Verständigung zwischen Therapeut und Klient, ausgehend von einer gemeinsamen Vorverständigung, angeregt durch ein gestörtes Einverständnis und abzielend auf eine ausdrückliche Wiederverständigung.“ (130) Die konsensorientierte Gesprächstherapie müsste allerdings die offene Dialogform unter der Anerkennung „einer gewissen Asymmetrie zwischen dem Hilfskundigen und Hilfsbedürftigen“ wahren. (130) Es wird also für eine Offenheit und Konsensbereitschaft plädiert, die aber stark die Rahmen des therapeutischen Bezugssystems berücksichtigt.

„Dieser gemeinsame Bezugsrahmen ließe durchaus zu, dass sich Teilrahmen herausbilden, innerhalb deren das einseitige Erklären und Verändern von Etwas, das Verstehen von Jemand und auch das einseitige Zum-Sprechen-bringen des Anderen seinen Platz fände, und zwar gerade an den Stellen, wo die gemeinsame Verständigungsbemühung auf den Widerstand des Unverständlichen und Unerklärlichen stieße.“ (130) Es ist ein in den Spannungsfeld zwischen Fremdheit und Vertrautheit anzusiedelndes Verständnis der Gesprächstherapie, das damit zunächst gewiss die Ähnlichkeiten mit den hermeneutischen Ansätzen wie denjenigen von H-G. Gadamer zeigt. Inwiefern hier doch die gravierenden Unterschiede tonangebend sind wird am Ende dieses Abschnitts noch zu zeigen sein.

Hermeneutisch und phänomenologisch in der gesprächsorientierten Therapie ist in gewisser Weise auch ein latenter Anticartesianismus, der sich in der semantischen Aufwertung des leiblichen Ausdrucks, des Sprachrhythmus, der Gesprächssituation usw. zeigt. Die Sphäre des Sinnhaften wird darüber hinaus auch auf die Geschichtlichkeit des Gesprächs und seine Verankerung in die sozialen Zusammenhänge - wie z.B. die der Zugehörigkeit des Arztes zu einem bestimmten Berufsethos - ausgeweitet.

Waldenfels weist darauf hin, dass sich dieser hermeneutische Ansatz doch allzu stark an eine bestimmte Ordnungsvorstellung orientiert, und zwar auf diejenige eines von allen Dialogpartnern akzeptierten gemeinsamen Rahmens der Verständigung. In diesem Fall ist der Kranke ein Dialogpartner, und verlässt die Rahmen dieser Ordnung nicht. Doch jede Grenzziehung ist auch ein Ausschlussverfahren, indem etwas ausgegrenzt und jenseits der Grenze liegen bleibt. Die Erfahrung lässt sich aber von dieser normativen Konstruktion nicht beherrschen, d.h. der Erwartungshorizont wird ständig von dem Erfahrungshorizont durchbrochen. Das Erfahrene kann deshalb niemals restlos in das Bekannte integriert werden. Es bleibt immer ein Residuum von Fremdheit, der sich jeder Verständigung entzieht. Denn „das Fremde bedeutet mehr als ein Unbekanntes, das dem Bekannten gegenübersteht. [...] Das Fremde bedeutet mehr als ein Anderes, das dem Selben entgegengesetzt ist und als Variante innerhalb einer umfassenden Ordnung auftaucht [...]. Fremdes bzw. Fremdartiges steht vielmehr dem Eigenen und Eigenartigen gegenüber als das Unzugängliche und Unzugehörige, seien es fremdartige Erfahrungsgehalte oder fremdartige Erfahrungsstrukturen“. (136)

Angesichts der Einsicht in die Möglichkeit der Entfremdung und der Abspaltung von dem eigenen Ich wird uns klar, dass wir niemals völlig die Herren über des Eigene - sei es eigener Sprache oder Handlungen - sind. Diesbezüglich spricht Waldenfels von einer Fremdheit im Eigenen. Darüber hinaus

stellt er eine Asymmetrie zwischen dem Fremden und Eigenem fest, denn „das Selbst mit seiner Eigenheitssphäre entsteht durch Selbstabgrenzung; jeder von uns steht somit auf einer Seite der Fremdheitsschwelle, und keiner steht auf beiden Seiten zugleich“. (136)

Die Fremdheit begegnet auch in verschiedenen Dimensionen, die durch die ekstatische, temporale, abartige Momente gekennzeichnet sind, und im Vergleich zu uns auf der gleichen oder ungleichen (höheren oder niedrigen) Stufe angesiedelt werden können. Daraus entsteht die Möglichkeit der diversen Konstellationen zwischen dem Fremden und Eigenen: „Die verschiedenen Dimensionen der Fremdheit machen verständlich, dass einem europäischen Psychiater ein arabischer Epileptiker weniger fremd sein mag als ein arabischer Normaler, obwohl er als Kranker seine spezifische Form der Fremdheit behält“.

(137) Das Fremde bleibt aber immer an das Eigene gebunden. Es gibt also keine totale Fremdheit, da sie immer in der Abhebung vom Eigenen entsteht. Daraus entstehen nicht unerhebliche Schwierigkeiten, die zuweilen für die großen Kontroversen zwischen den Hermeneutikern verantwortlich waren. Waldenfels behauptet, „dass es in der abendländischen Tradition einen Sog zur Aneignung gibt derart, dass alles Fremde als Produkt einer Entfremdung, eines Fremdwerden des Eigenen betrachtet wird“.

(137) Daraus folgt eine Ego- und Logozentrik, die das Fremde als das Moment einer allgemeinen Vernunft denkt. Ein Trend, das sich laut Waldenfels unter anderem auch in der Gesprächstherapie bemerkbar macht. Die Krankheit begegnet auf diese Weise in jedem Fall als eine Anomalie, also als eine Abweichung von der Norm, die es zu beheben gilt. Eine Annahme, die mit erheblichen Schwierigkeiten zu ringen hat, da sie von einem rigiden Begriff der Norm und Normalität ausgeht. Deshalb auch Waldenfels' Hinweis auf Canguilhem, der das dynamische Element des Normativen formulierte: „Das Normale ist kein statischer und friedlicher Begriff, sondern ein dynamischer und polemischer [...]. Normieren und normalisieren, das be-

deutet: einem Daseienden, Gegebenen eine Forderung aufzwingen, von der aus sich Vielfalt und Disparatheit dieses Gegebenen als ein nicht bloß fremdes, sondern feindliches Unbestimmtes darstellen". (Canguilhem 1977, 163) Es ist deshalb laut Waldenfels sehr wichtig, ob wir von *der* Ordnung oder etwa von *einer bestimmten* Ordnung sprechen. Das letzte gibt uns die Möglichkeit, die Normalität dynamischer zu denken, die Abweichung nicht als Unordnung sondern eher als Andersheit, also als den Ansatz einer neuen Ordnung zu definieren. Canguilhem spricht deutlich von der Möglichkeit der Überschreitung des „augenblicklich Normalen“ und Setzung neuer Ordnungen. (C 1974, 132) Waldenfels listet eine Reihe der Autoren (Ludwig Biswanger, Eugene Minkowski, Kurt Goldstein), die sich auch zu dieser Einsicht durchgerungen haben.

Therapie stellt also keinen verloren gegangenen Urzustand her, mag er auch biologisch oder wie auch immer verstanden werden. Der Krankheitsverlauf soll eher in den Geschichtskategorien gedacht werden, wie derjenigen der Wirkungsgeschichte, die Waldenfels in Anspruch nimmt, ohne dabei direkt auf Gadamer Bezug zu nehmen. Namentlich nennt er aber Th. S. Kuhn, der zwischen normalen und revolutionären Wissenschaften unterschied. Analog will auch Waldenfels von der normalen und revolutionären Therapie reden, „je nach dem, wie weit die Störung oder Erkrankung das Lebensmuster und das Lebensmilieu selbst antastet oder nicht“. (139) Konsequenterweise sollte Waldenfels hier doch zunächst zwischen einer ‚normalen‘ und ‚revolutionären‘ Krankheitsform unterscheiden.

Denn es erscheint nicht zwingend, dass eine Krankheit, die die Lebenszusammenhänge tiefgreifend und unwiederbringlich zerstört, auch unbedingt eine revolutionäre, innovative Therapieform auf den Plan rufen sollte. Andererseits ist die Verknüpfung von Th. S. Kuhns wissenschaftsgeschichtlichen Ansatz mit dem Konzept der Wirkungsgeschichte äußerst problematisch. Die Wirkungsgeschichte, wie sie in der sog.

philosophischen Hermeneutik von Hans-Georg Gadamer formuliert wurde, erlaubt keinen Umschlag in das ‚Frühere‘, und streng genommen gibt es hier keinen Platz für die Restitution. Das Vergangene wirkt zwar fortwährend in die Gegenwart und Zukunft, kehrt aber nie ‚objektiv‘ zurück. Laut H-G. Gadamer zeigen die Widersprüche des Historismus und der Romantik, aber auch diejenigen der objektivistischen Tendenzen in der modernen Geschichtsforschung, was passiert, wenn dies außer Acht gelassen wird. Die Kuhnsche Theorie der sog. Paradigmenwechsel bestreitet zumindest die Möglichkeit einer Rückkehr zu den ‚alten‘ Paradigmen nicht. Ferner die Paradigmen sind anders als die wirkungsgeschichtliche Horizonte durch die Inkommensurabilität gekennzeichnet, und streng genommen sie ‚wirken‘ nicht fortwährend aufeinander. Die Theorie des Paradigmenwechsels und die dazugehörige Unterscheidung zwischen den normalen und revolutionären Wissenschaften haben aber keine strenge ontologische bzw. seinsgeschichtliche Ausrichtung und erlauben deshalb einen praktischeren Umgang mit den verschiedenen Therapieformen. Dies ist vermutlich auch einer der Gründe, warum Waldenfels in diesem Zusammenhang auf sie zurückgegriffen hat. Denn eine strenge wirkungsgeschichtliche Ausrichtung – wie diejenige von H-G. Gadamer – hätte ihm z.B. nicht erlaubt, zwischen den primär innovativen und primär restitutiven Therapien zu unterscheiden.

Wichtiger erscheint mir aber, dass Waldenfels auf diese Weise, die Rolle der Umbrüche in den Verständigungsprozess integrieren kann. Anders als Gadamer, der das Verstehen als die sog. Verschmelzung der Horizonte ansah, operiert Waldenfels mit dem Umschlag und Durchbruch des Verstehensprozesses, wobei sich die von Dilthey postulierte und von Gadamer angenommene These einer prinzipiellen Einholbarkeit jeglichen Sinnes durch das Verstehen als unhaltbar erweist.

Auch die Neufindung von Ordnung durch die Therapie zeigt die Momente des Umbruchs, und zwar so, dass sich die Krankheit als

Irresponsivität erweist. Die Krankheit ist durch die Unansprechbarkeit des Individuums charakterisiert, also ein Ungleichgewicht zwischen Anspruch und Antwort, das allerdings auch für das Leben im Unterschied zum indifferenten Tod charakteristisch ist.

Im Falle von Krankheit dürfte die Responsivität nicht auf die Sprache eingegrenzt werden. Die Responsivität „durchdringt den gesamten Bereich des Sensoriums und der Motorik und bildet so etwas wie ein *leibliches Responsorium*“. (142) Schon im sinnlichen Zuwenden zu der Welt, in der Wahrnehmung, zeigt sich eine Sensibilität für das Fremde. Die sinnliche Wahrnehmung ist kein bloßes Abbilden, sondern ein – wie Husserl sagt – ‚antwortendes Verhalten‘, das auf das Auffällige reagiert. Deshalb ist anstelle eines neutralisierten cartesianischen Körpers eher vom ‚eigenen Leib‘ auszugehen. Das Eigene des Leibes schließt konstitutiv auch die Fremdheit ein.

Jede Gesprächstherapie müsste laut Waldenfels eine „responsive Rationalität fördern und steigern“ und dementsprechend auch den Sinn für das, was über den Maß des Normalen hinausgeht. Zu dem Sinn für das Fremde und Außer-ordentliches gehört auch der „Sinn für das Ungelebte und Unmögliche, das den Prozessen des Verzichtens, Verwerfens, Versäumens und Verpassens anheimgegeben ist“. (147)

Eine responsive Therapie unterscheidet sich von der kommunikativen Therapie in der Art und Weise, wie sie mit dem Fremden und Befremdlichen der Krankheit umgeht. Sie ist nicht bestrebt die Fremdheit in einem Verständigungsprozess aufzuheben oder eine Balance zu schaffen, sondern geht von einem „Überschuss des Fremden im Vertrauten“ aus. Denn „eine Therapie, die dem allgemeinen Konsens- und Kongruenzdruck nachgäbe und den weißen Fleck der Fremdheit auszufüllen versuchte, müsste unweigerlich zu einer *Medikalisierung* des Lebens führen“. (149) Mehr noch, so Waldenfels, sie wäre selbst pathogen, weil sie durch die Missachtung des Fremden und Außerordentlichen infolge ihrer Normalisierungs-

bestrebungen in entscheidender Weise den Lebensnerv selbst treffen würde. „Mit dem Fremden und Außer-ordentlichen, mit dem Überraschenden und Bedrohlichen würde das Leben selbst ausgetrieben und durch Techniken des Überlebens ersetzt.“ (149)

Die Spitze der responsiven Theorie und überhaupt der sog. Phänomenologie des Fremden von Bernhard Waldenfels richtet sich nicht nur gegen eine flache, informationstechnisch konstruierte Kommunikationstheorie, sondern auch - oder möglicherweise vor allem - gegen die Ansprüche einer Hermeneutik, die wir spätestens seit Dilthey in dieser Form kennen. Dilthey bestimmte den Ort der Hermeneutik als in einem ‚Zwischen‘ von Fremdheit und Vertrautheit. Dilthey schreibt: „Die Auslegung wäre unmöglich, wenn die Lebensäußerung gänzlich fremd wären. Sie wäre unnötig, wenn in ihnen nichts fremd wäre“. (GS, Bd. VII, S. 225) Die Annahme hat sich in diversen Spielarten bis zu Gadamer durchgehalten, der trotz seiner kritischen Haltung gegenüber dem ‚Historismus‘ von Dilthey an diesem Punkt festgehalten hat. „Es fragt sich jedoch“, so Waldenfels, „wie dieses Zwischen zu denken ist, als spekulative, vermittelnde Mitte oder als Hiatus, der Eigenes und Fremdes unwiderruflich voneinander trennt“. (TdF 17) Deshalb soll das Phänomen des Fremden befragt werden, und dies bis zu dem Punkt hin, wo das Fremde die Phänomenalität, seine Sinngestalten und Regelstrukturen, sein Fürunssein sprengt und uns selbst in unserer Eigenheit in Frage stellt“. (TdF 18) Das Fremde stellt aus seiner Uneinholbarkeit auf uns die Ansprüche, die sich dem Verstehensprozess entziehen und neuartige Erfahrungen erforderlich machen. Meines Erachtens bieten sich vor allem zwei Deutungen dieses Ansatzes. Erstens, Waldenfels spaltet Diltheysche Bestimmung der Aufgabe der Hermeneutik, und macht daraus zunächst ein Dilemma: entweder gibt es eine wie auch immer geartete vermittelnde Mitte oder ein unüberbrückbarer Hiatus zwischen dem Eigenen und Fremden. Er löst es auf, indem er die zweite Option annimmt, und versucht, die Funktion

dieses vollkommen Fremden anders - als dies in der Hermeneutik der Fall war - zu bestimmen. Hierin ein Rückfall in die Substantialität aufzuspüren, wäre eine allzu starke Annahme. Waldenfels trennt das Eigene und das Fremde streng voneinander, hier aber von zwei Entitäten zu sprechen, würde heißen, seine methodisch Absichten zu verkennen, und ist übrigens - wie die oben gemachten Ausführungen deutlich machen - mit seinen Texten nicht zu belegen. Das Fremde und das Eigene sind keine in sich abgeschlossenen Wesenheiten, unter denen wir nachträglich noch einen Unterschied feststellen. Höchstens könnte eine gewisse Parallele zu Kants ‚Ding an sich‘ gezogen werden, jedoch - anders als das transzendente ‚Ding an sich‘ - das Fremde soll laut Waldenfels doch erfahren werden können: „Der Ort des Fremden in der Erfahrung ist ein Nicht-Ort. Das Fremde ist nicht einfach anderswo, es ist das Anderswo [...] Das Nicht des Nicht-Ortes, die Un-zugänglichkeit oder der Ent-zug entspringen keiner schlichten Negation, die als Modifikation eine entsprechende Position voraussetzen würde. [...] Die Fremderfahrung als Erfahrung der Ferne [ist] vor dem Gegensatz von Ja und Nein anzusetzen“. (TdF 26) Das Fremde ist auch kein prinzipiell durch die Erkenntnis aufhebbarer Defizit, sondern die Abwesenheit, die originäre Unzugänglichkeit. Und es ist eigentlich die Annahme der Erfahrbarekeit des Fremden - von Waldenfels auch die „Zugänglichkeit eines Unzugänglichen“ (26) genannt -, die zu der zweiten Deutung seines Ansatzes veranlasst. Sie geht von einer wesentlichen Zugehörigkeit der Phänomenologie des Fremden zum Anliegen der philosophischen Hermeneutik aus, und interpretiert die Bemühung von Waldenfels als ein wichtiges Korrektiv zum Verstehenskonzept Gadammers. Aus der Position einer an die Lebenspraxis orientierten Hermeneutik erscheint die Frage nach der Annahme oder Bestreitung eines schlechthin Fremden äußerst spekulativ und für die hermeneutische Praxis als unerheblich. Zentrale Frage bezieht sich aber auf das Herausarbeiten einer hermeneutischen Situation, und es scheint mir, dass Waldenfels

mit der kategorialen Aufwertung des Fremden ein bei Gadamer fehlendes Element eingeführt hat. Dies bezieht sich vor allem auf die Einschärfung des Bewusstseins für die hermeneutische Situation, in der das Unverständliche in seiner Andersheit erst abgehoben und als etwas, was es zu verstehen gilt, erst realisiert wird. Ihn in seinen Schattierungen, in seiner Fremdheit deutlicher herauszustellen, macht nur deutlicher als dies bei Gadamer der Fall ist, inwiefern es sich hier um eine ständige Aufgabe handelt. Andersherum zieht sich auch bei Gadamer die Fremdheit durch das Verstehen als sein konstitutives Moment durch. Die positive Aussage Gadamers von der steten Wanderung der Horizonte des Verstehens impliziert auch den Verlust der alten und die Ungewissheit neuer Horizonte, in die es verstehend einzuwandern gilt. Der Diltheysche und Gadamersche Telos der prinzipiellen Verstehbarkeit alles Sinnhaften läuft nicht auf ein Alleswissen hinaus, sondern zieht stets den Schatten des Unwissens und der Unverständlichkeit, also der Fremdheit, mit sich. Das Fremde als ein Korrektiv der praktisch orientierten Hermeneutik betrifft insbesondere die Gesprächstherapie, da sie sich auf einem Feld bewegt, das den starken Tendenzen zur Verobjektivierung ausgesetzt ist. Der Sinn für das Fremde und Außerordentliche wach zu halten, erscheint hier hermeneutisch produktiver als ein aus der philosophischer Hermeneutik kommender Appell für die „Berichtigung des Selbstverständnisses der Forschenden“ (Gadamer).

10 Krankheit und Leiblichkeit

Im Problemkontext der Leiblichkeit begegnet uns das Thema Krankheit in mehreren Fällen. Kurt Goldstein führt sie als ein Beispiel der Störung der freien Entfaltung im Möglichkeitsfeld des Verhaltens an. In seinem 1934 veröffentlichtem Werk *Der Aufbau des Organismus* stellt er sog. intellektualistische

Deutung des Verhaltens vor. Demzufolge teilt sich das Verhalten in den konkreten und abstrakten Bewegungen. Konkrete Bewegungen entsprechen dem, was wir gewöhnlich unter Reflexen verstehen: man führt in bestimmten Situationen die Bewegungen aus, die zeigen, dass es der Situation völlig ausgeliefert ist. In den abstrakten Bewegungen kommt der Abstand zur konkreten Situation zum Vorschein. Man behält sich sozusagen ein Feld der Verhaltensmöglichkeiten offen. Es hat darunter auch die Möglichkeit mit diesem Möglichkeitsfeld spielerisch umzugehen, es kann so tun als ob er welche angenommen und die anderen ausgeschlossen hat. Laut Goldstein hat der Kranke die Option nicht. Er kann nicht so tun als ob er nur eine Möglichkeit prüfen würde. Die Krankheit erscheint somit als der Verlust des Möglichkeitsfeldes des leiblichen Verhaltens zu der Umwelt. Der Kranke ist fixiert auf das Konkrete, auf das Hier und Jetzt seiner Situation, kann also von ihr keinen Abstand gewinnen. Die Krankheit ist ein Rückfall von einer Stufe der Abstraktion auf eine Stufe der bloßen Konkretion. Die dieser intellektualistischen entgegengesetzte empiristische Deutung des leiblichen Verhaltens geht von einem kausalistischem Schema aus und sieht in den Verhaltensstörungen nur die Folge des Ausfalls von bestimmten Inhalten bzw. Erfahrungsdaten. So etwa wird die Sehstörung einzig und allein auf die Störung der visuellen Sphäre, die etwa durch die Verletzung der optischen Zone im Gehirn entstanden ist, erklärt. Die Störung ist also nicht intellektualistisch als diejenige einer Erkenntnisform sondern der organischen Funktion erklärt. Die Krankheit ist somit kein Rückfall auf die Ebene der Reflexe sondern eine Störung, die sich auf der Ebene der Reflexe abspielt. Merleau-Ponty nimmt eine mittlere Position ein und geht von einer mittleren Möglichkeit aus. Er nennt sie ‚Existenz‘ und situiert sie zwischen Physiologischen und Psychologischen. Diese zwei Sphären greifen im Normalfall vielfach ineinander ein, so dass man die Störungen weder in eine noch in die andere verlagern kann, noch sie als ein Rückfall von einer

höheren in eine tiefere Sphäre verstehen kann. Laut Waldenfels denkt Merleau-Ponty struktural, was ihm nicht erlaubt mit einem Unterbau-Überbau-Schema zu arbeiten. Er muss vielmehr „mir einer ‚dritten Dimension‘ rechnen, die weder rein physiologisch noch rein psychologisch wäre, und darinnen können dann Trennungen, Dissoziationen, Spaltungsprozesse auftreten“. (LS 142) Das Pathologische entsteht, wenn eine „inner Spaltung zwischen dem, was er [der Kranke] *jetzt* erlebt, und dem, was *früher* da war“ sich aufgetan hat. (LS 143) In gewisser Weise, so Waldenfels, wird die Gegenwart von der Vergangenheit regelrecht überschattet, und zwar nicht nur, weil „das eine fehlt, das andere aber da ist, sondern damit, dass im Gesamtverhalten die Akzente sich derart verschieben, dass ein Teil der Geschichte sich abspaltet und die Vergangenheit und die Vergangenheit ein Übergewicht bekommt“. (LS 143) Anders als im Normalfall spielen in dem pathologischen Fall die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nicht mehr ineinander. In diesem Zusammenhang weist Waldenfels auf das von Merleau-Ponty angeführte Beispiel des Phantomglieds. Dieser ist weder physiologisch noch psychologisch zu erklären, sondern lediglich als eine sich in der Aufspaltung in Früher und Später manifestierenden Störung der Existenz zu verstehen. Das Ineinandergreifen des Physiologischen und Psychischen, das in einem Zwischen genannt ‚Existenz‘ resultiert, stellt Merleau-Ponty nicht als eine Schichtung sondern als Kreislauf vor. Beide Funktionen des Leiblichen, die Denkvorgänge und die Bewegungsabläufe, verhalten sich zirkulär zueinander. Das eine setzt das andere voraus. Die Störung entsteht dann, wenn diese beiden Funktionen anfangen zu divergieren. Ergänzend zu dieser These Merleau-Pontys führt Waldenfels etliche Beispiele, darunter auch die Farbnamenanamnese, die hier kurz erläutert werden soll. Der Verlust des Gedächtnisses von Farben, so Waldenfels, bedeutet, dass der Patient die Farben noch unterscheiden kann, er reagiert auf sie, aber er kann die Namen der Farben nicht mehr richtig zuordnen. Beide Funktionen sind also

immer noch erhalten, sie greifen aber nicht mehr ineinander. (LS 145-6) Der Merleau-Ponty geht von einer leiblichen Bewegung aus, die zugleich die Bewegung und das Bewusstsein dieser Bewegung ausmacht. Es handelt sich um eine bestimmte Art von Intentionalität, die Merleau-Ponty gelegentlich auch ‚motorische Intentionalität‘ nennt. Gemeint ist damit, dass die Bedeutungen der Bewegungsvorgänge nicht äußerlich sind, d.h. erst nachträglich oder in einem besonderen Akt zugeordnet werden können. Vielmehr sind laut Merleau-Ponty die Bewegungen selbst bedeutsam, das Denken selbst eine Bewegung. Normalität wäre in diesem Zusammenhang als ein ständiges Bemühen um die Balance, oder wie Waldenfels hinzufügt, „als ein beständiges Ringen um ein Gleichgewicht, das stets mit gewissen pathologischen Momenten durchsetzt ist“. Denn „es geht eher um Akzente, um Gewichte und nicht um eine strenge Sonderung des Gesunden vom Kranken, denn es gibt Verschränkungen zwischen beidem. Anhand von Störungen wird sichtbar, was *normalerweise* geschieht“. (LS 134) In gewisser Weise hebt Merleau-Ponty nicht nur den cartesianischen Dualismus auf, sondern zugleich die Unterscheidung vom Sein und Sollen, indem er von einer den Tatsachen selbst eingeschriebenen Norm spricht. (StV, 139)

11 Foucaults Archäologie des ärztlichen Blicks

Die Archäologie der medizinischen Diskurse folgt den historischen Linien dieser Diskurse und gibt gleichsam vor allem Acht auf die Umbrüche, die den Charakter der Diskurse entscheidend verändert haben. Und vor allem, fragt Foucault, wann wird der medizinischer Diskurs ein rationaler? Setzt in einem historisch verortbaren Punkt mit der zunehmenden Dichte und Objektivierung der medizinischen Beschreibungen eine neue Wahrnehmungsweise an, oder handelt sich dabei lediglich um eine gesteigerte Akribie des beschreibenden Blickes? Und in-

wiefern hängen die Veränderungen der Wahrnehmung mit den Diskursen zusammen?

Foucault geht von einer grundsätzlichen Abhängigkeit der Veränderung der Wahrnehmungsweise und der „Mutation des Diskurses“ innerhalb der Medizin aus. Die Rationalisierung des Diskurses geht mit der Veränderung des Sehens ein. Die rationale Durchdringung des Gegenstandes gelingt erst mit der Abstandnahme von der noch für Descartes und Melabranche charakteristischen „Geometrie des Lichtes“ und der Zuwendung zu einer in die dichte des Gegenstandes vordringende Lichtung durch den empirischen Blick. Diese ermöglichte eine neue „Sprache der Dinge“, die die Individualitäten nicht in die Idealitäten aufhob, sondern sie in ihrer „unreduzierbaren Qualität“ begründete. (12) Die sog klassifizierende Medizin (Medizin der Arten) ging noch von einer Unabhängigkeit des Konfigurationsraumes der Krankheit (primäre Verräumlichung) d.h. ihrer Verortung auf dem hierarchisch aufgebauten ‚Tableau‘ der Arten, Gattungen und Familien der Krankheiten von dem Lokalisationsraum im realen Körper des Kranken (sekundäre Verräumlichung) aus. Dieser erhielt in diesem Zusammenhang nur eine sekundäre Bedeutung. Die Konfigurationen der Elemente des Tableaus lassen die zeitlichen Konstellationen und die quantitativ erfassbaren Distanzen analog deuten und heben sie in einer „intelligiblen Anordnung der Krankheiten“ auf. Das Prinzip der Analogie, so Foucault, führt zu einer „Produktion der Wesenheiten“. Die Ermittlung der Ähnlichkeiten durch den Mediziner koppelt sich stets an eine ontologische Ordnung. Diese Zweitrangigkeit des Faktischen betrifft nicht nur die Verortung der Krankheit im Leib sondern auch den Patienten und den Arzt. Sie erscheinen als die Störung für das klassifizierende Denken und die „paradoxe Rolle der Medizin liegt vor allem darin, diese beide Störungen zu neutralisieren, zwischen ihnen eine maximale Distanz aufrechtzuerhalten, damit in dem leeren Raum zwischen ihnen eine ideale Konfiguration der Krankheit ihre Konkretisierung, ihre

Befreiung und schließlich ihre Totalisierung auf ihrem Tableau findet, das weder Bewegung noch Zeit, weder Tiefe noch Geheimnis enthält und das die Erkenntnis unmittelbar auf die Ordnung der Wesenheiten hin öffnet". (25) Dem gemäß gibt es keine prinzipiellen Zwänge, eine Krankheit bestimmten Körperteil zuzuschreiben, denn „die Organe sind nur materiellen Träger der Krankheit; niemals ihre unentbehrlichen Bedingungen". (27) Die Erkenntnis der Krankheit schreibt ein Absehen vom Individuum vor. Dies ruft eine Reihe der Ausschließungsverfahren auf den Plan, die die beiden oben genannten Formen der Verräumlichung der Krankheit an den gesellschaftlichen Raum anschließen sollen (tertiäre Verräumlichung). Die Verortung der Krankheit im gesellschaftlichen Raum bricht bald das Monopol der Universitäten und der Schulmedizin. Die Krankheit wird ein Politikum und der moderne Staat übernimmt die Kontrolle über alle Aspekte der Krankheit. Das Pathologische gelangt über die Institutionalisierung zur Öffentlichkeit, es wird die Sache des kollektiven Bewusstseins. Und wieder hat sich eine Veränderung im Diskurs vollzogen. Mit der Verringerung des Einflusses der Fakultät und der Zunahme der Macht der staatlichen Gesellschaften in Sachen Gesundheit und Krankheit schwindet auch die Präsenz der klassifizierenden Medizin in der therapeutischen Praxis. Ein neuer Blick auf die Krankheitserscheinungen setzt sich allmählich durch. Die gesellschaftsbezogene Verräumlichung der Krankheit führt weg von der Autonomie der Wesen und bringt die sog. Konstitutionen auf den Plan. Sie bezeichnen die komplexen Strukturen des Krankheitsbildes, die auch die historischen und geographischen Elemente der Krankheiten integrieren. Die Konstitutionen sind keine sich manifestierende Modi der Wesenheiten, sondern entspringen einer Wahrnehmung, die auf die komplexen Verflechtungen der Umstände achtet. Die dabei zu verzeichnenden Regelmäßigkeiten des Auftretens der Symptome deuten nicht auf die Arten und Gattungen als vorgegebenen Ursachen aus einer festen natürlichen Ordnung, sondern geben nur den Aufschluss über die Be-

harrlichkeit bestimmter eher als zufällig zu betrachtenden Ursachen. In dem Fall sprach man von den Epidemien und meinte dabei nur die Häufigkeit des Auftretens nicht die Übertragbarkeit einer Krankheit.

Die Krankheit als ein wahrnehmbarer Komplex der zufälligen Ursachen hat somit ihren Grund nicht in den Wesenheiten und ist prinzipiell messbar. Foucault spricht gar von der „Wahrnehmung von Größen und Zahlen“. (39) Denn „hier liegt schon so etwas vor wie die klinische Registrierung einer endlosen und variablen Reihe von Ereignissen. Aber ihre Basis ist nicht die Wahrnehmung eines Kranken in seiner Individualität, sondern ein kollektives Bewusstsein, das alle ihm begegnenden Informationen aufnimmt, sich immer weiter ausbreitet und verzweigt, bis es schließlich die Dimension einer Geschichte, einer Geographie, eines Staates erreicht“. (46) Der Staat ist nun dabei ein medizinisches Überwachungssystem zu organisieren. Um der Komplexität der Krankheitsverursachung und der schier unübersehbarer Mannigfaltigkeit potentieller Ursachen und deren Verknotungen einigermaßen gerecht zu werden, bedarf es eines dichten Netzes der fachmännischer Beobachter. Man fängt an statistisch nach allen relevanten Aspekten der allgemeinen Gesundheit die Mengen der gesammelten Daten zu verwerten, die Ärzte werden gezielt flächendeckend im Staate angesiedelt, die medizinische Aufklärung der Bevölkerung wird vorangetrieben. „Der Ort, an dem das Wissen entsteht, ist nicht mehr der Garten der Pathologie, in dem Gott die Arten wachsen lässt, sondern ein verallgemeinertes medizinisches Bewusstsein, das im Raum und in der Zeit gleichmäßig ausgebreitet ist, das sowohl an jede individuelle Existenz wie an das kollektive Leben der Nation gebunden ist und das ständig über den unendlichen Bereich wacht, in dem die Krankheit unter ihren verschiedenen Gesichtern ihre große massive Form verrät.“ (48) Foucault redet in diesem Zusammenhang von einer „rigorose[n], militante[n] und dogmatische[n] Medizinisierung der Gesellschaft“, die durchgeführt wird von

einem „Klerus der Gesundheit“ bzw. einem „nationalisierten ärztlichen Berufsstand“ mit dem Ziel der vollständigen Beseitigung der Krankheit aus der Gesellschaft. Eigentlich, so Foucault, zwei moderne, für diese Verstaatlichung des medizinischen Diskurses charakteristische Mythen, die in der Tradition der seelsorgerischen und schmerzlindernden Funktion der Kirche stehen. Dem Arzt kommt doch eine bedeutende politische Rolle zu. Denn das neue komplexe Krankheitsbild, das die Ursachen der Krankheit im Umfeld des Kranken sucht und sie auch auf die konkrete Lebensbedingungen ausweitet, muss auch bestrebt sein, die politisch-sozialen Verhältnisse zu verändern, die der allgemeinen Gesundheit nicht förderlich sind, zu verändern. Nichts weniger als die Befreiung der Menschheit steht hier auf dem Spiel. Eine Gesellschaft der Freien wird zugleich die Gesellschaft der Gesunden sein, und die ärztliche Rolle wird sich dann auf die Erhaltung des Gleichgewichts beschränken können. Die Ärzte sollen die Instanz sein, die die Bürger zur Einhaltung der Gesundheitsgebote mahnt, bis sie schließlich in einer vollständig aufgeklärten Gesellschaft unnötig werden und allmählich verschwinden. Eine, so Foucault, durchaus utopische Vorstellung, die durch die Politisierung der Medizin zumindest das Bewusstsein für die Möglichkeiten der Gesundheitspflege geweckt und die Medizin entscheidend verändert hatte, denn „die Medizin darf nicht mehr bloß die Gesamtheit der therapeutischen Techniken und des dazu erforderlichen Wissens sein; sie wird auch ein Erkenntnis des *gesunden Menschen* einschließen, d.h. sowohl eine Erfahrung des *nichtkranken Menschen* wie eine Definition des *Modellmenschen*“. (52) Die von Foucault hier konstatierte „Konvergenz zwischen den Forderungen der *politischen Ideologie* und jenen der *medizinischen Technologie*“ hat eine teleologische Struktur gehabt, denn es forderte die vollständige epistemologische Deckung des gesellschaftlichen Raumes mit dem Erkenntnis der Gesundheit der Bevölkerung. Dies hat Konsequenz gehabt, dass alle diejenigen

Einrichtungen, die dieses Aufeinandergehen trüben könnten, als der medizinischen Erkenntnis nicht förderlich anzusehen waren. So etwa die Spitäler, <welche die Artgesetze der Krankheit verändern wie sie auch die gesetzmäßigen Beziehungen zwischen Eigentum, Reichtum, Armut stören>, die Abschaffung der Ärztezunft, <welche die Bildung eines zentralisierten medizinischen Bewusstseins> verhindern sowie die Abschaffung der Fakultäten, <die das Wahre nur in theoretischen Strukturen sehen wollen und die aus dem Wissen ein gesellschaftliches Privileg machen>. Der freie, aufklärerische Blick auf die Natur der Krankheit bzw. der Gesundheit ist von jeder Institution, die sich dem Universalismus der Wahrheit durch Partikularismus und Exklusivität in den Weg stellt, frei zu halten. Die Heilung und die Fürsorge für den Kranken werden der Familie als dem <natürlichen Milieu des gesellschaftlichen Lebens> überlassen, damit auch die Krankheit einen natürlichen Verlauf nehmen kann und nicht, wie dies etwa in den Spitälern der Fall ist, eine <Krankheit der Krankheit entstehe>. (56) Die Eigentümer der Spitäler werden deshalb veräußert und einer zentralen Behörde übergeben, die die Gelder je nach dem Bedarf an die Lokalbehörden weiterleiten und damit eigentlich die kommunalen Krankenhäuser und die bedürftigen Familien unterstützen wird. Sie wird, so Foucault, das <große Auge des Elends sein>. (56) Die Kommunalisierung und Dezentralisierung der medizinischen Fürsorge hat jedoch, so Foucault, die Medizinisierung der Fürsorgetätigkeit zur Folge. Um die Gleichsetzung des Verbrechens mit der Krankheit zu vermeiden, trennte man die Organisation der Mittelverteilung im Gesundheitswesen vom Strafrecht, die Krankheit wurde somit endgültig ein autonomer Typ des Elends und der Vermittler zu der zentralen Behörde, der Beobachter der Notlage und die entscheidende Instanz der Gewährung von Hilfe sollte der Arzt sein. Der Spital wird auf dem lokalen Niveau erhalten und wird vor allem den familienlosen Kranken vorbehalten, kann aber auch im Falle von äußerst schwierigen Krankheitsfällen und die Familienfürsorge überfordernden

Fällen in Anspruch genommen werden. Trotzdem wird der Spital weiterhin als ein Anachronismus behandelt, in dem das Elend institutionalisiert wird. Unübersehbar ist die Parallele zu dem revolutionären Angriff auf die Institutionalisierung des Elends durch die schwere Arbeit und die Ökonomische Ausbeutung. Angestrebt wird doch ein idealer Zustand, <in dem das menschliche Wesen weder die Erschöpfung durch schwere Arbeit kennt, noch das Spital, das zum Tode führt>.

Die revolutionäre Umgestaltung des Umgangs mit der Krankheit äußert sich am meisten in der Straffung und Disziplinierung des Verfahrens der Selektion der Zulassung zu der ärztlichen Praxis sowie Beseitigung der Missstände in der universitären Ausbildung der Ärzte, was eigentlich, so Foucault, im Gegensatz zu dem eingangs festgestellten Vorhaben der Revolutionäre nach einer Schwächung und Aufhebung der institutionalisierten medizinischen Praxis und Lehre stehe. Die Frage, die sich hier stellt, so Foucault, betrifft die Stellung der Freiheit des medizinischen Blicks im Komplex der revolutionär proklamierten bürgerlicher und moralischer Freiheit. Die Revolutionäre müssen zugeben, dass in der Praxis diese Forderung unerfüllt bleiben muss, denn, so Foucault, "ein freier Staat, der seine freien Bürger vor dem Irrtum und dessen schlimmen Folgen bewahrt, kann eine freie Ausübung der Medizin nicht erlauben."

(62) Bei dem Versuch, die volle Freiheitlichkeit der medizinischen Praxis und der universitären Ausbildung durchzusetzen, stößt der Liberalismus hier an seine Grenze.

Doch als das neue "Element der Wahrheit" (86) etabliert sich zunehmend nicht die Universität sondern die Klinik. "Die Klinik wird also ein wesentliches Moment sowohl für die wissenschaftliche Kohärenz wie auch für die gesellschaftliche Nützlichkeit und die politische Reinheit der neuen medizinischen Organisation". (86) Als solche soll also die Klinik die Wahrheit mit der Freiheit verbinden. Die reformierte Klinik integriert und erweitert den theoretischen Unterricht, jedoch verbleibt weiterhin auf dem Feld der

praktischen Erfordernisse agieren. Darüber hinaus soll sie ihrer gesellschaftlichen Rolle gerecht werden, indem sie aufzeigt, wie ein gesundes Leben zu führen ist und welcher ist der Zusammenhang der Heilkunst mit der Ordnung des bürgerlichen Lebens. "Die Medizin definiert sich in dieser ersten Zeit als klinische Medizin nur, indem sie sich gleichzeitig als vielfältiges Wissen von der Natur und als Erkenntnis des Menschen in der Gesellschaft definiert." (87) Die Schwierigkeiten bei der praktischen Durchführung dieser Reformen des Medizinwesens - wie etwa die Unkoordiniertheit des Unterrichts an den Universitäten und das erneute Aufblühen der freien Ausübung der Medizin - veranlassten bald das Wiederentstehen der medizinischen Gesellschaften, die einerseits als die Stellen der universellen Vermittlung von Informationen fungieren andererseits die Mängel der neugegründeten medizinischen Schulen beheben sowie der Konkurrenz der selbsternannten Heilskünstler ein Ende setzen sollten. Anstelle der Leichtfertigkeit der Reflexionslosigkeit soll das methodisch gesicherte Heilpraxis treten. Eigentlich, so Foucault, ein weiterer Schritt zur Stärkung der Klinik. Die bis in das 20. Jh. wirksame Konsequenz dieser Umgestaltungen war die Ausbildung ärztlichen Berufes zu einem freien und geschützten Beruf. Der ärztliche Beruf wird einem Kontrollemechanismus unterzogen, der aber nicht den Prinzipien des ökonomischen Liberalismus widerspricht. Der innere Wert der ärztlichen Tuns ist demnach eine "Funktion der gesellschaftlich anerkannten Qualität des Produzenten. So definiert sich innerhalb eines offensichtlich von Adam Smith inspirierten ökonomischen Liberalismus ein zugleich <freier> und geschlossener Beruf". (96) Vor diesem Hintergrund differenziert bzw. hierarchisiert sich der Stand der Ärzte im Hinblick auf die Qualität der Tätigkeit in zwei Klassen. Der alte Unterschied zwischen den Ärzten und Chirurgen, der auf dem Gegenstand bzw. seiner Erscheinungsweise basierte, wird nun weitgehend hinfällig und lediglich von der Qualität des Tuns bestimmt. dementsprechend

werden der ärztlichen Tätigkeit zweiter Klasse die Aufgaben in den "einfacheren" Schichten der Bevölkerung zugewiesen. Eine Entsprechung, die Foucault zufolge auf der alten Vorstellung von der in moralischer und gesundheitlicher Hinsicht einfältigeren Lebensweise der unteren Schichten der Bevölkerung beruht. Diese Schichten bräuchten demnach gemäß ihrer Lebensweise hauptsächlich die sog. äußeren Behandlungen, also etwa die Behandlungen von der Art der chirurgischen Eingriffe und kaum solche von der Art der "tieferen", theoretisch fundierten Erkenntnisse. "In der idealen Ordnung des ökonomischen Liberalismus entspricht die Pyramide der Qualitäten dem Übereinander der gesellschaftlichen Schichten." (97) Foucault sieht die Wurzel dieser Hierarchisierung auch in der Differenz zwischen Klinik und der bloßen ärztlichen Praxis. Die Erfahrungsstruktur, die in der Klinik gemacht wird, ist viel komplexer, und basiert nicht lediglich auf der Erinnerung und Wiederholung, sondern ist eine Form der Integration der Erfahrung in das Wissen, denn, so Foucault, "das ganze Feld der auftretenden Gegenstände wird neu codiert". (97) Der spezielle Problem moralischer Natur, der sich im Bereich der klinischen Ausbildung der Ärzte der (ersten) Klasse auftrat, betraf das Recht, das erlaubte, die in der Klinik Hilfesuchende zum Objekt der klinischen Beobachtungen zu machen. Die Klinik verschafft dem dort tätigen Arzt eine gewisse Anonymität, die ihn in der Lage versetzt, ohne großes Risiko für seinen Ruf, den Kranken nicht nur zum Objekt der Hilfe, sondern auch zum Objekt eines Experiments zu machen. Die Frage, die sich laut Foucault hier in dieser Konstellation stellt, lautet: "Aber betrachten, um zu wissen, und zeigen, um zu belehren - ist das nicht doch eine schweigende - und gerade wegen ihres Schweigens perverse - Vergewaltigung eines Leidens, das gelindert, aber nicht sichtbar gemacht werden will?" (99) Die Welt des Liberalismus beantwortet sie eindeutig positiv. Denn der Kranke ist weiterhin ein Mitglied der Gesellschaft und hat die Pflicht, die Geschichte seiner Krankheit der (wissen-

schaftlichen) Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, um zu ermöglichen, dass diese Gesellschaft besser von den Krankheiten geschützt werden kann. Das wohltätige Tun der Reichen für die Armen findet hier ihren Ausgangspunkt. "Das ist also der Vertrag, den Reichtum und Armut in der Organisation der klinischen Erfahrung eingehen. Das Helfen wird rentabel. Eine entscheidende Neuheit in der Ausbildung des ärztlichen Blicks sieht Foucault darin, dass Krankheit nun in einer prinzipiellen Entsprechung zu der Sprache betrachtet wird. Die Krankheit und die sie ausdrückende Sprachform sind isomorph, das „Sein der Krankheit [...] in seiner Wahrheit vollständig aussagbar“. (109) Es geht nun darum, nicht nur die Krankheit in ihren Wesenszügen zu charakterisieren, sondern auch ihre Geschichte nachzukonstruieren und zu erzählen. „Der beschreibende Akt ist mit Fug und Recht ein Erfassen des Seins, und umgekehrt lässt sich das Sein in den symptomatischen und daher wesenhaften Manifestationen nicht sehen, ohne sich von einer Sprache beherrschen zu lassen, welche die Sprache der Dinge selbst ist.“ Die Medizin der Arten konnte diese Vermittlung nur mit Hilfe des Krankheitsstableus herstellen, ohne dabei das historische Moment der Krankheit herausstellen zu können. Erst die Klinik bzw. die in der Klinik ermöglichte Erfahrungsdimension behandelt die Krankheit als etwas, was vollständig im „Element des Sichtbaren“ präsent, und dementsprechend - nach Foucault Deutung dieser Umwandlung des ärztlichen Sehfeldes - auch vollständig aussagbar ist. Dabei verweist Foucault insbesondere auf Condillac, der der Meinung war, dass die sprachliche Beschreibung analytische Tätigkeit ist und in ihrer Syntax durchaus imstande ist, die natürliche Ordnung zu bewahren. Denn, so Condillac, „Analysieren ist nicht anderes als die Eigenschaften eines Gegenstandes in einer bestimmten Reihenfolge beobachten, um ihnen im Geist eine derjenigen Ordnung, in welcher sie bestehen, gleichzeitige Ordnung anzuweisen ... Welches ist nun diese Ordnung? Die Natur selber gibt den Hinweis; es ist diejenige, in

welcher sie die Gegenstände darbietet." (F 110) Das Sein d.h. die Ordnung der Dinge konvergiert mit der Ordnung der Sprache aufgrund ihrer gemeinsamen Zeitstruktur. Als die Ordnung der Wahrheit ersetzt die Zeit somit das räumlich organisierte Tableau der Medizin der Arten. Anstatt räumlich wird die Geschichte der Krankheit chronologisch erfasst. Foucault sieht darin ein Verschwinden des Gegensatzes von Natur und Zeit bzw. der Wesenheit der Krankheit und ihrer Manifestationen. Die Natur der Krankheit „hat sich in die sichtbare Vielfalt der Symptome verflüchtigt, die ihren Sinn erschöpfend bezeichnen". (110) Der klinische Blick wird nach dem Modell der philosophischen Reflexion aufgebaut, das von der Welt als dem Analogon der Sprache ausgeht: „Dem Blick des Klinikers und der Reflexion wohnen analoge Kräfte inne, da sie beide eine identische Struktur von Gegenständlichkeiten voraussetzen: in ihr erschöpft sich die Totalität des Seins der Manifestationen, die zugleich ihr Signifikant und ihr Signifikat sind; in ihr verbinden sich das Sichtbare und das Manifeste in einer zumindest virtuellen Identität; und in ihr können das Wahrgenommene und das Wahrnehmbare in einer Sprache, deren strenge Form ihren Ursprung anzeigt, zur Gänze rekonstruiert werden". (110-111) Mit einer solchen Aufwertung des Faktors Zeit ging auch eine neue erkenntnistheoretische Auffassung bezüglich der Ungewissheit der medizinischen Erkenntnis einher. Diese wird nun als ein positives Element begriffen, und „analytisch als die Summe einer bestimmten Anzahl von isolierbaren und genau berechenbaren Gewissheitsgraden behandelt". (111) Der traditionelle Gegensatz zur Mathematik wird aufgehoben und die medizinische Erkenntnis einem Ansatz der Kalkültechnik geöffnet. Eine nach Foucault entscheidende Wendung, die der Forschung völlig neue Möglichkeiten auswies, indem sie einen Bereich öffnete, „in dem jedes konstatierte, isolierte und verglichene Faktum in einer Serie von Ereignissen Platz findet, deren Konvergenz und Divergenz prinzipiell messbar sind. Sie hat aus jedem wahrgenommenen

Element ein *registriertes Ereignis* und aus der ungewissen Entwicklung, in der es seinen Platz hatte, eine *aleatorische Reihe* gemacht". (111) Die Zeit ist nicht mehr die Quelle der Unsicherheit der Erkenntnis, sondern eine „Dimension, deren Elemente als Gewissheitsgrade zu integrieren sind“. Man sucht nicht mehr die Wesenheit der Krankheit hinter der in einem geschlossenen Raum auftretenden wahrgenommenen Individualität der pathologischen Fälle. Vielmehr löst sie die Grenzen des Wahrnehmungsraumes auf und verfolgt die Ereignisse in einem endlosen Bereich. Die Ungenauigkeit wird sogar nicht nur als ein Charakteristikum der Erkenntnis angesehen, sondern selbst der Natur zugeschrieben (Cabanis). Diese Ungenauigkeit macht eigentlich die Bewegtheit der Natur aus. Genau in diesem Freien Raum richtet sich auch die für die klinische Medizin charakteristische „technische Apparatur einer Wahrnehmung von Fällen“ ein, die laut Foucault aus folgenden Momenten besteht: der Komplexität der Kombinationen, dem Prinzip der Analogie, der Wahrnehmung von Frequenzen und dem schon erwähnten Kalkül der Gewissheitsgrade.

Komplexität der Kombinationen der einzelnen Phänomene wird beibehalten bzw. sie verlässt – wie dies noch in der Medizin der Arten der Fall war – die Ebene der unmittelbaren Gegebenheit. Die empirische Mannigfaltigkeit ergibt sich eigentlich aus den Kombinationen der einzelnen Elemente und ist als solche begreifbar und einer medizinischen Erkenntnis zugänglich. In der Medizin der Arten aufsteigend vom Individuellen zu der Wesenheit nahm die Komplexität ab, die Mannigfaltigkeit der Individualfälle verstellte dementsprechend den Blick auf das Wesen der Krankheit. Nun kann sie „in sich selber erfasst und erkannt werden, wenn alles, was sie darbietet, getreulich wahrgenommen und nach den Prinzipien der Kombinatorik analysiert wird“. (113-114) Erkennen wird mit der Wiederherstellung der alle Elemente verbindende Bewegung der Natur gleichgesetzt. Erkenntnis richtet sich nach gleichen Entstehungsgesetzen wie das Leben selber. Cabanis formuliert das

folgendermaßen: „Die Natur hat es gewollt, dass die Quelle unserer Erkenntnis dieselbe sei wie die Quelle des Lebens: man muss Eindrücke aufnehmen, um zu leben; man muss Eindrücke aufnehmen um zu erkennen“. (114) Durch das Prinzip der Analogie werden diejenigen, in der Kombinatorik der Elemente entstandenen Bewegungsformen miteinander verglichen, und zwar nicht als Verwandtschaften in einem statischen Bestand der Arten sondern als „Isomorphie von Beziehungen zwischen Elementen“. (114) Die Wahrnehmung der Frequenzen bezieht sich auf die Fundierung der medizinischen Gewissheit in einer „hinreichenden Wahrscheinlichkeitsmasse“. „Das Fundament der medizinischen Gewissheit“, so Foucault, „liegt nicht in der *vollständig beobachteten Individualität*, sondern in einer *zur Gänze durchlaufenen Vielfalt individueller Fakten*“. (116) Damit aber bleiben die Individualitäten samt allen außerordentlichen Vorkommnissen in einem Kontinuum der Wahrscheinlichkeiten erhalten. Der oben schon zum Teil behandelte Kalkül der Gewissheitsgrade (Erweitern! 118)

Foucault zufolge sei die Klinik nicht eine neue, mehr im Empirismus begründete Form der medizinischen Praxis, sondern die „erste konkrete Anwendung der ‚Analyse‘“, die sich in einer unmittelbaren Nachbarschaft zur Philosophie entfaltet. Denn, so Foucault, sie „eröffnet ein Feld, dass durch die Einführung von Strukturen der Grammatik und der Wahrscheinlichkeitsrechnung in den Bereich der Pathologie ‚sichtbar‘ gemacht worden ist“. Es ist eine Sichtbarkeit, die sich der Aufgabe der Dialektik vom Wesenheit der Krankheit und dem Symptom verdankt: „Das Hin und Her zwischen dem Sichtbaren und dem Unsichtbaren und die Gleichzeitigkeit von Verbergung und Aufdeckung der Krankheitsart durch den Kranken weichen einem Bereich klarer Sichtbarkeit, der sich dem Blick auftut“. (120) Doch die Erschließung des neuen Bereichs birgt in sich Unklarheiten, die zunächst nicht in den Vordergrund treten: „Das grammatische Modell, das für die Analyse der Zeichen über-

nommen worden ist, bleibt implizit und ohne Formalisierung am Grunde dieser begrifflichen Bewegung: es handelt sich um eine *Übertragung von Intelligibilitätsformen*. Hingegen beruft man sich ständig explizit auf das mathematische Modell; es ist das Kohärenzprinzip eines begrifflichen Prozesses gegenwärtig, der sich unabhängig von ihm vollendet hat: es handelt sich um die *Beibringung von Formalisierungselementen*". (120)

Die Klinik definiert das, was bisher unter der Wahrnehmung verstanden wurde, völlig neu. Diese wird nun einerseits als ein reines, jeglichem Eingreifen vorhergehendes Blick verstanden, andererseits ist sie ein logifiziertes, von den Naivitäten des schlichten Empirismus gefeites Wahrnehmen. Die Reinheit des Blicks verdankt sich vor allem der Unterdrückung und der Überwindung der störenden Einflüsse sowohl der Einbildungskraft aber auch der Theorien, der „geschwätzigem Diskurse der Systeme“. (121) „Der Blick“, so Foucault, „vollendet sich in seiner eigenen Wahrheit und hat zur Wahrheit der Dinge Zugang, wenn er sich schweigend auf sie richtet und um das Gesehene herum alles verstummt“. Der Zugang des klinischen Blickes zur Krankheit ist Foucault zufolge ein sprachlicher. „In der Klinik ist das sich Offenbarende ursprünglich das Sprechende.“ Die sich dem klinischen Blick öffnende Natur wird gelesen und nicht befragt. Daraus ergibt sich ein Unterschied zu dem die Natur befragenden Experiment. Jegliche Frage an die Natur ist ein Sprechen vor dem Sprechen der Natur. Der klinische Blick hat jedoch die Eigenart des von Foucault sog. zweifachen Schweigens. Einerseits schweigen die Theorien und Einbildungen und nehmen somit der Wahrnehmung keineswegs etwas vorweg. Andererseits schweigt jegliche Sprache angesichts der Sprache des Sichtbaren. Der Blick und die beobachtete teilen sich den gleichen Logos. „In ersten Annäherung kann man also diesen klinischen Blick als einen Wahrnehmungsakt definieren, der auf einer Logik von Operationen beruht; er ist analytisch, da er die Genese der Zusammensetzung rekonstruiert; aber er

ist frei von jedem Eingriff, insofern diese Genese nur die Syntax der Sprache ist, welche die Dinge in einem ursprünglichen Schweigen sprechen.“ (123) Andererseits nennt Foucault den klinischen Blick als die Quelle der Wahrheit, denn die Unmittelbarkeit auf die er sich öffnet, sagt die Wahrheit nur aus, sofern er gleichzeitig ihr Ursprung, d.h. ihr Ausgangspunkt, ihr Prinzip und ihr Kompositionsgesetz ist“. (122) (Ist das ein Widerspruch? Doch eine theoriebeladene Konstruktion? Heidegger!)

Zugleich spricht Foucault aber von einer Konstanz der durch den klinischen Blick „hervorgerufenen Strahlenbrechung“. Die Klinik ist nicht ein Bereich, in dem die unmodifizierte Beobachtung der Krankheit gewährleistet werden könnte. Die angesprochene Reinheit des klinischen Blickes beruht jedoch auf einer Eigenschaft der Klinik, die sie von den anderen Bereichen – wie etwa den der Familie – in entscheidender Weise abhebt. Insofern nun für die Medizin die Häufigkeit und die Vergleiche der pathologischen Erscheinungen an der Bedeutung gewinnen, wird die Klinik zum Bereich, in dem die Modifikationen in die Erfahrung integrierbar sind. „Was die Medizin der Arten natur nannte, erweist sich nun als die Diskontinuität heterogener und künstlichen Bedingungen; und gerade die ‚künstlichen‘ Krankheiten des Spitals ermöglichen die Homogenisierung des Feldes der pathologischen Ereignisse.“ (124) Der auf diese Weise erkennende Subjekt ist ein kollektiver, das Feld seiner Erkenntnis, das Spital, ist eine Kollektion. „Die Klinik“, so folgert Foucault, „sitiert sich dort, wo die beiden Ensembles sich treffen; wo sie aufeinander stoßen und sich gegenseitig begrenzen, entfaltet sie ihre Erfahrung“. (124) Gleichwohl, wie der Katalog der Fragen in der jeweiligen Klinik gestaltet wird, bildet er zusammen mit den sich überschneidenden Blicken der vielen Beobachter eine unbegrenzte aber gegliederte und in sich abgeschlossene und autarke Gestalt, die man Klinik nennt. Prinzipiell sind die

Befragungsmöglichkeiten unbegrenzt und ihnen korrespondiert ein unbegrenztes Feld der zu beobachtenden Dinge. Es kommt auf die Strategien der Verschränkung dieser Bereiche bzw., so Foucault, der Definierung des gemeinsamen Ortes der Begegnung durch ein gemeinsames Code. Dies geschieht - erstens - durch das Wechselspiel von gesprochenen und Wahrgenommenen Momenten in der Beobachtung. Zunächst verschränkt sich die Beobachtung mit der Notierung der beobachteten Symptome und den daraus entspringenden Fragen. Das Befragen zielt auch auf das Erinnerungte, das ebenfalls sprachlich fixiert werden muss. Dazu kommen noch Fragen über die Person und die Lebensumstände des Kranken. Am Ende einer Abwechslung der Wahrnehmungs- und Sprachelemente stehen in der Regel die sprachlich fixierten Vorschriften für die Therapie und die Rekonvaleszenz. Anders beim Ableben, wo doch der Blick dominiert. „In diesem Hin und Her von Wort und Blick spricht die Wahrheit allmählich ihre Wahrheit aus; eine Wahrheit, die zu sehen und zu vernehmen ist und deren Text, obgleich er nur einen Sinn hat, in seiner unzweifelhaften Totalität nur von zwei Sinnen wiederhergestellt werden kann: vom Sehen und vom Hören.“ (126) Ein weiterer Schritt in der Kodifizierung der Klinik als dem Begegnungsort von Sprache und Wahrnehmung soll Foucault zufolge der Versuch der Herstellung einer festen Korrelation zwischen dem Blick und der Sprache darstellen. Die Lesbarkeit der Symptomatologie der Krankheiten und die begriffliche Kohärenz wurden zunächst in der Herstellung des Krankheitstableaus. Es war ein gewiss unzureichendes und schon aus den Gründen ihrer Orientierung an die Verbindung des Sichtbaren und Lesbaren, d.h. des Räumlichen und Sprachlichen mit den Schwierigkeiten beladenes Konzept. „Diese funktionale Unterscheidung zwischen dem Sichtbaren und dem Aussagbaren und ihre Korrelation in dem Mythos einer analytischen Geometrie konnte für die Arbeit des klinischen Denkens natürlich nicht fruchtbar werden“ und dies deshalb, weil „ein solcher Versuch [...] nur auf die Aspekte des Problems und auf die Begriffe, die in Beziehung gebracht

werden sollten", hinweist. (127) Eine nach Foucault nicht auf die Erkenntnis sondern im besten Fall auf die Wiedererkennung orientierte Tätigkeit. Denn sie bezieht sich auf die schon a priori vorausgesetzte begriffliche Konstellation. „Es geht also nicht um die Herstellung einer Korrelation sondern um die Umverteilung dessen, was in einem begrifflich schon definierten Wahrnehmungsraum gegeben ist.“ (127) Zuletzt zeigt sich die Kodifizierung in der Aufstellung des Ideals einer erschöpfenden Beschreibung, die Foucault zufolge als Gegenentwurf zum „willkürlichen bzw. tautologischen Charakter des Tableaus“ benennt. Die Beschreibung stellt eine neue Korrelation zwischen dem Gesichteten und der Sprache und zwar so dass „die *Strenge* der Beschreibung [...] aus der Exaktheit der Aussage und der *Regelmäßigkeit* der Benennung resultieren“ soll. (127) Die Sprache ermöglicht dabei nicht nur eine eindeutige Zuordnung des Beobachteten zu dem „ihm am genauesten entsprechenden Aussageelement“ sondern auch seine Einfügung in die „Gesamtstruktur der Aussagbaren“, das die Funktionen des Vergleichens, der Generalisierung und der Subsumierung mit sich führt. Wohl eine Leistung, die der „naiv geometrischen Architektur des Tableaus“ überlegen ist und dazu die beobachtete Realität nicht in der begrifflichen Abstraktheit aufgehen lässt. Die Kunst der Beschreibung in der Medizin setzt sich über jedes definierendes und streng methodisch vorgehendes Konzept hinaus. Foucault bezeichnet es als das „große Mythos eines reinen Blicks [...]: der Mythos eines sprechenden Auges“, das „die Gesamtheit des Spitalfeldes [überblickt], es sammelt alle einzelnen Ereignisse, die sich in ihm abspielen, und je mehr und je besser es sieht, um so mehr wird es Wort, das aussagt und lehrt. [...] Dieses sprechende Auge ist der Diener der Dinge und der Herr der Wahrheit“. (128-9) Die Sprache bringt nicht das Verborgene sondern das jedermann Sichtbare zum Sprechen. Es gilt sie richtig in ihren syntaktischen und semantischen Momenten zu beherrschen und

somit die „operationale Herrschaft über die Dinge zu gewinnen“. (129)

Die Postulierung dieser Entsprechung zwischen dem Sichtbaren und Aussagbaren beruht jedoch, so Foucault, auf einem unklaren Begriff der Sprache bzw. über den „Status des Elementarsystems, das deren Fundament, Rechtfertigung und Präzisionsinstrument sein muss“. (131) Ein Umstand, der sich auf die Mängel der Logik Condillacs zurückführen lässt, denn sie war es, die für die Klinik das epistemologische Modell abgab. Deshalb bildete sich eine Reihe der „epistemologischen Mythen“, die diese Ungereimtheiten versucht hatten zu verschleiern. So etwa die Vorstellung von alphabetischer Struktur der Krankheit, die im späten 18. Jahrhundert die Hochkonjunktur hatte. In einer Analogie zu dem alphabetischen Schema der Sprache ging man auch in der Medizin von den möglichst kleinen Beobachtungseinheiten aus. Im diesem Fall waren das die einzelnen, isolierten Eindrücke, die wie die Buchstaben und einzelne Wörter im sprachlichen in dem medizinischen Diskurs die Rolle der kleinsten analytischen Einheiten zufiel. Darüber hinaus weist Foucault auch auf die Tatsache hin, dass die alphabetische Struktur der Krankheit auch ermöglicht, nicht nur die kleinsten analytischen Elemente zu isolieren sondern auch ihre Anzahl endlich und überschaubar zu halten. So lässt sich die scheinbar schier unendliche Menge an Eindrücken im Rahmen eines Alphabets strukturieren und dem rationalen Denken zugänglich machen. Cabanis [*Du degré de certitude*; 1819] sprach von einer kleiner Anzahl der pathologischen Grundphänomenen, die die Struktur des Alphabets aufweisen: „Die Ordnung, in der sie auftauchen, ihre Bedeutung, ihre verschiedenen Beziehungen genügen zur Hervorbringung aller verschiedenen Arten von Krankheiten“. (132) Als einen von diesen „epistemologischen Mythen“ nennt Foucault auch die Unterordnung des Seins der Krankheit einer nominalistischen Reduktion. Denn, so Foucault, die Alphabetisierung der Krankheiten, ihre Zusammensetzung aus Buchstaben ist zugleich ihre

einzigste Realität. Die Krankheit ist lediglich ein aus den einzelnen Elementen bestehendes Nomen, das in dem jeweiligen Fall nur die für ihn spezifische Konstellation dieser Elemente ausdrückt. Nach dem Wesen dieser Konstellation zu fragen, so Cabanis, ist genauso unsinnig wie nach dem Wesen des Wortes zu fragen. Drittens unterwirft Foucault zufolge der klinische Blick die pathologische Erscheinungen einer ‚chemischen‘ Reaktion. Gemeint ist die Vorbildfunktion der chemischen Operationen in denen nicht mehr nach den Arttypen sondern nach der spezifischen Zusammensetzung d.h. der Beziehungsformen der einzelnen Elemente gesucht wird. Man ist Foucault zufolge dabei von der mathematischen Kombinatorik über die Syntax der Sprache zum Modell der chemischen Verbindungen gelangt. Wie das Feuer in den chemischen Reaktionen bringt der klinische Blick die Wahrheit der Verbindung ans Licht. In einem verzerrenden Akt zerlegt der Kliniker die Verbindung pathologischer Grundphänomene auf ihre Wahrheit hin. Schließlich weist Foucault auf das Phänomen der Identifizierung der klinischen Erfahrung mit einer ‚schönen Sinnlichkeit‘ hin. Auf der Wahrheitssuche verlässt der klinische Blick nie die Ebene der Sinnlichkeit. Die Vertiefung der Sinnerkenntnis geschieht also nicht im Übergang auf die etwaige Ebene der reinen Wesenheiten, sondern „sie wird immer nur auf ihrem eigenen Niveau, dem der reinen Sinnhaftigkeit vertieft; denn der Sinn wird nur aus dem Sinn geboren“. (135) Es handelt sich also um eine Ästhetik und zwar nicht nur deswegen, weil die Wahrheit in der Sinnlichkeit verortet wird. Auch dem ärztlichen Tun haftet immer etwas von der Kunstfertigkeit an: „Die technische Ausrüstung des ärztlichen Blicks verwandelt sich in Ratschläge der Klugheit, des Geschmacks, der Geschicklichkeit: es bedarf ‚großen Scharfsinns‘, ‚großer Aufmerksamkeit‘, ‚großer Genauigkeit‘, ‚großer Gewandtheit‘, ‚großer Geduld‘“. (135)

Mit der Übernahme der analytischen Methoden in die Medizin war es an der Zeit sich dem Gebiet der pathologischen Anatomie zu

öffnen. Es ist Foucault zufolge eine Illusion, ja das Ergebnis einer gewissen Geschichtsfälschung zu meinen, dass die Gründe für diese späte Zuwendung in der religiös fundierten Scheu von der Öffnung der Leichen zu suchen sind. Vielmehr liegen sie im Wesen des klinischen Blicks selbst, denn „dem klinischen Blick, einem neutralen auf die Erscheinungen, ihre Häufigkeit und Chronologien gerichteten Blick, der die Symptome klassifizieren und ihre Sprache erfassen wollte, war diese Durchsichtung der stummen und zeitlosen Körper völlig fremd; die Ursachen oder der Sitz der Krankheiten waren ihm gleichgültig; die Klinik war Geschichte, nicht Geographie“. (139) Im welchen Sinne aber sich die analytische Methode und die pathologische Anatomie verbinden verdeutlicht Bichat [*Anatomie générale*; 1801]: „Die Chemie hat ihre einfachen Körper, die durch ihre verschiedenen möglichen Verbindungen die zusammengesetzten Körper bilden. [...] Ebenso hat die Anatomie ihre einfachen Gewebe, die durch ihre Verbindungen die Organe bilden“. (145) Foucault bestimmt es als eine Analyse die sich nicht mehr an die sprachliche Syntax der medizinischen Phänomene orientiert sondern eher bei der Analyse der Räumlichkeit, der räumlich darstellbaren pathologischen Zersetzung ansetzt.

12 Pathognostik. Gesundheit als Herstellung der Tauschäquivalenz

In seinem Aufsatz *Philosophie der Krankheit* bestimmt Rudolf Heinz die Krankheit als „die Spürbarkeit der schweren narzisstischen Verfehlung schon in der Herstellung der Dinge, die Spürbarkeit kurzum der Schuld der Produktion am Ort des Gebrauchs; ein ‚deplaziertes‘ Gespür, das zu mancherlei Fluchten und das sind dann die Symptome: Schuldfluchten, veranlasst“. Krankheit erscheint hier als das Scheitern innerhalb der Sphäre des normierten Konsumverhaltens, das sich aus den Verfehlungen in den allgemeinen Charakteristika der Dingherstellung generiert. Die Krankheit ist ein Ausdruck der

Nichtvorhandenheit der Äquivalenz zwischen der Produktion und Konsum. Das produzierte und zum Konsum bereite Ding verkörpert die Schuldverhältnis, die infolge der produktionstragenden Opfertransformation entstehen. Die Behauptung der Äquivalenz zwischen der Produktion und dem Konsum ist ein Versuch der Verdrängung der Tatsache, dass jeder Produktionsakt auch ein Opferungsakt ist. Fleischproduktion ist eine solche Opfertransformation, die den Konsumenten in die Schuld bringt. Die Krankheit entsteht bei dem Versuch, diese Schuldverhältnisse wieder aufzuheben. Die Herstellung der Tauschäquivalenz zwischen dem Opfer und dem Konsument hat die Krankheit zur Folge. Die Herstellung einer völligen Äquivalenz zwischen dem für die Fleischproduktion geopfertem Tier und dem Konsumenten würde somit den Tod des Konsumenten nach sich ziehen müssen. Dieser Bestimmung des Verhältnisses von Tausch und Krankheit liegt gewiss die marxistische Kritik an dem Fetischcharakter der Ware. Der Fetischcharakter der Ware deutet auf die Ablösung des Wertes einer Ware von dem in sie hineingesteckten Arbeitsaufwand. Dies kulminiert darin, dass nun das Geld zur wertschöpfenden Instanz wird (Keynes). Im Essay Fetischismus und Ideologie. Die semiologische Revolution weitet Baudrillard den Fetischbegriff aus, indem er von einer totalen Abkopplung des Tausches von der Produktionssphäre ausgeht. Das Geld wird demnach nur eine von den Dingen isolierte zeichenhafte Zahl. Dass die Tauschverhältnisse in keiner Weise mehr die ‚Natur‘, nämlich die Produktionsverhältnisse widerspiegeln, ist ein Kulturphänomen, das in die Reihe anderer sich von der Nachahmung der Natur ablösenden kulturellen Leistungen gehört. Die Zeichen bewegen sich nun im Raum des ‚Hyperrealen‘, die Welt ist also weder real noch unreal, sondern eine Simulation. Die Verortung der Krankheit auf der Ebene der Tauschverhältnisse gestattet die Entwicklung von Krankheitsbildern, die als die Versuche, die Tauschverhältnisse wieder an die Natur der Produktionsverhältnisse zu koppeln, sie also gerechter zu machen, gelten können. So etwa werden die Typisierungen des

Morbus Crohn auf die Weisen des Umgangs mit den Tauschverhältnissen zurückgeführt. Demnach verwirft der Obstipationstyp den Tauschvorgang, indem er den Konsum blockiert. Es ist die Einführung des schuldfreien Tausches durch die Anhaltung des Konsums.

13 Ästhetik und Therapeutik. Zwei Versuche der Überwindung der bedrohlichen Natur

Am Anfang des zweiten Teils seines Buches *Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie*, der den Titel ‚Vorbereitungen zum Abschied von der Anthropologiekritik‘ trägt, versucht Marquard einen Zusammenhang zwischen Schellings Philosophie und Freuds Tiefenpsychologie nachzuweisen. Schelling, so Marquard, betrachtet das menschliche Dasein unter dem ästhetischen Aspekt und räumt der Ästhetik die zentrale Position innerhalb des Systems der Philosophie. Sigmund Freud verfährt analog dazu, indem er den therapeutischen Aspekt der menschlichen Existenz hervorhebt. Freud versteht nicht nur den Kranken von seinen pathologischen Symptomen her, sondern auch den Normalen aus den Störungen seines Seelenlebens heraus. Die Therapeutik wird Freud zufolge somit auch zentral für die Philosophie, da sie als Tiefenpsychologie den Einblick in die grundlegenden seelischen Vorgänge erlaubt. Marquard stellt diesbezüglich die Frage nach dem sachlichen Zusammenhang bzw. dem Grund einer Entwicklung, die sich durch das ganze neunzehnte Jahrhundert hindurchzieht und anscheinend von einem Übergang von einer ästhetisch zu einer therapeutisch geprägten Philosophie zeugt. Zunächst stellt Marquard fest, dass es Mittelglieder zwischen Schelling und Freud gibt. Freud sei nicht der erste ‚therapeutisierende‘ und Schelling nicht der letzte ‚ästhetisierende‘ Philosoph. Außerdem gibt es laut Marquard über mehrere Personen laufende Schüler-Lehrer Beziehungen zwischen Schelling und Freud. Wichtiger für den Nachweis eines sachlichen Zusammenhangs scheinen jedoch die zahlreiche Hin-

weise einiger prominenten Autoren wie Josef Meinertz, Arnold Gehlen oder etwa Thomas Mann. Sie schon haben mehrfach auf die Gemeinsamkeiten der Grundbegrifflichkeit von Schelling und Freud hingewiesen. Vor allem ist hier auf die Analogie zwischen den folgenden Begriffspaaren zu denken: Freudschen bewusstes-unbewusstes System und Schellingschen bewusste-bewusstlose Tätigkeit. Dabe steht bei beiden das ‚Unbewusste‘ für das Triebhafte, Freie, Ungestaltete und Unbestimmte. Das ‚Bewusste‘ zeichnet sich dagegen durch die Tendenz zur Hemmung und Verdrängung, auf deren Grundlage sich allerdings aufsteigend die kulturelle und geistige Existenzweise des Menschen gestaltet. Sowohl bei Schelling als auch bei Freud erscheint somit die Geschichte des Geistes als aus einer Hemmung der unmittelbaren Befriedigung des Triebhaften hervorgegangen, die kulturellen und geistigen Erzeugnisse als Ersatzleistungen. „Beide [Schelling und Freud] begreifen die Phänomene dieser Geschichte als un stabile ‚Synthesen‘ und ‚Kompromissbildungen‘; beide lieben den Vergleich dieser Tendenzen mit den Kräften Repulsion und Attraktion; beide denken ‚genetisch‘, und verstehen, was sie dabei tun, als ‚Konstruktion‘; beide wollen Zufälliges nicht gelten lassen; beide waren darum immer wieder einmal Deterministen, Fatalisten, Mechanisten gescholten; beide Attackieren wesentlich Selbsttäuschung durch Bewusstmachung der unbewussten Vorgeschichte des Ich“. (OM 88-89) Alles, so Marquard erklärungsbedürftige Indizien für einen wesentlichen Zusammenhang zwischen Ästhetik und Therapeutik.

Ein zentrales Bindeglied sieht Marquard in der Wichtigkeit der Natur und Naturphilosophie für die beiden. Gerade in der philosophischen Hervorhebung der Natur, so Marquards These, zeichnet sich die Aufwertung der Kunst und Medizin ab, die „als Geltung von Formen einer Naturpräsenz: von Formen einer unriskanten Präsenz der Natur“ verstanden werden sollen. Der Zusammenhang der Ästhetik und Therapeutik würde sich deshalb vor allem in der Analyse dieser „Wende zur Natur“ zeigen.

Schelling konstatiert nämlich eine Schwäche der Vernunft, die dazu tendiert, sich als praktisch-moralische Vernunft, in die private Innerlichkeit des Einzelnen zurückzuziehen, oder sich etwa als theoretische Vernunft in das erkennende Subjekt abzukapseln. Die „Schwäche der Vernunft“ vergisst und offenbart zugleich, dass die „Natur [...] das Letzte in uns ist [...] auf welches das ganze Bewusstsein mit allen seinen Bestimmungen aufgetragen ist“. (III 610) Marquard bemerkt treffend, dass die ‚Natur‘ hier zum „Inbegriff jener unaufgelösten Probleme, vor deren Auflösung die die vernünftige Geschichte resigniert“, woraus jedoch erst die Frage nach dem Verhältnis dieser unbändigen Natur und der Geschichte entsteht. (OM 92) Die Übermacht der Natur ruft die Frage nach den Möglichkeiten, ihre Macht auszuhalten. So etwa versucht die Romantisierung der Natur wieder ein Moment der Vernünftigkeit in ihre destruktive Kraft hineinzubringen. Hierin zählt Marquard selbst Schelling, der die Natur als „Grund in Gott“ bezeichnete. Laut Marquard ein labiler und eher transitorischer Versuch. Jedoch auch die Bestrebungen die romantische Naturphilosophie zu widerlegen und entzaubern wird nach den Chancen, das Übermächtige und Ungeheuerliche der Natur auszuhalten, gesucht. Schopenhauer ruft nach dem „Heiligen“ der die blinde Willenskraft in sich aufhebt und auslöscht; Nietzsche beschwört den „Übermenschen“, der imstande ist, den schweren Gedanken an die im ewigen Wiederkehr des Gleichen sich manifestierende Macht der Natur „leicht und selig“ zu tragen. „Es gibt offenbar keine Möglichkeit, die Macht der Natur anzuerkennen“, so Marquards Resümee, „ohne zugleich jene Formen ihrer Präsenz als Nicht-Natur mitzurufen, die ihr Auftreten als vollendete Unmenschlichkeit verhindern“. (OM 94) Da sie sich jeweils in einer besonderen Weise mit der Übermacht der Natur beschäftigen, sind laut Marquard innerhalb dieser Formen gerade die Genie- und Medizinkunst vom Interesse gewesen. Im neunzehnten Jahrhundert gewinnen sie gar eine philosophische Funktion, die Marquard eine „transzendente Nobilitierung

dieser modi vivendi mit der zur Macht gekommenen Natur“ nennt, von denen allerdings nicht weniger erwartet wird als die Rettung von der Übermacht der Natur.

Schon bei Schelling wird die Geniekunst als Möglichkeit, der transzendental einsichtigen Macht der Natur zu entgehen, dargestellt: „Der Transzendentalphilosoph sieht es wohl, dass das Prinzip derselben [der Natur] das Letzte in uns ist [...], aber das Ich selbst sieht es nicht“. Die unbequeme transzendente Einsicht vermag es erst in einer durch die reflektiv zustande gekommenen Kunstanschauung, also in einer durch den ästhetischen Akt der Einbildungskraft entstandenen abgemilderten Form zu akzeptieren. Es handelt sich, so Marquard, um eine Überbietung der Naturphilosophie durch die Ästhetik der Geniekunst. Die Philosophie wird zur Ästhetik, und „gerade angesichts der Macht der Natur gewinnt die Geniekunst philosophische Fundamentalgeltung, und zwar durch ihre Vermeidungskraft, ihre Kompetenz fürs Ersparen: als eine Form nämlich von ‚unriskanter‘ Präsenz der Natur“. (OM 95) Das ästhetische Genie unterhält nämlich eine besondere Beziehung zur Natur. Da es der Macht der Natur in einem erheblichen Masse ausgesetzt ist, stellt sich für es auch die Forderung nach der Lösung des Problems dieser Beziehung auch dringender dar. Andererseits ist laut Marquard gerade das Genie als solches für die Überwindung dieses Problems fähiger als die anderen, denn „es hat die erstaunliche Fähigkeit, diese geschichtsbedrohende und geschichtsvernichtende Natur aus einem Schicksal der Realität in ein Spiel der Phantasie zu verwandeln und dadurch unrisquant zu machen“. (OM 96) Dies erreicht es, indem das Bedrohliche der Natur in das Kunstwerk überträgt. Dieses Vorhaben, so Marquard, scheitert jedoch, da das „Grad an Unwirklichkeit“, die die ästhetisch erzeugte Unriskanz der Natur ausdrücken soll, nicht ausreichend ist, und man ständig vom Rückfall in die unerträgliche Wirklichkeit bedroht ist. „Indiz für dieses Versagen ist der alsbald im Übermaß wachsende Aufwand an Zusatzaktionen zur Rettung dieser Unwirklichkeit: etwa die Kon-

junktur der Ironien.“ (OM 97) Deshalb sieht man sich erneut veranlasst, nach den Weisen der unriskanten Präsentation der Natur zu suchen, und wird findig in der Medizin. Da es nicht mehr ausreicht, das Bedrohliche der Natur ästhetisch „als Kreise der Innerlichkeit zu ‚dichten‘“ (97), wird man versuchen sie als Krankheit zu behandeln, also sie zu heilen. Die Krise der Ästhetik bringt die Therapeutik auf den Plan, denn „weil ‚der Poet‘ als der ‚transzendente Arzt‘ versagt, folgt ihm der reale Arzt im Amte des Hüters der ‚transzendentalen Gesundheit‘“ (98) Die Tatsache, dass die Medizin des frühen neunzehnten Jahrhunderts noch nicht die exakte Wissenschaft im heutigen Sinne ist, macht diese Grenze zwischen Philosophie und Medizin fließender, und dies in beide Richtungen. Es gibt laut Marquard sowohl eine Wende der Philosophie zur Medizin als auch eine Wende der Medizin zur Philosophie. Schon bei Schelling macht sich die Wende zu Medizin bemerkbar, als er in den von ihm mitherausgegebenen ‚Jahrbüchern der Medizin und Wissenschaft‘ schrieb auf die zentrale Rolle der Medizin (Arzneiwissenschaft) innerhalb der Naturwissenschaften hinwies. (OM 99) Andererseits wenden sich viele Ärzte den philosophischen Aspekten der Medizin zu, wie etwa Kieser in seinem 1817 erschienenen ‚System der Medizin‘, demzufolge die Ärzte auch gefragt sind, „nach höheren, philosophischen Ansichten eine [...] Krankheits- und Heilungslehre zu geben“. (OM 99) In Folge dieser Bestrebungen werden dann die Krankheiten als Disharmonie, als Regression oder gar als Sündenfall gedeutet. Nach dieser eher ‚romantischen‘ Phase der Zuwendung der Ärzte zur Philosophie folgt eine ‚anthropologische‘ Phase, die eine bemerkenswerte Nähe zu den Positionen Herders aufweisen oder gar als eine Vorwegnahme der Ansichten Schellers verstanden werden können. So etwa schreibt der Bonner Medizinprofessor Joseph Ennemoser in seinen ‚Anthropologischen Ansichten‘, dass der Mensch im Vergleich zu Tier ein Mängelwesen ist, doch aufgrund seiner geistigen Fähigkeiten imstande sei, sich über die Natur zu erheben. (OM 100)

Neben diesem Prozess der Wechselwirkung zwischen Medizin und Philosophie entfaltet sich auch ein Prozess der Wechselwirkung zwischen den sich gerade ablösenden Ästhetik und Therapeutik. Es entsteht „zunehmend ästhetisches Interesse fürs Medizinische und medizinisches Interesse fürs Ästhetische“. (OM 101) Die Gestalten des Arztes und des Kranken finden so den Eingang in den modernen Roman. Andererseits wächst das Interesse an dem medizinisch-pathologischen Aspekt des Künstlertums, von wo er auch auf die Philosophie übertragen wird. So etwa diskutiert nicht erst Nietzsche das Genie-Wahnsinnproblem, sondern vor ihm auch Schelling und Schopenhauer. So etwa wird das Genie-Wahnsinnproblem schon seit Schelling und Schopenhauer, später bei Nietzsche und Freud intensiv diskutiert. Schelling und Freud stehen sich also als zwei Pole dieser Entwicklung von Ästhetik zur Therapeutik. Laut Marquard bestand der Wechsel von der Ästhetik zur Therapeutik in der Einnahme einer und derselben Rolle, nämlich der Zähmung der bedrohlichen Natur. Diese Funktionsverwandtschaft bestimmt Marquard dann abschließend folgendermaßen dar: „Freuds Psychoanalyse bezieht ihre philosophische Position innerhalb der Wachablösung der Ästhetik durch Therapeutik folgerichtig in der Form einer Wiederholung von Denkfiguren der transzendental-philosophischen Wende zur Natur [...]; sie ist darum [...] kein ‚Gegensatz‘, sondern eher ein ‚Zustand‘ dieser Transzendentalphilosophie: darum jene Ähnlichkeit gerade der Theorien Schellings und Freuds, von der eingangs die Rede war“. (OM 104) Marquard macht drei Elemente dieser Ähnlichkeit aus: a) beide agieren unter der Vorbedingung der Schwäche der geschichtlichen Vernunft gegenüber der Macht der Natur; c) beide hoffen auf die implizit vorhandene Vernünftigkeit der Natur, die sich bis zu einem gewissen Grade aus sich selbst vergeistigt; c) beide teilen schließlich die Enttäuschung über diese Hoffnung, denn die Natur zeigt sich als unüberwindbar.

14 Schlussbetrachtung

Wenn nach einem gemeinsamen Nenner aller dieser oben geschilderten hermeneutisch-phänomenologischen Positionen gefragt wird, dann werden wir uns doch auf die eingangs aufgestellte Schilderung des phänomenologischen Anliegens zurück erinnern müssen. Dort wurde die Phänomenologie als eine Methode, d.h. als eine Zugangsweise zu verschiedenen Gegenstandsbereichen bestimmt. Demnach wäre das Gemeinsame der Ansätze von Gadamer, Heidegger, Foucault, Canguilhem, aber in einem bestimmten hier weiter zu erläuternden Sinne auch derjenigen der Psychoanalyse genau in diesem methodischen Aspekt zu suchen. Dabei teilen sie alle gewiss nicht die Radikalität des Phänomenologieverständnisses, wie wir sie gewöhnlich bei Husserl und Heidegger finden. Sie alle lehnen sich jedoch stark an den weitgehend aus eben diesem phänomenologischen abgeleiteten hermeneutischen Ansatz an. Dass das für Hans-Georg Gadamer gilt ist unbestreitbar.

Der Frage nach der Gesundheit phänomenologisch nachzugehen, sich über das Phänomen ‚Gesundheit‘ eine Rechenschaft zu geben, bedeutet nicht, die Gesundheit mit dem Instrumentarium einer unter dem Dach allgemeiner Erkenntnistheorie ausgebildeten phänomenologischen Methode zu behandeln. Edmund Husserl formulierte das ‚Prinzip aller Prinzipien‘ der Phänomenologie als den Rückgang zu den Sachen selbst. Die Sachen sollen sich in ihrer originären Erscheinungsweise geben, d.h. sich so zeigen, wie sie selbst sind, und nicht etwa auf die Art und Weise wie sie sich uns gebrochen durch das Prisma jeweiliger theoretischer, weltanschaulichen, praktischen oder sonstigen Einstellungen zur Welt zeigen. Es gilt, so Husserl, von jeglicher Seinssetzung abzusehen, um sich den Zugang zu den Sachen selbst durch sachfremde Konstrukte nicht zu verstellen. Für Husserl ist dies erreichbar nur in der Sphäre des reinen Bewusstseins, in dem sich im Rahmen der phänomenologischen Schau und Reflexion die reinen

phänomenalen Gegebenheiten erschließen. Heidegger erkannte aber gerade in diesem Kernstück Husserlschen Phänomenologie ihre eklatanteste Inkonsequenz. Laut Heidegger deuten Husserls Festhalten am Konzept des reinen Bewusstseins sowie seine Bestimmung der Phänomenologie als Bewusstseinsphänomenologie auf die Seinssetzung schlechthin, nämlich die metaphysische Bestimmung des Seins als reine Anwesenheit. Eine konsequente Auffassung der Phänomenologie als des Rückgangs zu den Sachen selbst muss diesem Umstand Rechnung tragen und sich nicht von bestimmten Seinsregionen leiten lassen, sondern ihre Intention auf die Seinsweisen selbst ausrichten. Wie oben schon die Vermutung aufgestellt wurde, lässt sich eine solche Radikalisierung des phänomenologischen Anliegens zunächst schwer mit dem Problemfeld der Gesundheit in Verbindung bringen. Und dies vor allem nicht angesichts der Tatsache, dass der Gesundheit und Krankheit in Heideggerschen Daseinanalytik keine konstitutive Funktion eingeräumt wird. Nicht nur dass sie keine ontologische Funktion, nämlich derjenige der Existentialen bekommen haben, sie sind auch nicht in die Reihe der ausgezeichneten ontischen für bestimmte Erschließungsweisen des Ontologischen charakteristischen Phänomene aufgenommen worden. In diesem Rahmen wendet sich Heidegger den Phänomenen wie Angst, Furcht, Langeweile, Tod usw. zu, die Gesundheit oder etwa die Krankheit finden hier keine Verwendung. Heideggers hermeneutisch geprägte Phänomenologie, aber auch Husserls Analysen der Intentionalität des Bewusstseins geben jedoch ein Leitfadens an die Hand, an den sich jede Phänomenologie der Gesundheit orientieren kann. Von entscheidender Bedeutung ist m. E. hier der Umstand, dass uns die Phänomenologie einen Weg weg von der Annahme einer Unvermeidbarkeit der Alternative zwischen Substantialismus und Formalismus zeigt. Dies bezieht sich sowohl auf ihr generelles Anliegen als auch auf den Spezialfall einer etwaigen Phänomenologie der Gesundheit. Die Ablehnung des Substantialismus wäre folgendermaßen zu formulieren: es kann

keinen Wesen, keiner Idee, oder irgendeiner anderer selbstständigen ontologischen Entität unter dem Namen ‚Gesundheit‘ geben. Jede Ontologie der Gesundheit trifft wie jede andere Ontologie der Dogmatismusvorwurf. Andererseits ist die Gesundheit auch nicht in einem nominalistischen Ansatz zureichend erfassbar. Gesundheit betrifft uns existentiell, d.h. sie ist nicht nur ein reibungsloses Funktionieren, sondern bestimmt uns in unserem Sein, in unserer Existenz. Heideggerisch gesprochen ist Gesundheit (sowie Krankheit) bzw. gesund-sein (sowie krank-sein) ein Moment der Jemeinigkeit des Daseins, also prinzipiell als solche nicht an den oder die Anderen delegierbar. Deshalb ist es im Rahmen der Phänomenologie angebrachter, nicht nach dem Was, sondern nach dem Wie des Gesundseins zu fragen. Phänomenologisch gesehen könnte die Heideggersche im Kontext der Eigentlichkeitsproblematik gestellten Frage, wie es ist, selbst zu sein, auch ins Feld der phänomenologischen Betrachtung der Gesundheit in einer gewissen Abwandlung verwendet werden und lauten, wie es ist, gesund zu sein. Demnach könne das, was die Phänomenalität der Gesundheit ausmacht, nicht durch irgendeine Mitte, Standard, Durchschnitt oder irgendeine aufgestellte Norm erschöpft sein, sondern steht als ein Moment des existentiellen Vollzugs in dem durch die Spanne zwischen Eigentlichkeit und Uneigentlichkeit abgesteckten Feld der existentiellen Möglichkeiten. Gewiss darf man das nicht solipsistisch verstehen, denn der Sphäre der Durchschnittlichkeit, der Standards, der Allgemeinheit, die Heidegger unter der Bezeichnung das ‚Man‘ zusammenfasst, kommt immerhin eine konstitutive Funktion innerhalb der Daseinsanalytik. Das ‚Man‘ ist ein Existential. Nur vor dem Hintergrund der Uneigentlichkeit kann man von einer Eigentlichkeit der Existenz reden. Gesundheit wäre somit weder das Ergebnis einer willkürlichen willentlichen Entscheidung noch würde sie völlig in der diversen Normierungstendenzen aufgehen.

Wir haben oben gesehen, inwiefern Bernhard Waldenfels aus einem solchen Phänomenologieverständnis und in starker Anlehnung an Maurice Merleau-Ponty die Konsequenzen gezogen hat. Gewiss geschieht dies nicht direkt sondern auf den verschlungenen Wegen der Wirkungsgeschichte, denn bei Waldenfels finden sich eher dürftige Hinweise auf Heidegger. Dennoch kann behauptet werden, dass eine Phänomenologie des Leibes näher zur Daseinsanalytik Heideggers als zu der Bewusstseinsphänomenologie Husserls zu verorten ist. Sowohl Heidegger als auch Merleau-Ponty (und somit auch Waldenfels) haben der affektiven Seite des Verhältnisses zur Welt nicht nur mehr Aufmerksamkeit als Husserl gewidmet, sondern ihr zugleich eine konstitutive Funktion zugewiesen. Das Dasein, so Heidegger, ist nicht nur ‚in‘ und ‚bei‘ der Welt, sondern ist immer schon ‚von‘ bzw. ‚aus‘ der Welt angegangen worden. Ein Umstand, dem Heidegger vor allem in den Ausführungen zur Befindlichkeit des Daseins Rechnung trägt. Analog dazu lässt sich auch die Verschlungenheit der ekstatischen und affektiven Charakteristika des Leibes deuten. Sowohl die Daseinsanalytik als auch die Phänomenologie des Leibes setzen nicht bei der Trennung von Subjekt und Objekt an, sondern sehen ihn als abgeleitet aus einer ursprünglicheren Sphäre in der sich so was wie ‚Welthabe‘ erst konstituiert. Inwiefern sich dies auf das Thema Gesundheit und Krankheit auswirkt, sehen wir vor allem bei Waldenfels. Ausgehend von diesen Voraussetzungen wirft er die Fragen nach der Normativität und Normalität auf, und stellt fest, dass jeder Versuch, sie auf der Grundlage einer Weltontologie zu beantworten, zu Widersprüchen führt. Der Begriffsrealismus geht von der Existenz der ontologischen Entitäten aus und neigt zur Hierarchisierung derselben in einem statischen ontologischen System. Der Begriffsnominalismus dagegen endet entweder in einem Formalismus oder Psychologismus, das über die Reflexion über die subjektive Gesetzmäßigkeiten bzw. die Bestandaufnahme der subjektiven Zustände nicht hinausgeht. Dabei ist der Begriffsrealismus vor allem

imstande, die affektive Seite der Subjekt-Objekt-Beziehung zu erfassen. Die reale Welt spiegelt sich im Subjekt wieder. Beim Begriffsnominalismus kann dagegen nur von der konstruktiven Kraft des Subjektes die Rede sein, er erfasst also in erster Linie die ‚aktive‘ subjektive Seite des Verhältnisses Subjekt-Objekt. Jedoch keiner von diesen Ansätzen gelingt an den Ort, wo der Ursprung dieser Beziehungen liegen sollte. Für Merleau-Ponty (und Waldenfels) ist dieser Ort die Leiblichkeit. In ihr liegt die ursprüngliche Einheit von dem Subjekt und Objekt, von Ich und Welt, von dem Wahrnehmenden und Wahrgenommenen etc. Die Leiblichkeit vereinheitlicht zirkulär jegliche Aktivität und Affektivität. Jede Zuwendung einer konkreten Verhaltensweise muss diesem Umstand die Rechnung tragen. Somit beinhaltet die Gesundheit als eine verhaltende Verortung in der Welt zugleich diese aktiv- gestaltende als auch die passiv-affektive Momente. Niemals ist der Gesunde (oder Kranke) der freie Gestalter seiner diesbezüglichen Belange in der Welt. Andererseits geht das Gesundsein nie ganz in der Affektion und Fremdbestimmung auf. Die Gesundheit ist nicht ein Etwas, dem in der Weise der Wesenheiten oder der Ideen ein bestimmter ontologischer Status zugeschrieben werden könnte. Die Gesundheit ist nicht eine Entität der für sich existierenden Welt. Dementsprechend ist das Gesundsein keine Anteilnahme an dem übergeordneten ontologischen Bestimmung genannt Gesundheit. Eine solche Fremdbestimmung in Sachen Gesundheit finden wir also überall dort, wo von der einer ‚draußen‘ existenten Realität ausgegangen wird. In alten Kosmologien wurde eine Entsprechung des Makro- und Mikrokosmos postuliert. Gesundheit ist der Einklang der Mikro- mit der Makrosphäre. Die platonische Ideenlehre geht von einer Anteilnahme an der höheren Realität der Idee der Gesundheit aus. Nicht zuletzt hat auch die moderne Naturwissenschaft, in den Fällen, wo von einer dogmatischen Annahme einer real existierenden Welt ausgegangen wird, die Gesundheit als das Ergebnis der Konstellationen bestimmender Faktoren definiert.

Die naturwissenschaftliche Quantifizierung der ontologischen Elemente, die in der Neuzeit ansetzt, hat aber zum ersten Mal erlaubt, von einem fließenden Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit zu reden. Laut Canguielhem war das ein Schritt, der sich selbst in die gesellschaftliche Emanzipationsbestrebungen auswirkte. Die Gesundheit wurde allerdings immer noch im Rahmen der von außen gesetzten Normierungsvorgaben behandelt, aber das Neue war, dass nun die Krankheit in diesem System ihren Platz fand. Die Krankheit war von nun an nicht das qualitative Gegenteil, nicht das Andere der Gesundheit, sondern es bestand lediglich ein gradueller Unterschied zwischen dem Normalen und Pathologischen. Der phänomenologische Einwand dagegen lautet, dass man auch an einer Kontinuität zwischen den Qualitäten festhalten kann. Die Voraussetzung dafür wäre eine gewisse Entontologisierung der Qualitäten. Unverkennbar ist die Parallele zu der Kantschen Auflösung der sog. Antinomie der Urteilkraft. Wir erinnern uns, Kant formulierte diese Antinomie als Gegensatz zweier Maximen, bei dem die erste von einer Erzeugung aller materieller Dinge und ihrer Formen ausschließlich nach den mechanischen Gesetzen ausgeht, die andere wiederum lässt die Möglichkeit offen, dass einige Produkte der Natur nach den mechanischen Gesetzen nicht zureichend beurteilt sind, sondern erfordern eine Beurteilung derselben auch unter der Annahme der Zwecke. Kant löst diese Antinomie als scheinbare auf, indem er zeigt, dass es sich hier um ein durchaus verträglicher Nebeneinander zweier Urteilsformen, nämlich der bestimmenden und der reflektierenden, die jede für sich in der ihr zugedachter Hinsicht ihre volle Berechtigung hat. Die bestimmende Urteilkraft subsumiert alles unter ein Gesetz (hier das mechanische Gesetz), die reflektierende Urteilkraft subsumiert unter die ‚als ob‘ gedachte Gültigkeit bestimmter angenommenen Zwecke. Kurzum diese erlaubt uns nicht nur über die ästhetischen, praktischen usw., sondern auch über die biologischen Objekten zu urteilen. In einer bloß nach den

mechanischen Gesetzen funktionierenden Objektwelt wäre kein Selbsterhaltungszweck denkbar. Erst unter der Annahme eines ‚als ob‘ gültigen Grundsatzes, der eine solche Möglichkeit formuliert, kann ich von einem zweckmäßigen, hier selbst-erhaltenden, Verhalten in der Natur ausgehen. In gewisser Weise ‚rettet‘ Kant eine ganze Reihe der Phänomene, für die es ansonsten in einer durchgehend mechanisch-kausalistisch bestimmten Ordnung keinen Platz geben könnte. In der Folge davon sind wir Zeugen zweier Entwicklungen. Einerseits der vitalistischen Rückfalls in den Aristotelischen Substantialismus der Zwecke. Vitalisten teilen nicht Kants Einsicht, dass von den Zwecken nur im Hinblick aufs Urteilsvermögen die Rede sein kann, sondern gehen von einer realen Existenz der Entelechien in der Natur aus. Andererseits sehen wir bei den Systemtheoretikern wie Ilja Prigogine, wie das Zweckmäßige zur funktionellen Komponente einer Selbstregulation wird, wobei die Abgrenzung zwischen den organischen und nichtorganischen Systemen kaum eine Rolle zu spielen scheint.

Die Phänomenologie geht andere Wege. Sie ist der Versuch, von solchen Seinssetzungen einen Abstand zu nehmen. Es geht ihr also nicht um die Klärung der Frage, ob die Zwecke real, subjektiv, nur in transzendentaler Hinsicht oder sonst wie denkbar sind, sondern um ihre Gegebenheit, um ihre Positivität, die jenseits von jeglicher ontologischen oder sonstigen Zuschreibungen liegt. Wenn wir von dem Ort, der den Zwecken in der Phänomenologie zukommt, reden, dann müssen wir auch betonen, dass das Zweckmäßige bzw. das Teleologische in der Phänomenologie nicht nur eine der Möglichkeiten neben den anderen (wie bei Kant) darstellt, sondern eher einer universalen Charakter hat, so dass man sagen kann, die Phänomenalität sei eine in sich beschlossene teleologische Struktur. Schon Husserl hat sich in dieser Hinsicht klar von Kant abgegrenzt, indem er die Frage nach dem Apriori nicht mehr ‚vertikal‘, sondern ‚horizontal‘ zu klären versucht. Demnach gebe es kein begrenzter Katalog der für die materielle

Ebene konstitutiver Aprioris, sondern es gibt eine unbegrenzte Vielfalt der materiellen Aprioris, der Spezies, die es phänomenologisch in ihrer Einmaligkeit zu erschließen gilt. Merleau-Ponty folgt darin Husserl, wenn er in *Phänomenologie der Wahrnehmung* schreibt: „Ist einmal der Anfang der Erkenntnis die Erfahrung – d.h. die Offenheit für unsere faktische Welt – anerkannt, so bleibt keine Möglichkeit mehr, zwischen einer Ebene apriorischer Wahrheit und einer Ebene faktischer Wahrheit, zwischen dem, was die Welt sein soll, und dem, was sie wirklich ist, zu unterscheiden.“ (257)

Vor diesem Hintergrund erscheint auch Canguilhem's Kritik an der Alternative zwischen den quantitativen und qualitativen Zugang zum Pathologischen verständlicher. Bei Canguilhem vermisst man jedoch die Einordnung dieser Problematik in oben geschilderte Problemfelder. Stattdessen begnügt er sich mit einer Forderung nach der Anerkennung der Qualitäten innerhalb einer ansonsten qualitativ verfahrenen Wissenschaft vom Pathologischen, ohne dabei anzugeben, woher diese Anerkennung ihre Berechtigung bekommen soll. Bei Merleau-Ponty und Waldenfels finden wir dagegen einen auf der Basis der Leiblichkeit fußenden Begründungsversuch vor. Die Leiblichkeit ist die Urpositivität, in der alle anderen phänomenalen Positivitäten ihren Erscheinungsort haben. Die Leiblichkeit ist der ‚Ort‘, wo die apriorische und faktische Wahrheit eine Einheit eingegangen sind.

Wir haben oben gesehen, welche Gemeinsamkeiten das Konzept der Leiblichkeit mit der Heideggerschen Daseinsanalytik vorzuweisen hat. Die Frage nach der jeweiligen Reichweite dieser Konzepte bezüglich der Intention auf die Letztbegründung wollen wir hier beiseite lassen. Was hier interessiert, ist ihre Tauglichkeit im Hinblick auf die Erfassung der Phänomene wie derjenigen der Gesundheit und Krankheit. Die Beobachtung, die im Zuge dieser Untersuchung gemacht wurde, legt nahe, dass Heideggers Daseinsanalytik kaum darauf angelegt ist, ihre Letztbegründungsintention je zu verlassen. Deshalb ist die An-

zahl der ontischen Phänomene, die von Heidegger hinzugezogen worden sind, auf die begrenzt, die in dieser Hinsicht eine ausgezeichnete Erschließungsfunktion vorweisen können. Anders bei Merleau-Ponty und Waldenfels: sie stellen zunächst eine eher vage Theorie der Leiblichkeit auf, um sie (insbesondere Waldenfels) dann in vielen anderen Teilaspekten wie Sinnlichkeit, Wahrnehmung, Rhythmen, Spaltung, Verfremdung, Fremdbezug, Andersheit, Lebenswelt, Gesundheit, Krankheit, Normalität, Normativität etc. auszuweiten, wodurch der Konzept der Leiblichkeit wiederum zunehmend an Relief und Konsistenz gewinnt.

Bei Merleau-Ponty finden wir eine Deutung der Krankheit, die in etwa auf eben diesem Konzept der Leiblichkeit gründet. Die Leiblichkeit ist, so Merleau-Ponty, die Einheit der organischen und intellektuellen Komponenten, des Physiologischen und des Psychologischen. Die Krankheit zeigt sich dabei aber nicht als Rückfall aus einer in die andere Komponente, etwa der höheren intellektuellen in die niedere organische. Laut Merleau-Ponty ist sie eher als ein Spaltungsprozess dieser in der Leiblichkeit wesentlich zusammengehörigen Elemente zu verstehen. Beide Elemente, das Physiologische und das Psychologische, können dabei durchaus erhalten bleiben, sie divergieren aber. Diese Dissoziation hat auch eine zeitliche Dimension, was sich in den bestimmten Überlagerungen der zeitlichen Ekstasen andeuten kann. So etwa wird im Fall des Phantomgliedes die Gegenwart von der Vergangenheit überlagert. Normalität könnte so als die Harmonie oder das Ineinanderspielen der Zeitekstasen verstanden werden, die Abnormalität, die Krankheit als ihre Störung.

Die Theorie der Leiblichkeit ist ein möglicher Ausweg aus dem Dilemma, die uns traditionsgemäß meistens als die Opposition von Begriffsrealismus und Nominalismus, oder etwa vom Substantialismus und Formalismus begegnet. Der Schlüsselbegriff dabei ist die Erfahrung. Nun, es ist auch ein Anliegen der Kantschen transzendentalen Philosophie bei der Erfahrung

anzusetzen, und es stellt sich die Frage, inwiefern die phänomenologische Zuwendung zur Erfahrung hier neue Wege gegangen ist. Wie oben schon gezeigt wurde, operiert die Phänomenologie mit einer anderen Vorstellung vom Apriorismus. Wenn das Apriori dabei eine Pluralisierung und Materialisierung erfährt, heißt das zunächst, dass die Phänomenologie den Formalismus der transzendentalen Philosophie Kants bestrebt ist, ohne dabei in die Situation zu kommen, in einen Begriffsrealismus zurückzufallen. Das materiale Apriori ist nicht eine unkritisch als existierend angesetzte Wesenheit, sondern ein Sinngebilde, das uns an den Knoten der faktischen Welterfahrung begegnet. Das Apriori ermöglicht nicht die Erfahrung, sondern es wird erfahren. Die Konsequenz dieses Umdenkens ist die, dass der Wahrheitsanspruch auch auf die Felder wie Kultur, Kunst, Religion usw. ausgeweitet wird. Ernst Cassirer hat einen bemerkenswerten Versuch gemacht, die transzendente Philosophie Kants, oder genauer *Die Kritik der reinen Vernunft* doch noch für diese Gebiete fruchtbar zu machen. Doch gerade seine transzendentalphilosophisch begründete Symboltheorie hat gezeigt, dass man auf dieser Grundlage dem Formalismus nur sehr bedingt ent-rinnen kann. Cassirer gelingt es ein Schema aufzustellen, in dem die Grade der Modifikation des kategorialen Gerüsts von dem Anteil des sinnlichen Substrats abhängig gemacht werden. Eine solche Graduation des Kategorialen kann aber die historisch-faktische Dimension der symbolischen Gestalten weder erklären noch sonst wie auffangen. Stattdessen entsteht ein Tableau, in dem zwei symbolische Gestalten nebeneinander stehen können, obwohl sie völlig unterschiedlichen Kontexten entstammen können. Auch dort, wo Cassirer das Pathologische im Rahmen seiner Symboltheorie unter die Lupe nimmt, verfährt er nicht anders. Die verschiedenen Krankheitsbilder kommen in ihrer kategorialen Modifikation überein, ohne dass dabei das Kontextuale und das Kulturspezifische zum Vorschein kommen. Dazu leidet seine Theorie des Symbolischen auch an gewissen

inneren Unklarheiten. Cassirer geht wie selbstverständlich davon aus, dass es so was wie Störung der Symbolfunktion gibt. Wenn man aber von der transzendentalen Philosophie Kants ausgeht, kann die Pathologie des Symbolischen nur als ein Widerspruch erscheinen. Denn kann es einer Erfahrung geben, bei dem die kategoriale Synthese außer Kraft gesetzt wird? Wenn alles, was erfahrbar ist, laut Cassirer nur in ihrer symbolischen Brechung zugänglich ist, dann kann es kein Außerhalb des Symbolischen oder eine Privation des Symbolischen geben. Um von einer Beraubung, Anormalität oder Schwächung der Symbolfunktion sprechen zu können, musste man auf eine normative Ebene des Symbolischen zurückgreifen, die jenseits des Symbolischen zu suchen wäre.

Die Phänomenologie begegnet diesen Schwierigkeiten, indem sie das Sinnvolle nicht am Leitfaden eines kategorialen Gerüsts verfolgt, sondern ihn als eine Gegebenheit der Erfahrung nimmt. Das Kategoriale ist erfahrbar in einem bedeutsamen, materiellen Kontinuum der Gestalten. Jede Gestalt ist der Ausdruck einer einmaligen Qualität, jedoch nichtsdestoweniger in einer Bewegung begriffen, die sich als Bewegung der Erfahrung darstellt. Die Normierung und die Normalisierung begegnen hier als bestimmte Verdichtungen und Verknotungen verschiedenen Erfahrungssträngen. Sie sind nicht willkürlich von außen in den Prozess der Erfahrung eingesetzt, sondern sind selbst erfahrbar als sinnvolle Gebilde.

Zudem macht sie die Einheitlichkeit der intellektualistischen und empiristischen bzw. psychologischen und physiologischen Komponenten der Welthabe.

Gadamer stellt sich zwar mit seiner sog. philosophischen Hermeneutik bewusst in die Tradition der Hermeneutik ein, das Besondere seiner Ausführungen verdankt er aber der Radikalisierung der Phänomenologie durch Husserl und Heidegger. Laut Heidegger ist das ‚Verstehen‘ primär die Seinsweise des Daseins. Das Dasein ‚versteht‘ sich auf sein

Seinkönnen. Es versucht nicht nur dann zu verstehen, wenn es sich gelegentlich Missverständnisse ergeben, sondern ist ursprünglich verstehend in seiner Welt. Übertragen auf die Gadamerischen Dialogstrukturen ist das verstehende Vermögen des Daseins nichts ein besonderes Vermögen, das in einem Dialog zum Einsatz kommt, sondern die existentielle Struktur, die so etwas wie ein Dialog erst ermöglicht. Nicht weil wir uns in einem Dialog befinden, wird das Verstehen angewendet, sondern weil wir verstehend sind, kommen wir zum Dialog. Der Dialog entspringt der hermeneutischen Verfasstheit des Daseins. Der Spezialfall einer Dialogsituation sieht Gadamer auch in dem Verhältnis Arzt-Patient vorhanden. Laut Gadamer sehen sich sowohl der Arzt als auch der Patient ständig auf die Ganzheit ihrer Existenz verwiesen. Nur unter dem Aspekt der Anerkennung des im existentialen Sinne ganzheitlichen Charakters ihres Gegenübers ist ein offener Dialog möglich. Andernfalls droht die Dialogsituation in ein sog. magistraler Gespräch einzumünden, in dem ein Gesprächspartner eindeutig den Gesprächsverlauf dominiert. Diese Problematik sieht Gadamer schon in der antiken Unterscheidung zwischen Praxis und Techne grundsätzlich schon vorweggenommen. Die Praxis als Tätigkeit trägt ihr Ziel in sich selbst, sie ist den Zweck für sich selbst. Die Techne dagegen hat ihre Bestimmung außerhalb ihrer selbst. Als ein Können ist laut Gadamer die ärztliche Kunst weder der Techne noch der Praxis eindeutig einzuordnen. Denn das Herzustellende, die Gesundheit nämlich, kann nicht nach einem allgemeingültigen methodischen Verfahren herbeigeführt werden. Die Gesundheit, so Gadamer, ist bestimmt durch ihr eigenes Mass. So wie die Lebenspraxis ist auch die Gesundheit nicht standardisierbar. Demnach sollen sich die methodisch verfahrenen medizinischen Techniken diesem für jeden einzelnen Krankheitsfall herauszufindenden Telos unterordnen. Andererseits ist die Heilkunst selbst doch nicht etwas, was ein Zweck an sich wäre. Gadamer kreist ständig um die Problematik dieser Zwitterstellung, beleuchtet sie in mehreren

Anläufen von verschiedenen Seiten, kommt aber nicht zu einer expliziten Klärung dieses Umstandes. Sie könnte doch folgendermaßen lauten haben: die Unklarheiten über die Zugehörigkeit der Heilkunst zur Techne oder Praxis ergeben sich aus der Vermengung ihres und des Charakters des durch sie herzustellenden Zustandes. Heilkunst ist - um dies aufzuklären - eine Techne, die aber dazugedacht ist, einen besonderen Zustand, den Zustand der Gesundheit herzustellen. Die Gesundheit aber hat eine teleologische Struktur, die der der lebensführenden Praxis sehr nahe kommt. Sie ist aber keine Tätigkeit, kein Können sondern ein wichtiges Moment an einer Praxis, nämlich der Lebensführung. Leider hat Gadamer in seinen Aufsätzen und Vorträgen zum Thema Gesundheit und Heilkunst wenig bezug auf sein eigentliches Thema und das ist das Verstehen bzw. Hermeneutik. Denn sie befindet sich auch in dem Spannungsverhältnis zwischen der genuinen Lebensäußerung und dem nachträglichen Verständnisbemühung, zwischen Wahrheit und Methode eben.

Literatur

Canguilhem, Georges: Gesundheit - eine Frage der Philosophie, Berlin 2004.

Ders: Das Normale und das Pathologische, München 1974.

Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik, München 1973.

Gadamer, Hans-Georg: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge, Frankfurt am Main 1993.

Goldstein, Kurt: Der Aufbau des Organismus, Den Haag 1934.

Hammel, Eckhard/Gotzmann, Anne: Krankheit und Kommunikation.

Philosophische Explikation des Morbus Crohn, Frankfurt am Main 1994.

Lux, Thomas: Semantische Netzwerke, in: Krankheit als semantisches Netzwerk, hrsg. von Thomas Lux, Berlin 1999, S. 10-22.

Marquard, Odo: Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie. Aufsätze, Frankfurt am Main 1982.

Merleau-Ponty, Maurice: Phänomenologie der Wahrnehmung, Berlin 1966.

Ders.: Die Struktur des Verhaltens, Berlin 1976.

Rattner, Josef: Krankheit, Gesundheit und der Arzt.

Medizinische Anthropologie auf tiefenpsychologische Grundlage, München 1993.

Waldenfels, Bernhard: Studien zur Phänomenologie des Fremden (3. Bde)

Band 1: Topographie des Fremden, Frankfurt am Main ²1999.

Band 2: Grenzen der Normalisierung, Frankfurt am Main 1998.

Band 3: Sinnesschwellen, Frankfurt am Main 1999.

Ders: Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes, Frankfurt am Main 2000.

Ders: Der Stachel des Fremden, Frankfurt am Main 1990.

Ders: In den Netzen der Lebenswelt, Frankfurt am Main 1985.

IV Ethische Bewertung praktischer Vorschläge zum Umgang mit den Risiken Übergewicht und Adipositas

Unter Einbezug möglicher unintendierter Nebenfolgen und unter besonderer Berücksichtigung risikotheorietischer und kulturphilosophischer Aspekte

Susanne Ertelt*

Inhalt

Einleitung.....	252
Zusammenfassung	256
1 Adipositas: Probleme und Strategien.....	260
1.1 Übergewicht als Risiko	260
1.2 Bewältigungsstrategien	263
2 Bewertung der Bewältigungsstrategien	270
2.1 Probleme bei der Umsetzung	270
2.2 Unintendierte Folgen und implizite Prämissen der Bewältigungsstrategien	288
2.2.1 Problemfeld überbewertete Gesundheit.....	289
2.2.2 Problemfeld Adipositas als Symbol der sozialen Differenzierung	299
2.2.3 Problemfeld wirtschaftliche Aspekte und Auswirkungen der Bekämpfung von Adipositas.....	310
3 Konsequenzen.....	316
4 Literatur	325

* Fertigstellung 3/2008.

Einleitung

Die aktuelle Nationale Verzehrsstudie II des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BELV 2008a und BELV 2008b) ist zum Jahresbeginn 2008 kaum erschienen, schon überschlägt sich die Medienwelt mit der gnadenlosen Kommentierung des scheinbar katastrophalen Gesundheitszustands der Bundesbürger. Die Ärmsten werden zugleich als die Dicksten identifiziert, Rankings zum Durchschnittsgewicht der Bewohner diverser Großstädte werden aufgestellt und die Katastrophen-Semantik läuft zu Hochtouren auf, wie man es sonst nur aus der Berichterstattung zum Klimawandel kennt. Konzepte und Projekte zur Prävention oder Behandlung von Übergewicht bestehen zwar zum Teil seit Jahren, scheinen jedoch keine spürbare Verbesserung der Situation zu bringen. Eher im Gegenteil. Breit angelegte Informationskampagnen zu gesunder Ernährung und Lebensweise kämpfen augenscheinlich mit den ausgeprägten Ressentiments der Zielgruppen gegen Maßnahmen, die ihre Lebensqualität verbessern sollen.

„ Was ist gesundes Essen? [...] Noch nie waren die Deutschen so aufgeklärt wie heute - und noch nie waren sie so dick.“ (ZEIT Wissen 2008: 12)

Warum aber läuft alle Aufklärung ins Leere? Weil Ernährung (von Seiten der „Aufklärer“) allzu oft mit Nahrungsaufnahme gleichgesetzt wird.

Bundesminister Horst Seehofer scheint dieses Problem erkannt zu haben, zumindest bemerkt er im Vorwort zur Nationalen Verzehrsstudie II:

„Essen und Trinken ist nicht nur Nahrungsaufnahme, es steht zugleich für Genuss, Geselligkeit und Wohlbefinden.“ (BELV 2008a: I)

Im Kern ist dies richtig, nur sucht man die konsequente Umsetzung dieser zentralen Erkenntnis vergebens in der Konzeption vieler Präventionsprojekte. Woran das liegt, wird etwas transparenter, wenn man die Aussagen des Bundesministers im Rahmen der Veröffentlichung der Studie weiter in Augenschein nimmt.

Die Hälfte der Deutschen ernähre sich falsch, so Seehofer. Schulmeisterlich vorschreiben will er aber nicht, wie die Menschen sich zu ernähren haben, ebenso wenig will er auf den Kosten herumreiten, die die Übergewichtigen dem Gesundheitssystem aufbürden. Die Menschen sollen zur Eigenverantwortung aufgerufen werden, Hilfe, nicht Bevormundung soll geleistet werden (vgl. Kuhr 2008).

Kurz:

„Die Menschen sollen erkennen, dass sie durch ein anderes Verhalten ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden verbessern können.“ (Kuhr 2008)

Mit dem letzten Zitat wird überdeutlich, weshalb die Bemühungen der Entscheidungsträger so oft ins Leere laufen müssen.

Wenn bestimmte Ziele erreicht werden sollen, ist erste Voraussetzung für den Erfolg, dass diese Ziele eindeutig und klar gesteckt sind.

Was aber ist Lebensqualität? Oder Wohlbefinden? Wie sind diese Größen objektiv messbar? Wer darf feststellen, was Wohlbefinden bedeutet – für sich und für andere? Es kommt der Verdacht auf, dass was hier so vernünftig klingt und mit so fürsorglichem Nachdruck propagiert wird, ein sehr schwammiges Projekt mit vielen problematischen Aspekten ist.

Schon die Frage, was gesunde Ernährung ist, stellt die Ernährungswissenschaften letztendlich vor ungelöste Probleme im

Hinblick auf die große Differenzierung der Menschen und ihrer Bedürfnisse und Mittel.

Hinzu kommt, dass die Ratschläge der Entscheidungsträger meist deutlich mittelschichtgeprägt sind, so dass Angehörige der unteren Schichten diese oftmals weder umsetzen wollen, noch finanziell dazu überhaupt in der Lage sind. Solange Ratschläge, wie gesund eine Gemüsesuppe sei, von Personen kommen, die öfter ein 3-Gänge Menu beim Italiener genießen können, sind diese Tipps weder glaubwürdig noch gewünscht (vgl. Schorb 2008a: 120). In diesem Zusammenhang tut auch ein feister Bundesminister Seehofer, der auf dem Foto zum Artikel vom Kuhr 2008 zwanghaft lächelnd eine Karotte in die Kamera hält, der Sache keinen Gefallen.

Seehofer meint weiter, wir verfügten heute über qualitativ hoch stehende Nahrungsmittel wie noch nie (vgl. Kuhr 2008). Das mag zwar stimmen, zugleich haben wir aber auch Zugriff auf „minderwertige“ Nahrungsmittel wie noch nie – und das in zweierlei Ausdeutungen:

Zum einen gibt es inzwischen ein breites Angebot an Produkten, die mit „leeren Kalorien“, Geschmacksverstärkern, künstlichen Aromen und ähnlichem aufwarten. Schmeckt ein Erdbeerjoghurt wirklich noch nach Erdbeeren? Und hat er überhaupt eine Frucht gesehen? Und wie wurde das Schwein ernährt und großgezogen, das mir die Saitenwürstle lieferte? Lebensmittelversorgung erfolgte früher direkt, vom Feld auf den Tisch, vom Stall in die Hausschlachtung. Heute ist die Herstellung industrialisiert und dadurch dem direkten Einblick des Endverbrauchers entzogen.

Zum anderen scheint eine Schlacht um den „richtigen“ Geschmack und die „gute“ Ernährung zu toben, die sich Mitteln wie der moralischen Auszeichnung bestimmter Lebensmittel als „gut“ und anderer als „böse“ in Sinne von ungesund bedient. Pauschale Aussagen wie „Schokolade macht dick“ oder „Brokkoli ist gesund“ sind die bedeutungsleeren Sturzgeburten dieses Kampfes

um den gesunden Wohlgeschmack. Die Grenzziehung verläuft zwischen den unteren und den oberen Gesellschaftsschichten und dient im Kern der sozialen Differenzierung.

Die hier kurz angesprochenen Probleme und Kritikpunkte von Vorgehensweisen und Konzepten zur Behandlung oder Prävention von Übergewicht und den vermuteten Auswirkungen und Folgen werden im vorliegenden Text ausführlich untersucht.

Der Text entstand im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten interdisziplinären Projektes „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. Auf Grundlage der Kombination von Internetrecherche und eingeholtem Feedback der Mitarbeiter aus den einzelnen Projektteams konnte eine recht vielseitige, jedoch keinesfalls erschöpfende Studie ausgearbeitet werden. Den einzelnen Projektpartnern, die zum Teil sehr ausführliche Einschätzungen zu den einzelnen diskutierten Konzepten beigesteuert haben, möchte ich an dieser Stelle nochmals meinen herzlichen Dank für ihre wertvolle Mitarbeit aussprechen!

Zusammenfassung

Der vorliegende Text bewertet bestehende und eingeforderte Maßnahmen gegen Übergewicht und Adipositas im Hinblick auf ihre Wirksamkeit (deskriptive Bewertung) und ihre Wünschbarkeit (ethische Bewertung).

Dazu wird zunächst eine kurze Darstellung des Problemumfeldes samt der praktizierten oder geforderten Strategien skizziert, um daran die Untersuchung der Probleme bei der Umsetzung und die ethische Bewertung der intendierten und unintendierten Folgen anzuschließen.

Kapitel 1 vermittelt einleitend und in aller Kürze einen Überblick über das Diskussionsfeld Übergewicht und Adipositas. Das Thema weist eine hohe mediale Präsenz sowie eine weite Streubreite der beobachteten und vermuteten Folgen von Übergewicht auf.

Eine risikothoretische Untersuchung des Phänomens Adipositas zeigt die allgemeine Tendenz auf, Folgen von Übergewicht als katastrophal und gesellschaftsgefährdend darzustellen bzw. wahrzunehmen. Obwohl in den seltensten Fällen zuverlässiges Datenmaterial als Entscheidungsgrundlage vorliegt, wird der Problembeseitigung durch Präventivkonzepte großes Gewicht gegeben. Sowohl Medien als auch Entscheidungsträger bedienen sich dabei gern einer aufrüttelnden Katastrophensemantik („Adipositas-Epidemie“), zugleich steht jedoch die Frage im Raum, ob die Auswirkungen wirklich so immens sind bzw. in naher Zukunft sein werden, oder ob es sich hauptsächlich um interessengeleitete Panikmacherei handelt.

Bei der Frage nach dem Umgang mit dem Risiko Adipositas sind diverse Akteure und Institutionen angesprochen. Neben dem Staat selbst sind dies die Wissenschaft, das Gesundheitswesen, Fitnessseinrichtungen, die Nahrungsmittelindustrie, Familien sowie die Medien. Alle diese Institutionen agieren dabei gemäß ihrer eigenen Interessen und Gesetzmäßigkeiten in ihren Re-

aktionen auf das Phänomen Adipositas. Mal gestaltet sich das zunehmende Körpergewicht der Bürger dabei als Risiko, mal als Chance.

Die exemplarisch ausgewählte Bewältigungsstrategien können nach Interventionszeitpunkt (Prävention, Kuration und Rehabilitation), Interventionsebene (individuell, familiär, systemisch) und Interventionsobjekt (Individuum, Setting und Bevölkerung) differenziert werden und weisen je nachdem unterschiedliche Ansatzpunkte und Zielsetzungen auf. Die Bewertung der Effektivität sowie der unintendierten Nebenfolgen der Strategien bildet den Kern des folgenden Hauptteils des Textes.

Kapitel 2 beleuchtet dazu zunächst die zentralen Probleme bei der Umsetzung der Bewältigungsstrategien. Es mangelt vor allem an der Alltagstauglichkeit von stationär erlerntem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, oft werden Zielgruppen nicht oder schlecht erreicht. Daneben herrschen große Defizite in der Forschung zu Adipositas, die die Grundlagen zur Erstellung effektiver Maßnahmen zur Verfügung stellen soll. Die zwiespältige Rolle der Industrie als Nutznießer der Überernährung ist eng verflochten mit der schwierigen Position des Staates, der sich schwer tut mit klaren regulativen Maßnahmen und sich angesichts der Warnungen vor undisziplinierten, die Volkswirtschaft schädigenden Gesundheitsmuffeln vor der notwendigen Klärung essentieller Fragen wie der nach der erlaubten Eingriffstiefe in den persönlichen Lebenswandel der Bevölkerung sieht.

Unintendierte Folgen der bestehenden oder angestrebten Projekte gegen Adipositas beziehen sich vor allem auf drei Themengebiete:

Das Problemfeld der *überbewerteten Gesundheit* zeigt die Tendenz vieler Maßnahmen auf, unterm Strich eher zur Verschärfung des Problems des wachsenden Übergewichtes beizutragen, als eine

Linderung zu erwirken. Die kontraproduktiven Prozesse gründen vor allem in der Verstärkung der Stigmatisierung von Übergewichtigen (die allein für sich schon moralisch bedenklich ist), die durch die Propagierung unerreichbarer Schönheitsideale und Gesundheitsvorgaben vor allem bei Jugendlichen zu Frust und Resignation führen können. Weitere Folge ist oft ein gestörtes Körperempfinden, das sich in Essstörungen Bahn bricht. Daneben muss das Menschenbild kritisch hinterfragt werden, dass sich hinter dem Streben nach perfekter Gesundheit und idealen Körperformen verbirgt. Die unkritische Akzeptanz dieser latenten Prämissen, die Erfolg, Glück und Lebenslust mit den Zielen Gesundheit und Fitness verknüpfen, wirken sich hier auch auf andere Menschengruppen aus, zum Beispiel auf Behinderte.

Das Problemfeld um *Adipositas als Symbol der sozialen Differenzierung* unter den Gesellschaftsschichten stellt Übergewicht und die laufenden Prozesse der Verantwortungszuschreibung für die „immensen“ Folgen als Mittel der oberen Schichten dar, um sich gegen die unteren Schichten abzugrenzen. Das Thema Übergewicht wird hier im höchsten Maße symbolisch aufgeladen und lebensstilspezifische Ernährung einem starren moralischen Raster unterworfen. Als Folge sehen sich sozioökonomisch benachteiligte Menschen paradoxen Situationen ausgesetzt, in denen ihnen zugleich die Verantwortung für das eigene Leben abgesprochen wird und von ihnen massive Lebensstiländerungen verlangt werden – basierend auf wachsenden Forderungen nach Eigenverantwortung für ihren Gesundheitszustand.

Mit den Auswirkungen der erhöhten Besteuerung „ungesunder“ Lebensmittel sowie der drohenden Prozessflut gegen Firmen bei rigorosen Maßnahmen gegen die Industrie beschäftigt sich die Ausarbeitung des Problemfeldes der *Auswirkungen auf die Wirtschaft*. Zentral ist hier die Feststellung, dass man davon ausgehen muss, dass Maßnahmen im Sinne einer Einschränkung oder Er-

schwerung des Vertriebs von „ungesunden“ Lebensmitteln letztendlich monetär gesehen zu Lasten aller Bürger gehen, oder wiederum nur die extrem hart treffen, die sowieso schon sozio-ökonomisch benachteiligt sind - zumindest, solange die entsprechenden Produkte nachgefragt werden.

Als Konsequenzen zur Verbesserung der Effektivität der Maßnahmen gegen Adipositas sowie zur Vermeidung von unerwünschten Nebenfolgen bei zukünftig angestrebten Projekten werden - auch unter Berücksichtigung der Anregungen der Projektpartner - in **Kapitel 3** festgehalten:

- Eine Verbesserung der Zielgruppenanpassung
- Die Optimierung der Koordination von Maßnahmen
- Die Berücksichtigung der ethischen Erwünschbarkeit der Folgen
- Eine deutliche Forcierung der Forschung zu Adipositas
- Die vorsichtige Abwägung von Eingriffen in das Wirtschaftssystem
- Die Entkopplung von Körnernormen und Fitness
- Ein Überdenken der aktuell verwendeten Katastrophensemantik

1 Adipositas: Probleme und Strategien

1.1 Übergewicht als Risiko

Mit Veröffentlichung der aktuellen Nationalen Verzehrsstudie des Bundesforschungsinstituts für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz³¹ zum Jahresbeginn 2008 fokussiert sich die Aufmerksamkeit der Medien wieder einmal geballt auf die Teile der Bevölkerung, die sich hinsichtlich ihres Körpergewichts jenseits des ärztlich empfohlenen Normbereichs bewegen.

Das für die Studie erhobene Zahlenmaterial spricht scheinbar für sich: 66 % der Männer und 51 % der Frauen sind laut Nationaler Verzehrsstudie übergewichtig. Jeder Fünfte ist fettleibig (vgl. Mrusek 2008).

Nicht erst seit der Veröffentlichung des aktuellen Zahlenmaterials übertreffen sich die Medien gegenseitig in immer dramatischeren Umschreibungen der mit dem wachsenden Übergewicht der Bevölkerung einhergehenden, umfassenden Risiken. Medienberichte über „epidemiehafte Zunahme von Adipositas“ oder „Kindesmissbrauch mit Pommes“ finden sich seit geraumer Zeit regelmäßig in der Presse, ebenso wie zahllose Aufrufe zur Einrichtung scheinbar geeigneter Gegenmaßnahmen, wie z.B. der Forderung nach Gesundheitskunde in der Schule und verpflichtenden Untersuchungen von Kindern (vgl. Gransee 2008: 163).

Parallel zu den immer wieder diskutierten (aber nie zuverlässig konkretisierten) immensen finanziellen Kosten, die Übergewichtige der Gesellschaft zumuten, scheinen auch die diversen organischen Beschwerden und die zum Teil erheblichen psychosozialen Benachteiligungen von übergewichtigen Menschen

³¹ Vgl. BELV 2008a und BELV 2008b

gute Gründe zur Beschleunigung der Maßnahmen gegen Adipositas, ganz im Sinne einer „Problembeseitigung“ zu sein (vgl. Brombach 2006).

Meist wird heute versucht, diese Problembeseitigung vorbeugend im Rahmen primärpräventiven Interventionen, zum Beispiel in Kindergärten oder Schulen zu installieren. Präventiven Konzepten wird der Vorzug vor kurativen gegeben, da Adipositas als ausgesprochen schwer oder nicht therapierbar angesehen wird. Hinzu kommt, dass die mit dem steigenden Übergewicht in der Bevölkerung einhergehenden Risiken vor allem in ihren Auswirkungen als *zukünftige* Risiken angesehen werden, so dass verbreitet auch der ideale Ansatzpunkt zu ihrer Milderung oder Beseitigung als zeitlich versetzt identifiziert wird – im Bereich der Erziehung der heutigen Kinder und Jugendlichen.

Das Verhalten der agierenden Institutionen ist dabei vergleichbar mit der Einstellung der Entscheidungsträger im Problemfeld Klimawandel: Die momentanen Kosten gelten als überschaubar und mäßig, zukünftige Kosten werden jedoch auf astronomische Summen geschätzt, als katastrophal und systembedrohend angenommen (vgl. Schorb 2008b).

Ähnlich wie im Rahmen der Klimadebatte lässt sich so auch für die Diskussion um die Risiken einer dicker werdenden Bevölkerung die Frage nach dem angemessenen Umgang mit den vorliegenden „Fakten“ stellen. Liest man das Zahlenmaterial der aktuellen Nationalen Verzehrsstudie etwas differenzierter, so lässt sich auch folgende Feststellung daraus ziehen:

Bei den mittleren Altersgruppen hat in den vergangenen 20 Jahren das Durchschnittsgewicht tendenziell abgenommen. Unter den Frauen zwischen 20 und 40 Jahren weist weniger als ein Drittel Übergewicht auf. Auch bei den Jugendlichen lässt sich vermerken, dass sich immerhin 75 % hinsichtlich ihres Körpergewichts im Bereich des empfohlenen Normalgewichts bewegen (vgl. Mrusek 2008).

Parallel zum Hang der Medien, Übergewicht als Problem mit Katastrophenpotential zu behandeln, zeichnet sich daher immer

deutlicher die Tendenz ab, die Problematisierung von Adipositas als gesellschaftlich konstruiertes Phänomen zu begreifen, das Ausdruck einer bestimmten gesellschaftlich geprägten Deutung des Übergewichts ist. (vgl. Schorb 2006: 96). In diesem Lichte besehen muss die in den Medien wie auch in Fachartikeln und anderen Veröffentlichungen gern verwendete Bezeichnung der „Adipositas-Epidemie“ kritisch hinterfragt werden: Ob nun die Folgen des Übergewichtes je Ausmaße annehmen, die die Bezeichnung katastrophal rechtfertigen oder nicht, auf jeden Fall handelt es sich beim Wortgebrauch der Epidemie in diesem Zusammenhang um eine Metapher. Denn der Begriff Epidemie impliziert eine sich ausbreitende ansteckende Infektionskrankheit – und ein Übergewichts-Virus ist wohl bis heute nicht identifiziert (vgl. Gartz 2006: 181f).

Warum jedoch verkauft sich die Panik-Strategie hinter der Behandlung des „Adipositas-Problems“ so gut? Warum stehen die gesellschaftliche Wahrnehmung und damit die politische Behandlung des Phänomens ganz im Zeichen der Bekehrungsversuche der „Dicken“ und nicht etwa im Zeichen der Integrationsversuche bzw. der Anpassung des öffentlichen Lebens an wachsende Teile der Bevölkerung mit hohem Körpergewicht?

Nach Michael Zwick haben eine Vielzahl von Akteuren und Institutionen Interesse an einer dauerhaften Etablierung des Adipositasrisikos in der öffentlichen Diskussion und der Politik. Die Anerkennung und die laufende Diskussion von Risiken erschließt finanzielle Ressourcen, Aufmerksamkeit und Legitimation (von Projekten, Instituten,...).

Nicht nur an Therapiemaßnahmen und Präventionsprogrammen wird verdient, auch über Steuern und die wissenschaftliche Erforschung des möglichen Risikos.

Aus diesem Grund plädiert Michael Zwick dafür, nicht nur die offensichtlichen, einseitigen Kosten durch übergewichtige Versicherungsnehmer zu berücksichtigen, sondern auch die Umverteilung von Mitteln durch Einkommen und Gewinne im Rahmen von Forschungsprojekten und Produkten zum Thema Adipositas.

1.2 Bewältigungsstrategien

Diverse Institutionen sind angesprochen, wenn es um den Umgang mit dem wachsenden Durchschnittskörpergewicht der Bevölkerung geht.

Neben dem Staat selbst sind die Wissenschaft, das Gesundheitswesen, Fitnessseinrichtungen, die Nahrungsmittelindustrie, Familien sowie die Medien in unterschiedlicher Weise involviert oder konkret dazu aufgefordert, auf das Risiko Adipositas zu reagieren.

Dem *Staat* kommt dabei neben der Aufgabe der Gesetzgebung auch die der Koordination und Finanzierung von Forschungsbestrebungen und Projekten zu (vgl. Zwick 2008: 21ff). Nach Brombach et al 2006 vollzog sich im Laufe der Jahre ein deutlicher Wandel der staatlichen Aufgabe im Rahmen der Verantwortung für die Lebensmittelversorgung der Bürger: Im Mittelpunkt steht inzwischen nicht mehr das quantitativ orientierte Bestreben, genug Lebensmittel sicherzustellen, sondern Bemühungen um die Qualität der Güter (vgl. Brombach et al 2006: 4).

Dabei bewegt sich der Staat stets im Spannungsfeld zwischen dem Erhalt der erwünschten Qualität und der ebenso erwünschten Wahrung der Freiheit der Bürger sowie der Marktwirtschaft. Dies führt bis zur Diskussion der grundlegenden Frage, ob ein gesetzgeberisches Eingreifen im Falle der Adipositasproblematik überhaupt angezeigt ist. Gerade Eingriffe, die sich gegen die Industrie richten, werden oft nicht als praktikable politische Alternativen betrachtet (vgl. Gartz 2006: 66f, sowie Kersh/Morone 2008: 89ff).

Die *Wissenschaft* steht vor allem im Bereich der Erhebung von zuverlässigem Zahlenmaterial zur Unterstützung in Entscheidungsprozessen in der Pflicht. Nach wie vor fehlt es in

Deutschland an fortlaufenden Datenerhebungen wie sie zum Beispiel in den USA (USDA Household Food Consumption Survey und National Health and Nutrition Examination Survey. Datenbasis für kontinuierliche Dokumentation des Ernährungsverhaltens) oder Großbritannien (Ernährungsgewohnheiten und Ernährungsstatus der Bevölkerung seit den 1950er Jahren systematisch und regelmäßig abgefragt) bereits angelaufen sind (vgl. Brombach et al: 5, sowie Zwick 2008: 17ff).

Das *Gesundheitswesen* ist besonders im Bereich der Frage nach der Anerkennung von Übergewicht und Adipositas als Krankheit involviert. Bisher wird lediglich der Einstieg zur Selbsthilfe von Versicherungsträgern finanziert, da diese vor den hohen Kosten der umfassenden Therapiemaßnahmen zurückschrecken (vgl. Zwick 2008: 33f).

Fitnessseinrichtungen und Sportvereine bieten theoretisch für alle Teile der Bevölkerung eine Möglichkeit zur „Übergewichtstherapie“, de facto nutzen dies jedoch wiederum überwiegend die Gruppen der Bevölkerung, die sowieso schon sensibilisiert sind für Gesundheitsfragen. Fraglich ist, ob niedrigere Preise zu einer Verschiebung der Nutzungsprofile führen würden, oder ob die Attraktivität dieser Einrichtungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen schlichtweg nicht gegeben ist (vgl. Zwick 2008: 51).

Die *Nahrungsmittelindustrie* wird gerne zur Verantwortung gezogen, wenn es um eine Umgestaltung des Angebots an gesunden Lebensmitteln geht. Auch auf Kinder zugeschnittene Werbung für Süßigkeiten steht oft in der Kritik. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass sich die Industrie im Rahmen der freien Marktwirtschaft in ihren Entscheidungen selbstverständlich Umsatz maximierend orientiert und nicht etwa wertrational im Sinne eines (bei den Kunden größtenteils unerwünschten) er-

höhten Angebots von „gesunden“ Lebensmitteln (vgl. Zwick 2008: 53f).

So viele – zum Teil sich gegenseitig ausschließende – Anforderungen zur Verbesserung der Ernährung und der Erziehung richten sich an die *Familien*, dass die Umsetzbarkeit sehr fraglich geworden ist. Die konkreten Forderungen sind zudem mit den zur Verfügung stehenden Mitteln oft nicht umzusetzen oder schon in ihrem Ansatz zweifelhaft. Ein Beispiel ist das Thema Babynahrung: Selbst kochen wird geraten, da viele Industriell gefertigte Gläschen zu viel Zucker und Salze enthielten. Andererseits jedoch unterliegt industriell gefertigte Babynahrung viel strengeren Qualitätsstandards als Nahrung für Erwachsene, so dass das selbst zubereitete Breichen letztendlich nicht unbedingt gesünder sein muss.

Medien dienen im Rahmen von Präventionskonzepten oftmals als Distributoren. Zugleich erfüllen Sie diese Rolle jedoch auch über Werbebotschaften für die Nahrungsmittel- und Freizeitindustrie. Problematisch dabei ist, dass in den Medien oft die Tendenz zur Glorifizierung eines stark im Bereich des Untergewichts angesiedelten Körperideals vorherrscht. Körpernormen, die für einen Gutteil der Bevölkerung nicht erreichbar sind, werden als erstrebenswert präsentiert und mit Lebensglück und Attraktivität in Zusammenhang gebracht. Es scheint nicht angeraten, diesen Trend noch zu verstärken. Die möglichen Auswirkungen von Aufklärungskampagnen zum Thema Kinder/Jugendliche und Übergewicht werden daher meist ambivalent gesehen. Neben der Chance, Problembewusstsein zu schärfen besteht auch das Risiko, Rückzug und Frustrationen zu provozieren (vgl. Zwick 2008: 58f).

Die Vielzahl der Programme und Angebote der verschiedenen Institutionen zur Eindämmung des wachsenden Übergewichtes in der Bevölkerung macht eine lückelose Darstellung beinahe un-

möglich, prinzipiell lassen sich die Ansätze jedoch nach einigen Grundprinzipien differenzieren, so dass mit der Betrachtung einiger weniger stellvertretend ausgewählter Projekte schon ein guter Eindruck von den unterschiedlichen Ansätzen gegeben werden kann.

Die grundlegendste Unterscheidung, nach denen die Ansätze eingeteilt werden können, ist der Interventionszeitpunkt:

- Interventionszeitpunkt: Prävention, Kuration und Rehabilitation

Präventionsbemühungen zielen auf Maßnahmen, die der Verhinderung einer unerwünschten Zustandsveränderung, also beispielsweise dem unkontrollierten Anstiegen des Körpergewichts, dienen. Der Präventionsbegriff wird im medizinischen Wortgebrauch weiter differenziert, nach Primär-, Sekundär- und Terziärprävention. Die beiden letzteren Begriffe beschreiben die Vorbeugung von Krankheitsfolgeschäden. Für unsere Zusammenhänge relevant sind der Begriff und das Vorgehen im Rahmen der Primärprävention. *Kuration* meint die therapeutische Behandlung bestehender Krankheiten oder unerwünschter Zustände, zum Beispiel dauerhaft erhöhtes Körpergewicht und dessen Folgeschäden für den Organismus.

Rehabilitation bezeichnet Bestrebungen, den erwünschten körperlichen Zustand vor einer durchlaufenen Erkrankung nach oder bereits im Rahmen der Genesung wieder herzustellen.

- Interventionsebene: individuell, familiär, systemisch

Setzen Programme zur Prävention oder Therapie von Übergewicht auf *individueller Ebene* an, steht meist die individuelle Senkung des Körpergewichtes und der Risiken durch Folgeerkrankungen im Vordergrund. Es finden diverse ambulante oder stationäre Konzepte Anwendung, meist wird mit

den Elementen Ernährungsumstellung, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie gearbeitet. Auch der unterstützende Einsatz von Medikamenten oder chirurgischen Maßnahmen wird in besonders schweren Fällen erwogen.

Maßnahmen auf *familiärer Ebene* dienen vor allem der Unterstützung der individuellen Behandlung, zum Beispiel von Kindern. Wenn eine Lebensstiländerung angezeigt ist, lässt sich diese nur unter Kooperation der Familienmitglieder wirksam und dauerhaft umsetzen.

Maßnahmen auf *systemischer Ebene* gehen das Problem Adipositas in der Bevölkerung an seinen gesamtgesellschaftlichen Entstehungsbedingungen an. Nicht das „ungesund“ konsumierende Individuum steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit dieser Maßnahmen, sondern die wirtschaftlichen oder politischen Rahmenbedingungen, die „krank machende“ Lebensmittel oder Gerätschaften ermöglichen. Damit wird versucht, die Lebensbedingungen, denen die Betroffenen ausgesetzt sind, positiv im Sinne von gesundheitsfördernd umzugestalten.

- Interventionsobjekt: Individuum (Mikroebene), Setting (Mesoebene), Bevölkerung (Makroebene)

Programme zur Bekämpfung und Prävention von Übergewicht können an diversen Objektebenen ansetzen. Im kleinsten Rahmen werden Individuen adressiert, dies kann beispielsweise durch individuelle Ansprache beim Hausarzt oder durch das Angebot persönlicher Ernährungsberatung erfolgen. Oft wird jedoch auf Basis von Settings gearbeitet, um eine bestimmte Zielgruppe zu erreichen. Man nutzt dann zum Beispiel das Setting Kindergarten oder Kindertagesstätte zur Platzierung von Ernährungserziehung oder Kochkursen, um die Ernährungsgewohnheiten (idealer Weise) aller Kinder eines

bestimmten Einzugsgebietes zu beeinflussen. Großangelegte Plakat- oder Werbekampagnen setzen dagegen auf Ebene der ganzen Bevölkerung eines Landes oder einer Region an.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Text exemplarisch untersuchten und bewerteten Präventions- und Kurationskonzepte:

Maßnahme/Konzept	Ansatzebenen	Hauptstrategien	Internet
„Tiger Kids“ – Adipositasprävention im Vorschulalter	- Prävention - individuell - familiär	- Verhaltensschulung in Kindergärten und - tagesstätten - Erlernen gesunder Ernährung und Bewegung - Beratungsservice zur Kinderernährung	www.tigerkids.de
„FIT-KID“	- Prävention - individuell - familiär	- Lebensstiländerung durch Aufklärung über Ernährungserziehung	www.fitkid-aktion.de
Elterninformation der AGA	- Prävention und Kuration - individuell - familiär	- frühe Identifikation von übergewichtigen Kindern in Kindergärten, usw. - gezieltes Hilfsangebot - Motivation zur Leistungsverbesserung durch Wettbewerb	www.a-g-a.de/ Elterninfo.doc
„OptiKids“ Schleswig-Holstein	- Prävention - individuell - familiär	- Gewichtsreduktion bei adipösen 8-11jährigen durch anhaltende Lebensstiländerung - Kombination von Sport, Ernährungserziehung und Verhaltensschulung - Vertrag über Recht und Pflichten der Eltern	www.dge.de
„Fitnesslandkarte Niedersachsen“ (Klassen 1-10)	- Prävention - Datenerhebung		www.fitnesslandkarte-niedersachsen.de
„FITOC“ Freiburg Intervention Trial for Obese Children	- Kuration - individuell - familiär		www.fitoc.de
Maßnahmenkatalog der WHO – Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung...	- Prävention - systemisch	- Maßnahmen zur Förderung der Nachfrage und des Angebotes von gesünderen Lebensmitteln - Maßnahmen zur Bewegungsförderung v.a. im städtebaulichen und pädagogischen Bereich	www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070220_1?language=German
AGA - Leitlinien zur Therapie und Prävention der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	- Prävention und Kuration - individuell - systemisch	- Trennung von individuellen und gesellschaftlichen Präventionszielen (Verhaltens- und Verhältnisprävention) - Betonung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit - Eingriffe in den Markt nötig zum Schutz des Konsumenten	www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Leitlinie-AGA-2004-09-10.pdf www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Nationaler-Aktionsplan-DAG.pdf
und DAG - Nationaler Aktionsplan			

gegen Übergewicht Ökonomischer Ansatz über Rating- Agenturen von E. Preller	- Prävention - systemisch	- Anreiz für Firmen, nachhaltig (d.h. gesundheitsfördernd) zu produzieren, soll sich aus Prüfung der Nachhaltigkeits- performance ergeben - Reduktion oder Einstellung der Produktion dick machender Lebensmittel über die Ebene der Kreditwürdigkeit von Firmen	
Versicherungs- Programme	- Prävention (durch Abschreckung) - systemisch	- höhere Versicherungs- prämien für Übergewichtige	nach Gartz 2006
Steuern	-Prävention -systemisch	- „Twinkie-Tax“ auf hoch- kalorische Lebensmittel (in USA in einigen Bundesstaaten verwirklicht) - höhere Besteuerung von Fast Food	nach Gartz 2006
Regulatorische staatliche Maßnahmen	- Prävention - systemisch	- z.B. erweiterte Kenn- zeichnungspflicht, festgelegte Obergrenzen für den Zucker/Fettgehalt von Nahrungsmitteln, Ein- schränkung/Verbot von Werbung/Vertrieb	nach Kersh/Morone 2008

2 Bewertung der Bewältigungsstrategien

Die Bewertung von Strategien zur Bewältigung der steigenden Übergewichtes in der Bevölkerung kann zum einen erfolgen im Sinne einer deskriptiv orientierten Bewertung der (tatsächlichen oder erwarteten) Wirksamkeit der Strategien und der Erörterung der Probleme, die sich in diesem Zusammenhang ergeben (Kapitel 4.1.).

Zum anderen ist auch eine normative Bewertung der ursprünglich nicht mitbedachten Nebenfolgen und der implizit akzeptierten Prämissen von tatsächlichen oder geforderten Maßnahmen möglich (Kapitel 4.2.).

2.1 Probleme bei der Umsetzung

Laufende oder geplante Maßnahmen gegen Übergewicht in der Bevölkerung sehen sich diversen Problemen bezüglich ihrer Umsetzung, Durchführbarkeit oder wissenschaftlichen Forschungsgrundlagen gegenüber, die allesamt im größten, weil sichtbarsten Problem der Strategien münden: ihrer durchweg mangelnden Wirksamkeit.

Wirksamkeit bezieht sich dabei auf messbare Erfolge, dies können im Rahmen eines Kurationsprogramms die nach Abschluss der Behandlung erhobenen Daten (bzw. im Jahresabstand, Dreijahresabstand,... wiederholten Messungen) sein, oder die durch Datenerhebungen in der Bevölkerung belegten direkten gewünschten Auswirkung von staatlichen Präventionskampagnen oder -maßnahmen.

Warum sind all die wohlgemeinten und zum Teil mit erheblichem finanziellem Aufwand verwirklichteten kurativ und präventiv orientierten Projekte letztendlich von so geringem Erfolg gekrönt?

Mögliche Gründe sind unter anderem:

- a) Die fragliche Alltagstauglichkeit von stationär erlerntem Ernährungs- und Bewegungsverhalten
- b) Die Schwierigkeit, angepeilte Zielgruppen wirklich zu erreichen
- c) Die nach wie vor uneinheitliche Forschungslage zur Entstehung und Vermeidung von Übergewicht
- d) Die schlechte Koordination der Maßnahmen untereinander
- e) Die zwiespältige Rolle der Industrie, die sowohl an kalorienreichen als auch an diätetischen und schlankmachenden Produkten verdient
- f) Das unsichere Agieren des Staates, der sich angesichts der unklaren Forschungslage und dem Druck der industriellen Interessenverbände schwer tut mit klaren regulativen Maßnahmen gegen die Industrie
- g) Die Frage, wie tief und nachhaltig denn der Staat überhaupt in die Lebensbedingungen seiner Bürger eingreifen sollte

Die genannten Punkte weisen dabei diverse Querverbindungen zueinander auf und bedingen und stützen sich oft gegenseitig. Die prekäre Forschungslage bedingt zum Beispiel die Entscheidungsschwierigkeiten auf staatlicher Seite und erlaubt der Industrie großen Spielraum bei der Abwendung regulativer Anforderungen, da sich für jedes Gutachten zur Auswirkung bestimmter „ungesunder“ Lebensmittel schnell ein passendes Gegengutachten finden lässt. Im Folgenden werden nun die Punkte je für sich aufgeschlüsselt und erläutert:

- a) Fragliche Alltagstauglichkeit von stationär erlerntem Ernährungs- und Bewegungsverhalten

Kurativ orientierte Konzepte arbeiten teilweise stationär, indem die Teilnehmer aus ihrer gewohnten Lebenswelt und ihren üblichen sozialen Kontakten herausgenommen werden, zum Beispiel in Diätkliniken. Eingebunden in einen mehr oder minder geregelten und im Hinblick auf einen gesunden Lebenswandel optimierten Tagesablauf lassen sich dann auch meist schnell und zuverlässig gute Ergebnisse erzielen: Die Teilnehmer verlieren an Gewicht und halten sich an den vorgegebenen Lebenswandel. Sobald jedoch die Umgebungsbedingungen wieder geändert werden und die Teilnehmer in ihre gewohnte Umwelt, in ihre Familien und ihren Freundeskreis zurückkehren, stellt sich oftmals heraus, dass die in Isolation erlernten neuen Verhaltensmuster dem Alltag nicht standhalten.

So bemerkt Jürgen Deuschle³² vom Projektteam Soziologie in Stuttgart beispielsweise zu Maßnahmen wie dem Freiburger Modell „FITOC“, dass er gerade die ambulante Durchführung des Programms als Vorteil bewertet, weil so die Übertragbarkeit in den Alltag von Anfang an besser kontrolliert werden kann. Trotzdem jedoch „FITOC“ ein vergleichsweise intensives Programm ist, bleiben die Erfolgsraten gering. Korsten-Reck 2005 durchleuchtete das Programm im Hinblick auf seine Wirksamkeit und stellt fest: Von insgesamt 537 Teilnehmern konnten 385 erfolgreich ihr Körpergewicht senken, wobei der Langzeiterfolg aber noch ungewiss ist (vgl. Korsten-Reck 2005: 40). 41,5 % der Familien kehrten auf lange Sicht wieder zu einem Ernährungsverhalten zurück, das dem vor der Therapie gewohnten entspricht (60).

Das zentrale Problem scheint, auch nach Ansicht von Deuschle zu sein, dass Lebensstile, die unsere Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten mit einschließen, habitualisiert sind, d.h. dass eine Änderung des Lebensstils meistens eines extremen Auslösers bedarf (zum Beispiel der Diagnose Lungenkrebs bei einem starken Raucher), um vollzogen werden zu können. Deuschle weist auch auf die Notwendigkeit hin, dass

³² Per E-Mail vom 13.02.2008

attraktive Alternativen zum bestehenden Lebensstil angeboten werden. Das schwammige Fernziel „Lebensverlängerung“ erscheint hier im direkten Vergleich zur sofortigen Bedürfnisbefriedigung durch genussvolles Essen wenig ansprechend. In diesem Lichte müssen auch die Bemühungen der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ betrachtet werden. Information allein etabliert nach Deuschle sicher keinen alternativen Lebensstil.

Auch Schorb 2006 untersucht die präventiv ausgelegten Programme der Gesundheitserziehung und stellt fest, dass das angestrebte Prinzip „Verhaltensänderung durch Wissensvermittlung“ auf Basis moralischer Argumentation bzw. Schuldzuweisung und Angsterzeugung nicht funktionieren kann (vgl. Schorb 2006: 76ff). Dies hängt mit den Mechanismen der Risikowahrnehmung und der Selbstwirksamkeitserwartung des Einzelnen zusammen.

Es genügt nicht, die Hinweise der Kampagnen als gut und richtig zu erachten, sie müssen auch als individuell umsetzbar wahrgenommen werden. Wer sich selbst als wenig einflussreich in Bezug auf eine Veränderung seiner Lebensbedingungen erfährt oder erfahren hat, sieht Ereignisse oder Zustände nicht als Konsequenzen seines eigenen Handelns, sondern als Glücksfälle, Schicksalsschläge, Zufall oder ähnliches (77).

Wirksame Gesundheitsvorsorge müsste also streng genommen schon bei der Ausbildung der persönlichen Selbstwirksamkeitserwartungen der gefährdeten Zielgruppen ansetzen. Diese psychischen Grundlagen werden unter dem Einfluss des sozialen Umfelds eines Menschen entwickelt, so dass ein geregeltes Eingreifen auf dieser Ebene in den seltensten Fällen möglich oder zielführend ist.

Beinahe schon paradox mutet unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte der Versuch im Rahmen der Ottawa-Charta der WHO von 1986 an, mit dem Motto „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ unter den Stichworten „Enabling“ und „Empowerment“ die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu ermöglichen.

Hinter den beiden Stichworten steht die Vorstellung, dass von Übergewicht Betroffene oder Gefährdete die Fähigkeit entwickeln sollen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten, und sich nicht gestalten zu lassen. Durch Stärkung eigener Ressourcen und Kompetenzen soll den Menschen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zurückgegeben werden (81).

Das Problem liegt nun darin, dass nur die Zielerreichungsstrategien gestaltet werden dürfen, das Ziel „Gesundheit durch Lebensstiländerung“ ist vorgegeben, ebenso wie die (mittelständisch geprägten) Vorstellungen davon, was gesund ist und wie demnach ein gesunder Lebensstil auszusehen hat. Mit der Ermöglichung von wirklicher Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit im Hinblick auf die Lebensumstände hat dies wenig zu tun.

Angesichts dieser Problemlage schlägt Schorb 2006 alternativ vor, das Augenmerk auf die Präsentation gesunder Produkte zu richten und diese mit den problematisierten Lebensstilen kompatibel zu gestalten, statt die Menschen zum Lebensstilwandel zu drängen.

b) Zielgruppen werden nicht erreicht

Viele Maßnahmenkonzepte setzen nicht auf Ebene der gesamten Bevölkerung an, sondern sind in ihren Zielen und Inhalten auf bestimmte gesellschaftliche Gruppen ausgerichtet. Eine wichtige Zielgruppe bilden beispielsweise Bürger, deren zur Verfügung stehende sozioökonomischen Mittel besonders gering ausfallen, sowie Migranten und – da präventive Konzepte als Ziel bringender als kurative betrachtet werden, – vor allem die Kinder dieser Zielgruppen.³³

Diverse Faktoren erschweren jedoch gerade den Zugang zu diesen Bevölkerungsgruppen. Zusammengenommen führt dies oft zum vor-

³³ Ausführlich zum Thema Übergewicht als Unterschichtproblem in Kapitel 4.2 Unintendierte Nebenfolgen.

schnellen Urteil von Projektträgern, bestimmte gesellschaftliche Schichten seien „maßnahmenresistent“ oder schlichtweg ignorant gegenüber sich selbst und anderen.

In ihrem 2003 veröffentlichten Leitfaden „Gesunde Kinder – gleiche Chancen für alle?“ stellt das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) fest, dass die massivsten Barrieren, die einer zufrieden stellenden Zielgruppenerreichbarkeit entgegenstehen neben den jeweiligen subjektiven Sichtweisen auch die Einstellungen und Interessen der Beteiligten bilden – und zwar wohlgernekt auf Seiten der Zielgruppen als auch auf Seiten der Initiatoren der Projekte (vgl. LÖGD 2003: 57ff)! Denn Entscheidungsträger im Rahmen von Projekten gegen Adipositas sind normalerweise keine Angehörigen der Schichten und Zielgruppen, die mit den Maßnahmen erreicht werden sollen. Die Strukturen der Projekte werden so im Rahmen der völlig unterschiedlichen Lebenswelten der beiden Pole (Initiatoren und Zielgruppe) gestaltet und entsprechen so viel mehr der Bedürfniswelt der Initiatoren (vgl. LÖGD 2003: 59, sowie Zwick 2008: 7).

Lehrer oder Erzieherinnen aus der gebildeten Mittelschicht haben beispielsweise oft wenig Einsicht in die Verhältnisse, Bedürfnisse und familiären Vorgänge der betroffenen Kinder aus unteren Schichten der Gesellschaft. Sie treffen Entscheidungen darüber, was gut, gesund oder angebracht ist, auf Basis ihrer eigenen Wirklichkeit und versuchen im besten Glauben an die Nützlichkeit eines Lebensstilwandels, diese kulturell geprägten Ideale den betroffenen Familien überzustülpen.

Genauer aufgeschlüsselt identifiziert das LÖGD folgende Faktoren als gewichtigste Barrieren zwischen einer gelingenden Gesundheitsförderung und sozialer Benachteiligung:

- **Informationsdefizite** – Sozial benachteiligte Personen wissen zum Teil wenig über Risikoverhalten und die Be-

wältigung gesundheitlicher Probleme, ihnen fehlt oftmals der Zugang zu den relevanten Ansprechpartnern und eine realistische Einschätzung der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie deren Fördermöglichkeiten. Auf Seiten der Initiatoren von Maßnahmeprojekten herrscht dagegen oft Unklarheit über die Zusammenhänge von Armut und Gesundheit, die lebenslagenspezifischen Bedürfnisse und Probleme der Zielgruppen sowie parallel arbeitende Kooperationspartner oder bereits vorhandene Hilfsangebote (60).

- **Fehlende Zeit und mangelnde Mobilität** - Alleinerziehende Mütter oder kinderreiche Familien gehen nicht zu Infoabenden oder geben ihre Kinder in scheinbar überflüssige Behandlungen, sie haben dazu keine Zeit oder es fehlt an geeigneten Transportmittel oder der (preisintensiven) Kinderbetreuung.

Jürgen Deuschle bemerkt so beispielsweise zum Projekt „Tiger Kids“, dass die Resonanz der Eltern extrem selektiv ist. D.h. es kommen die Eltern zu den Elternabenden (bzw. Lesen die Elterninformationen), die eh schon sensibilisiert sind und von vorneherein auf jene Ernährung achten, wie sie durch das Programm propagiert wird. Ähnlich verhält es sich auch bei Elternabenden in Schulen. Dort kommen in der Regel die Eltern der guten Schüler, die Eltern der schlechten Schüler haben kein Interesse, keine Zeit, ... ³⁴

- **Sprachbarrieren** - Personen mit niedrigem sozialem Status verstehen oftmals komplexe Gesundheits- und Krankheitssachverhalte nicht, besonders, wenn ihnen diese durch studiertes Fachpersonal vermittelt werden soll, das ohne Rücksicht auf das vorhandene Wissen der Angesprochenen Fachtermini verwendet. Umgekehrt fühlen sich die Betroffenen auch vom Arzt nicht verstanden. Oftmals besitzen die Angehörigen der Zielgruppen kaum Problemlösungskompetenzen. All diese Punkte

³⁴ Per E-Mail vom 13.02.2008

treten besonders prekär bei Migranten zu Tage, die eventuell die Landessprache nicht oder nur mangelhaft beherrschen (vgl. Zwick 2008: 8). So können Anbieter und Nachfrager gesundheitlicher Leitungen oft ihre Erwartungen aneinander nicht angemessen artikulieren (vgl. LÖGD 2003: 61).

- **Angebote ohne Lebenslagenbezug**, kognitive Barrieren - Viele Angebote zur Gesundheitsförderung sind mittelschichtorientiert. Sie berücksichtigen weder den Bildungsstand noch die meist prekäre Einkommenssituation der sozial Benachteiligten. Tipps und Ratschläge aus mittelständischen Schichten sind oft im Armutshaushalt nicht umsetzbar oder gehen am eigentlichen Problem vorbei. Der Zugang für sozial Benachteiligte wird auch erschwert durch die Angst, als „Mensch zweiter Klasse“ identifiziert zu werden, zum Beispiel, wenn man als einziger in einem Kurs für gesunde Ernährung einen Gutschein über die Kursgebühren vorweist, oder wenn man sich durch Kleidung, die Arbeitslosigkeit der Eltern oder fehlende Statussymbole im Kontakt zu Angehörigen anderer Schichten als „Unterschichtler“ outet. Diese Probleme betreffen sowohl Erwachsene als auch in besonderem Maße Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien (62).

Einen Unterpunkt dieser Problemkonstellation bilden auch die (zur Herstellung einer sozialen Identität notwendigen) kulturellen Grundlagen der unteren Gesellschaftsschichten, die sich in deren Einstellungen, Werten und Prioritäten zeigt.

Oft stehen diese Einstellungen einer (mittelschichtorientierten) Gesundheitsförderung kontraproduktiv gegenüber - bzw. die Gesundheitsförderung setzt nicht an der Lebenswelt der Betroffenen an. Viele durch Initiatoren als riskant definierte Verhaltensweisen werden von den Angehörigen der Zielgruppe somit nicht als Gefahr gesehen, sondern nur als Ausübung ihres spezifischen Lebensstils.

So ist Übergewicht (oder zumindest eine gewisse Wohlbeleibtheit) beispielsweise manchmal eher positiv besetzt. Statussymbole in Form materieller Güter erscheinen wichtiger und wertvoller als immaterielle Werte wie Gesundheit oder ein langes Leben. Die Wünsche und Probleme der Kinder werden, da sie oft nicht erfüllbar oder lösbar sind, mit zur Verfügung stehenden Süßigkeiten kompensiert. Die Forderung nach dem Überdenken der „ungesunden“ Ernährung und nach mehr (anstrengender) Bewegung stellt für die Angesprochenen manchmal die Bedrohung des letzten Fünkchens Lebensfreude dar. Unter diesen Aspekten stellt sich das Streben nach dem recht abstrakten Fernziel Gesundheit als prinzipiell lobenswert dar, löst aber nicht die wirklich wichtigen und drängenden Probleme dieser Menschen: Unterhaltklagen, Arbeitslosigkeit, Geldmangel, mangelnde Perspektiven für die Zukunft (63f).

- **Image der Behörden** - Viele Menschen haben Angst vor Behörden und der Auseinandersetzung mit ihnen. Besonders einkommensschwache Personen haben schlechte Erfahrungen mit Behörden gemacht, sind sie doch zur Absicherung ihres täglichen Lebens auf die finanzielle Unterstützung der Behörden angewiesen (63).

- **Finanzen** - Gesundheitsförderliches Verhalten ist oft mit zusätzlichen Kosten verbunden. Viele Betroffenen wissen nicht Bescheid über Bonusprogramme oder Ermäßigungen im Vorsorgebereich oder scheuen den Aufwand der Beantragung. Zunächst muß mit den vorhandenen Mitteln der notwendige Bedarf gedeckt werden, dann erst kommen Extravaganzen ins Spiel. Dazu gehört auch, jedoch zumeist erst weit hinter subjektiv wichtigeren Dingen, die das Leben lebenswerter machen, gesundheitsorientierte Ernährung und Freizeitgestaltung (vgl. LÖGD 2003: 64, sowie Zwick 2008: 24). Daraus folgt auch, dass beispielsweise der Zugang zu Sportstudios für sozial benachteiligte Gruppen letztendlich be-

liebig finanziell subventioniert werden kann - solange das Strampeln und Schwitzen samt seinem körperlichen Ergebnis nicht als lustvoll-positives Element in den Lebensstil der Betroffenen integriert ist, werden die Ströme der Übergewichtigen Couch-Potatoes ausbleiben (vgl. Zwick 2008: 51).

Zusammengefasst erklärt sich unter Berücksichtigung dieser Problempunkte, warum viele Projekte, vor allem informativ basierte, von vornherein scheitern, ohne je wirklich bei den Betroffenen angekommen zu sein.

c) Uneinheitliche Forschungslage zur Entstehung und Vermeidung von Übergewicht

Nach wie vor unterliegt die Forschung zum Thema Ernährung und Gesundheitsförderung einer extremen Streubreite, was die resultierenden Ergebnisse betrifft. Nahezu jede Theorie kann inzwischen durch bestimmte punktuelle Ergebnisse beinahe beliebig belegt oder widerlegt werden. Zudem steht die Wissenschaft vor dem Problem, dass scheinbar unerklärliche Ausnahmen und Sonderfälle, meist basierend auf individuellen Bedingungen bestimmter Kulturkreise, Verallgemeinerungen verunmöglichen. Beispiel hierfür ist das „französische Paradoxon“: Obwohl die Essgewohnheiten der Franzosen auf Weißbrot, Käse und Wein basieren, sind ihre Raten an Herzkrankheiten und starkem Übergewicht zugleich im Europäischen Durchschnitt sehr niedrig anzusiedeln (vgl. Gartz 2006: 76).

Die Ernährungsforschung steht also vor der Schwierigkeit, dass ihr durchaus wissenschaftliches Bestreben nach Vereinheitlichung der Ergebnisse den Menschen mit seinen individuellen Eigenheiten und Anforderungen, der doch Mittelpunkt und Objekt der Forschung sein sollte, im Grunde nur als „Störfaktor“ einbeziehen kann (vgl. Bartens 2008c).

Bei Untersuchungen über Auswirkungen des Salz- oder Kaffeekonsum zum Beispiel spielt eben nicht nur eine Rolle, wie viel Salz oder Kaffee die Teilnehmer zu sich nehmen, sondern dass z.B. unter Umständen die starken Kaffeetrinker auch die größeren Genießer sind, dafür die sportlicheren Menschen und besseren Schläfer und damit überhaupt glücklicher und gesünder.

Diese Effekte liegen dann sicher nicht am Kaffee, sondern an anderen, nicht untersuchten Einflüssen. Wird dies nicht berücksichtigt, kommt es immer wieder zu abstrusen Meldungen, wie dass Käsekuchen dumm mache oder Brokkoli Krebs verhindere. Mit unausgegorenen Forschungsergebnissen wie den beschriebenen, macht sich die Ernährungsindustrie methodisch in hohem Maße angreifbar.

Dies stellt eine enorme Schwierigkeit bei der Aufstellung von Ernährungsempfehlungen dar und macht die Herstellung einer seriösen Verbindlichkeit von Richtlinien beinahe unmöglich. Gartz 2006 betitelt diesen Zustand der Forschungslandschaft als „Dietary cacophony“ und bemängelt vor allem, dass durch diese diffuse Forschungslage den Nahrungsmittelkonzernen der Einspruch gegen die Anprangerung ihrer „ungesunden“ Produkte durch die Bank erleichtert wird (vgl. Gartz 2006: 76).

Neben diesen Mängeln in der Ernährungswissenschaftlichen Forschungslandschaft krankt vor allem die deutsche Adipositasforschung an den fehlenden Langzeituntersuchungen zum Thema Ernährung und Körperkonstitution. Andere Länder sind hier schon deutlich weiter und können inzwischen auf wertvolles Zahlenmaterial zurückgreifen. Die USA zum Beispiel über den USDA Household Food Consumption Survey und National Health and Nutrition Examination Survey, die eine Datenbasis für die kontinuierliche Dokumentation des Ernährungsverhaltens der US-Amerikaner bilden. Großbritannien fragt die Ernährungsgewohnheiten und den Ernährungsstatus der Bevölkerung seit den 1950er Jahren ebenfalls systematisch und regelmäßig ab (vgl. Brombach et al: 5, sowie Zwick 2008: 17ff).

d) Koordinationsprobleme

Bei der Masse der inzwischen verfolgten Projekte wider die Adipositas wird nicht selten an zwei Enden eines Problemstrangs gezogen. Exemplarisch hierfür mag die Feststellung der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) Niedersachsen zur „Fitnesslandkarte Niedersachsen“ stehen. Neben Fragen des Datenschutzes und Kritik an der unausgegorenen Theorie, dass allein Datenerhebung zu mehr Fitness führen solle, bemängelt der GEW Landesvorsitzende Eberhard Brandt vor allem Widersprüche zwischen den erklärten Zielen des Programms und der Bildungspolitik. Mit der hoffnungsvollen Einführung der „Fitnesslandkarte Niedersachsen“ gehe zeitgleich eine Kürzung des sowieso schon unzureichenden Schulsports in Niedersachsen einher. Der Sportunterricht sei von drei auf zwei Wochenstunden gekürzt worden, oft werde auch die zweite Sportstunde nicht überall unterrichtet. Auch der Schwimmunterricht werde zunehmend eingeschränkt (vgl. GEW 2005).

e) Nahrungsmittelindustrie zwischen Risiken und Chancen

Wenn im Forschungsfeld der Adipositasprävention von dickmachenden oder die Gesundheit gefährdenden Faktoren im Lebensumfeld der Menschen die Rede ist, landet man schnell bei der Diskussion der Praktiken der Nahrungsmittelindustrie sowie weiterer Industriezweige, die von wachsenden Übergewichtsraten in der Bevölkerung profitieren. Denn für die Industrie stellt sich das in der Gesundheits- und Finanzpolitik als so katastrophal diskutierte Problem des bevölkerungsweiten Übergewichts ganz anders dar: Dicke Menschen essen mehr, das heißt, sie konsumieren mehr (vgl. Nestle 2003: 781). Sie benötigen darüber hinaus spezielle Gegenstände und Dienstleistungen, die ihnen den Alltag bequemer machen oder überhaupt erst ermöglichen. Man denke an teure Diätprodukte,

Mobilitätshilfen, spezielle medizinische Vorrichtungen zur Behandlung stark Übergewichtiger oder die Diskussion um die Sitzbreite in Flugzeugen.

Hier tut sich ein Wachstumsmarkt auf, der dem im geriatrischen Bereich, zur Versorgung der steigenden Zahl alternder Menschen in der Gesellschaft in nichts nachsteht. Zudem ergibt sich im günstigsten Fall eine gedoppelte Gewinnchance: Zum einen durch den Verkauf von hochkalorischen Produkten, durch die die Konsumenten bei entsprechendem Konsum dick werden und parallel dazu durch Produkte und Angebote zur Kontrolle des Körpergewichts, wie etwa spezielle Diätahrung oder Fitnesskurse. Gartz 2006 nennt hier beispielsweise die Firma Unilever, die sehr erfolgreich sowohl Eiscreme der Firma Ben & Jerry's als auch Slim Fast Produkte (Diätahrung) vertreibt (146f).

“Indeed, it is difficult to think of any major industry that might benefit if people ate less food; certainly not the agriculture, food product, grocery, restaurant, diet, or drug industries. All flourish when people eat more, and all employ armies of lobbyists to discourage governments from doing anything to inhibit overeating.”

(Nestle 2003:781)

Für den US-amerikanischen Markt stellt z.B. Gartz 2006 fest, dass „Plus size“, der Markt der Übergrößen als Wachstumsbranche angesehen wird. Übergewichtige gelten als „hot markets“, die unter anderem mit der Praxis des „Vanity sizing“ bei (Kauf)Laune gehalten werden, also dem Vorgehen, immer größere Kleider als immer kleinere Größen zu deklarieren, um den Käufern das ungute Gefühl zu nehmen, zu extremen Größen greifen zu müssen (vgl. Gartz 2006: 142ff). Auch in europäischen Kleidungsboutiquen, die ausschließlich Übergrößen anbieten, ist dieses gnädige „Umzeichnen“ der Kleidungsgrößen gang und gebe – wer als Träger der Kleidungsgröße 42 einmal versucht hat, spaßeshalber ein Kleidungsstück dieser Größe in einem solchen Laden anzuprobieren, mag sich über den Umstandsmodencharakter des Kleidungsstückes gewundert haben.

Die Kehrseite dieser Verdienstchancen bestehen für die Nahrungsmittelindustrie in den zahllosen Forderungen nach Reglementierungen oder Selbstbeschränkungen, die verstärkt auf sie niederprasseln. Deutlichere Kennzeichnung der Inhaltsstoffe, Verringerung des Zuckergehalts und Verzicht auf Werbung, die sich an Kinder richtet, sind dabei einige wenige der geforderten Punkte (vgl. Zwick 2008: 53f).

Angeichts der oben dargestellten Verdienstchancen fällt die Bereitschaft zur Anpassung der angebotenen Produkte an gesundheitsfördernde Richtlinien schwer. Die Auseinandersetzungen drehen sich hier meist um den Punkt der Eigenverantwortung der Konsumenten. Beispielsweise zieht sich die Industrie beim Thema Werbung für Kinderprodukte gern auf den Standpunkt zurück, diese gelte mitnichten dem Kaufanreiz, sondern lediglich der Hilfe bei der Markenwahl, nachgefragt seinen die Produkte so oder so (vgl. Gartz 2006: 83). Diese Sicht der Dinge lässt dann im Grunde auch den Umkehrschluss zu, dass wenig nachgefragte Produkte auch durch massive Platzierung in den Medien nicht zum Trend geadelt werden können.

Die Nahrungsmittelindustrie reagiert extrem empfindlich auf Angriffe gegen ihre Vertriebsfreiheit. So beschreibt Gartz 2006 das Ringen um einheitliche Ernährungsrichtlinien anhand eines Informationsblattes zu „free sugars“ der World Health Organisation (WHO) im Jahre 2003 als schiere Unmöglichkeit. Schon die Arbeitsfassung rief Entrüstung bei der Zuckerherstellenden und Zuckerverarbeitenden Industrie der USA hervor. Auf den signifikanten Schaden, den die US- Nahrungsmittelindustrie durch das Paper erleide, wurde mit aller Deutlichkeit hingewiesen. Parallel dazu wurden Studien präsentiert, die belegten, dass zwischen Zucker und Übergewicht kein Zusammenhang bestehe (vgl. Gartz 2006: 74f).

f) Politische Durchsetzbarkeit von Forderungen

Diese Schwierigkeit, die Nahrungsmittelindustrie verbindlich und, was das Produktangebot betrifft, wirksam zu beeinflussen, setzt sich auf Ebene der Gesetzgebung fort. Da die Industrie unter den Bedingungen der freien Marktwirtschaft operiert und hohe Verdienste auch mit gesellschaftlich und politisch sehr erwünschten Faktoren wie hohen Löhnen, geringer Arbeitslosigkeit und einer gut gefüllten Staatskasse korrelieren, steht die Politik vor dem Problem, dass sie auf Basis Ihrer regulativen Macht im Grunde zugleich den Konsum der „un-gesunden“ Lebensmittel fördern UND davon abraten sollte (vgl. Gartz 2006: 76, sowie Zwick 2008: 54).

Diese zwiespältige Lage der Politik bedingt auch das eher verhaltene Vertrauen in Präventionsmaßnahmen, die sich auf gesetzgeberische Maßnahmen stützen. So bleibt Jürgen Deuschle angesichts des Maßnahmenprogramms der WHO, das auch direkte Eingriffe in die Vermarktung von Produkten vorsieht, eher skeptisch im Hinblick auf die Durchsetzbarkeit.³⁵ Auch das von Elisabeth Preller vorgestellte Konzept der Regulierung des Warenangebotes über Ratings setze laut Deuschle zwar am richtigen, weil im Wirtschaftssystem zentralen, monetären Hebel an, trotz allem bleibe fraglich, als wie wirkungsmächtig diese Steuerung sich erweisen kann.

g) Eingriffstiefe der staatlichen Reglementierungen in den privaten Lebensbereich der Bürger

Neben der schwierigen Verantwortung, für seine Bürger ein gesundheitsförderndes Lebensumfeld zu schaffen, ohne dabei die monetären Grundlagen zu gefährden, die diese Bedingungen mit ermöglichen, (zum Beispiel durch zu aggressive Restriktionen gegen die Industrie,) sieht sich ein demokratischer Staat auch immer dem Balanceakt zwischen Gesetzgebung zum Wohle der Allgemeinheit und der Erhaltung der persönlichen Freiheit des einzelnen Bürgers oder bestimmter Gruppen ausgesetzt.

³⁵ Per E-Mail vom 13.02.2008

So lässt sich zum Beispiel in den USA seit Jahren eine erbitterte Diskussion um die Eigenverantwortung des Einzelnen im Hinblick auf seine Nahrungsaufnahme verfolgen, die natürlich auch von der Nahrungsmittelindustrie entsprechend gefördert wird.

Zentrales Anliegen der Vertreter der Eigenverantwortlichkeit bildet dabei die Aussage, dass man schwerlich überhaupt noch für irgendetwas zur Verantwortung gezogen werden könne, wenn man nicht für das verantwortlich zeichne, was man sich selbst in den Mund stecke (vgl. Gartz 2006: 162ff).³⁶

Kritiker dieser Ansicht wiederum, die Maßnahmen des Staates und/oder entsprechende Reaktionen der Industrie fordern, akzeptieren dieses Argument nur, wenn

- die lückenlose Aufklärung über Nährwerte gewährleistet,
- zugleich volles Risikobewusstsein bei den Konsumenten vorhanden ist,
- Ausweichmöglichkeiten auf risikofreie oder risikoärmere Produkte gegeben sind und
- die Konsumenten keine Selbstkontrollprobleme aufweisen würden.

Sprich: Für die Kritiker ist wirkliche Eigenverantwortung im Bezug auf die Nahrungsaufnahme unter realen Bedingungen nicht verwirklichtbar, weil unter anderem wirkungsvolle Werbestrategien, mangelnde Warenauszeichnung und weitere Stolpersteine zu einem regelrechten „toxic food environment“ führten. Übergewicht und Adipositas ist für diese Gruppen nicht das Produkt einer wissentlichen und willentlichen Wahl, sondern das Ergebnis massiver Selbstkontrollprobleme (vgl. Gartz 2006: 167).

³⁶ Eine fragliche Argumentationsbasis, wenn man bedenkt, dass Gesetze gegen Drogenkonsum verhältnismäßig leicht verabschiedet werden – auch Designerdrogen wie Ecstasy werden schließlich geschluckt – und wenn berücksichtigt wird, dass Essgewohnheiten nicht frei gewählt, sondern von Kind an durch die familiäre Ernährungssitten anezogen werden.

Wissenschaftlich untermauert wird diese These durch den erforschten Mechanismus der „instant gratification“:

„So wird eine unmittelbare (auch unerhebliche) Bedürfnisbefriedigung einer verzögerten (auch erheblichen) Bedürfnisbefriedigung vorgezogen. Dies gilt selbst, wenn erstere mit (sogar beträchtlichen) späteren Kosten verbunden ist.“

(Gartz 2006: 168)

Die Befürworter der Eigenverantwortung argumentieren dagegen auf der Schiene der Freiheit der Konsumenten. Der Staat habe keine rechtliche Grundlage, Bürger zum Konsum bestimmter, als gesund propagierter Produkte anzuhalten. Wer Forderungen nach staatlichen Eingriffen stellt und für die Gestaltung eines „entgifteten Nahrungsmittelumfelds“ einsteht, muß sich mit Vorwürfen auseinandersetzen, man strebe nach Macht über den konsumierenden Bürger auf Basis von Gestapo-Methoden und betrachte die Bürger als unmündig, selbst zerstörerisch und hilflos (vgl. Gartz 2006: 177ff).

Die folgende kurze ethische Beleuchtung dieses Konfliktes zeigt auf, in welchem Spannungsverhältnis sich gesetzgeberische Aktivitäten bewegen.

Mit Immanuel Kant und seiner Bestimmung des Autonomieprinzips des Menschen lassen sich zwei Begriffsbestimmungen von Freiheit festhalten:

1. negative Bestimmung des Freiheitsbegriffs: frei sein von Zwängen

2. positive Bestimmung des Freiheitsbegriffs: frei sein zur Selbstbestimmung

(vgl. KPV:45)

Nach Kant soll der Mensch reichlich Gebrauch von seinem Selbstbestimmungsrecht machen³⁷, indem er sich der eigenen Vernunft bedient, statt sich von fremden Autoritäten leiten zu lassen. Schwierig wird es jedoch, wenn der Einzelne durch sein selbst bestimmtes Handeln die Aufrechterhaltung seines Selbstbestimmungsrechtes gefährdet, zum Beispiel durch Drogenkonsum oder Autofahren ohne Gurt.

Bei der Beurteilung von Freiheitsaspekten im Rahmen der Ernährung fragt sich also, ob die Freiheit von gesetzlichen Restriktionen im Feld der Ernährung, die als Teil des individuellen Lebensstils angenommen wird, hier vorrangig zur Geltung kommt, oder ob nicht angenommen werden muss, dass die Lebensumstände von gefährdeten Gruppen autonomes Handeln im Bereich der Ernährung von vornherein verunmöglichen und zudem durch das Risiko tödlich endender Folgeerkrankungen in Zukunft jede Autonomie aufs Spiel gesetzt wird.

Vergleichbare Gefährdungen der individuellen Autonomie werden übrigens bereits staatlich sanktioniert, Beispiele hierfür sind Gurtpflicht beim Autofahren und Zwangsernährung bei Vorliegen von Bulimieerkrankungen oder Selbstmordabsicht durch hungern.

Im Falle der Freiheit zum individuellen Essverhalten steht einer definitiven Entscheidung immer das Problem entgegen, dass nach wie vor (noch) keine wissenschaftlich fundierte Aussage über die Verantwortung der Betroffenen für ihren Zustand gemacht werden kann. Wer sich zu Tode isst, wird immer noch anders behandelt, als wer sich zu Tode hungert. Werden Extreme wie der sichere Tod eines Menschen einmal beiseite gelassen, zeigt sich der Eingriffsspielraum allein aufgrund einer als ungesund geltenden Ernährung, die vielleicht zu Folgeerkrankungen führt oder auch nicht, als denkbar gering. Gerade bei der zuletzt behandelten Frage nach der Erwünschtheit staatlicher Eingriffe in Ernährungsfragen wird überdeutlich, wie die Problemfelder, denen sich Maßnahmen gegen

³⁷ Da die Autonomie nach Kant als Grundlegung der Menschenwürde gilt.

Adipositas in der Bevölkerung ausgesetzt sehen, miteinander verwoben sind und sich - quasi als „Problemnetz“ - gegenseitig bedingen und aufrechterhalten. Infolge dessen wundert es auch nicht, dass jede ins Auge gefasste oder bereits verwirklichte Maßnahme zwangsläufig diverse Folgen nach sich zieht, die ursprünglich gar nicht angedacht waren, oder zumindest in ihren Auswirkungen und impliziten Voraussetzungen nicht konsequent bedacht wurden. Das folgende Kapitel durchleuchtet einige dieser unintendierten Nebenfolgen.

2.2 Unintendierte Folgen und implizite Prämissen der Bewältigungsstrategien

Jedes ins Auge gefasst Projekt zur Bekämpfung oder Prävention von Übergewicht in der Bevölkerung stützt sich auf bewusste oder implizite Annahmen und Prämissen und reproduziert diese ebenso bewusst oder auch unbewusst. Der Ansatz der meisten Präventionsmaßnahmen basiert kalkuliert auf der Verbreitung bestimmter, als durchschnittlich und gesund erachteter Körpernormen und den damit zusammenhängenden Alltagspraxen. Der gern angebrachte Gemeinplatz „Hauptsache gesund!“ ist dagegen Ausdruck einer hinter diesen bewussten Zielen stehenden Prämisse, die Gesundheit als höchstes Gut des menschlichen Lebens überhaupt postuliert.

Aus diesem *Problemfeld der überbewerteten Gesundheit* lassen sich drei wichtige Punkte extrahieren, die sich allesamt auf unbeabsichtigte Konsequenzen der Etablierung von Präventions- oder Kurationsaktivitäten beziehen:

- a) Problemverschärfung statt Linderung
- b) Stigmatisierung von Übergewichtigen
- c) Ethische Konsequenzen: Auswirkungen auf das Menschenbild

Einen besonderen Aspekt der impliziten Auswirkungen von Kampagnen gegen Adipositas stellt das Problemfeld um

Adipositas als Symbol der sozialen Differenzierung unter den Gesellschaftsschichten dar. Übergewicht wird gern als Problem der unteren sozialen Schichten dargestellt und die dort angesiedelten Betroffenen als unbelehrbare Verbrecher am Solidarprinzip. Breit angelegte Maßnahmen speziell für die sozioökonomisch benachteiligten Bürger vertiefen und zementieren diesen Eindruck, so dass mit jeder neu zu beschließenden Maßnahme auch die innergesellschaftlichen Auswirkungen bedacht werden müssen.

Nicht zuletzt kann die geballte Installation von Maßnahmen und Projekten gerade im Bereich der politischen Interventionen *Auswirkungen auf die Wirtschaft* und damit auf die finanzielle Lage der gesamten Gesellschaft haben, die sicher nicht im Interesse derer liegen, die momentan mit den (bis dato noch immer unbelegten) katastrophalen Auswirkungen des steigenden Übergewichts auf die Staatsfinanzen argumentieren. Zentrale Punkte sind hier vor allem:

- a) Höhere Besteuerung ungesunder Lebensmittel
- b) Mögliche Prozessflut gegen Firmen

Im Folgenden sollen diese Aspekte der unintendierten Nebenfolgen von konkreten Maßnahmenprojekten oder von gesteigerten Aktivitäten gegen Übergewicht insgesamt, dargestellt werden.

2.2.1 Problemfeld überbewertete Gesundheit

- a) Problemverschärfung statt Linderung

Zentrales Anliegen vieler Präventionsprogramme gegen Übergewicht ist es, den Zielgruppen eine als ausgewogen und „gesund“ erachtete Ernährungsweise nahe zu bringen. Gerade bei Programmen, die auf Setting-Ebene arbeiten, zum Beispiel in

Kindergärten oder Schulen, wird das erklärte Ziel verfolgt, den Kindern und Jugendlichen ein alternatives Konsum- und Ernährungsverhalten zu vermitteln und insofern pädagogische Versäumnisse des Elternhauses zu korrigieren.

Problematisch in dieser Hinsicht ist nun die fragliche Festlegung auf ein bestimmtes Ernährungsparadigma. Die schwierige Forschungslage zum Thema gesunde, empfehlenswerte Ernährung wurde bereits dargestellt. Ein weiteres Problem stellen die ungeahnten Auswirkungen der propagierten Konzepte gesunder Ernährung dar, die leider meist auf einer Seite sinnvoll und problemwirksam greifen, jedoch an anderer Stelle unerwünschte, zum Teil sogar kontraproduktive Wirkung zeigen.

Als beispielhaft für die Auswirkungen punktuell angesetzter Ernährungsempfehlungen sind die Folge der seit etwa 1970 in den westlichen Industrieländern öffentlich reproduzierten Botschaft, fettarme Ernährung sei gesund und verlängere das Leben. Bis zum Jahr 2000, in dem diese Ernährungsempfehlung schließlich korrigiert wurde, nahm das durchschnittliche Körpergewicht der Bevölkerung stetig zu. Die Menschen gingen einfach davon aus, dass eine Reduktion des Fettanteils ihrer Ernährung allein schon Gesundheit fördernd sei, so dass zwar auf fettarme Produkte geachtet wurde, jedoch der Kohlenhydratanteil in der Ernährung unbeachtet blieb und stieg (vgl. Bartens 2008a).

Ein weiteres Beispiel findet sich in den Darstellungen von Gartz 2006 über die Zusammenhänge von Anti-Tabak-Kampagne und Adipositas in den USA:

Die Autorin führt aus, dass die regulativen Maßnahmen gegen den Tabakkonsum in den USA letztendlich zur Fettleibigkeit vieler Bürger geführt hat - da das Inhalieren von Nikotin sowohl den Stoffwechsel anregt als auch den Appetit zügelt. Mit diesen durchaus wünschenswerten Eigenschaften des Nikotins wurde in der Vergangenheit sogar das Rauchen beworben. Nach Gartz 2006 könnte die Verteuerung des Zigarettenpreises für bis zu 20 % des Anstiegs der Häufigkeit von Adipositas ver-

antwortlich sein (vgl. Gartz 2006: 160f). Die Autorin bemerkt ganz richtig, dass trotzdem sicher niemand für eine Lockerung der Reglementierungen gegen das Rauchen aus Gründen der Adipositas Bekämpfung eintreten würde, jedoch werden die Vernetzungen im Feld der Gesundheitsbestrebungen deutlich, die immer dann besonders deutlich zum Tragen kommen, wenn punktuelle Eingriffe vorgenommen werden, die Querverbindungen außer acht lassen.

Ähnlich prekär sind Entwicklungen in der Ernährungsforschung, die darauf hindeuten, dass das „Idealgewicht“ (das übrigens über den Lauf der Jahre hinweg stetig sinkt...) aus medizinischer Sicht nicht wünschenswert ist, sondern eher leichtes bis mittleres Übergewicht ein längeres und gesünderes Leben verspricht (vgl. Bartens 2008a, sowie Bartens 2008b). Wenn diesen aktuellen Forschungsergebnissen Glauben geschenkt werden kann, werden leicht übergewichtige Menschen mit dem Ziel „Idealgewicht“ eben nicht auf den aus medizinischer Sicht optimalen Körperzustand getrimmt, sondern gefährden dagegen ihren gesundheitlich vorteilhaften Zustand.

Verstärkt wird dieser ungesunde Trend durch die Medien, die – von wenigen Ausnahmen, zum Beispiel dem Werbekonzept der Produktreihe „Dove“³⁸ abgesehen – durchweg ein mehr und mehr magersüchtiges Körperideal präsentieren und damit reproduzieren (vgl. Zwick 2008: 59).

Aber auch die verstärkte Einrichtung von Frühwarnsystemen und Präventionskonzepten an Kindergärten und Schulen leistet einen in dieser Hinsicht sicher ungewollten Beitrag zur Verkomplizierung der Körperwahrnehmung von Kindern und Jugendlichen.

Der hier zugrunde liegende Mechanismus fördert dann unter Umständen auch durch die Angst, der „Epidemie der Fettleibig-

³⁸ „Dove“-Produkte zur Körperpflege wurden in der jüngsten Vergangenheit medienübergreifend mit vergleichsweise „fülligen“ Webeträgerinnen beworben. Die Frauen der Werbereihe stellen sicher keinen realen Schnitt durch die Körperformen unserer Gesellschaft dar, sind jedoch näher am Durchschnittsgewicht als die meisten anderen Models.

keit" anheim zu fallen, die Anfälligkeit für dann real durchlittene Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie – oder eben auch für Fettsucht, wenn die Hilflosigkeit von Betroffenen Kindern und Jugendlichen angesichts ihrer nicht als ideal einzuschätzenden Körpermaße zu sozialer Isolation und der Ersatzbefriedigung Frustessen führt (vgl. Campos 2004: 119f, sowie Gransee 2008: 166f, und Zwick 2008: 59).

Die andauernden Versuche, Kindern und Jugendlichen auf präventivem Wege zu einem gesunden und langen Leben zu verhelfen, müssen also in diesem Lichte auch als mögliche Gefahrenquellen für gestörte Körperwahrnehmung und damit für die Gesundheit gefährdende Auswirkungen gesehen werden (vgl. Gartz 2006: 190).

Daniela Schiek vom Projektteam Soziologie (Universität Essen) greift dieses Thema ebenfalls auf und stellt fest, dass vor allem Frauen unter dem eng gesteckten Rahmen der sozial akzeptierten Körperformen leiden (vgl. Schiek 2008: 6f, sowie Setzwein 2004: 247).

Gransee 2008 konkretisiert:

„Die durch Übergewicht vermeintlich verursachten Gesundheitsrisiken bei Frauen stehen in keinem Verhältnis zu den psychosozialen Beeinträchtigungen durch propagierte Schlankheitsideale [...]“. (Gransee 2008: 166)

Aus dieser seelisch schmerzhaften Diskrepanz zwischen Wunschvorstellungen und tatsächlichem Körperausmaß ergeben sich nach Gransee häufig Essstörungen (166).

Anorexie und Adipositas sind für Gransee zwei Seiten einer Medaille. Für die Autorin bildet so schon die andauernde Diskussion um Adipositas als mögliche Epidemie einen Ansatzpunkt für diverse unerwünschte Nebenfolgen. Maßnahmen gegen und andauernde Debatten um Adipositas würden die gängigen Idealmaße unterstützen, ohne sie zu hinterfragen (166):

„Eine pauschale Stigmatisierung von Übergewichtigen kann in eine unbeabsichtigte Gegenteilstendenz weisen, nämlich in eine tendenzielle Verstärkung von Schlankkeitsidealen, die beispielsweise für junge Frauen, aber auch für junge Männer in der Adoleszenz in psycho-somatischer Hinsicht problematisch sein kann.“ (Gransee 2008: 166)

Dies bezeichnet eine - auch medial unterstützte - Entwicklung, die durch weitere ähnlich angelegte Präventionsprojekte im ungünstigen Falle noch befördert werden kann.

b) Stigmatisierung von Übergewichtigen

Mit dem eben besprochenen Punkt der Kontraproduktivität vieler Präventionsansätze hängt ein weiteres Feld unintendierter Wirkungen zusammen. Wenn auf breiter Ebene präventiv und kurativ gegen Fettpolster vorgegangen wird, dann können auf diese Weise auch Ressentiments und Stigmata transportiert und verstärkt werden, die sich gegen übergewichtige Menschen richten. Im Grunde steht hinter jedem angelaufenen Programm gegen Übergewicht die latente Aussage: „Übergewicht ist unerwünscht und gilt es zu vermeiden“, eine Botschaft, die - nicht zuletzt in der sowieso nicht von allzu großem Selbstbewusstsein geprägten Erlebenswelt der Betroffenen selbst - sehr schnell vom *Zustand* Übergewicht auf seine *Träger*, die Übergewichtigen umgedeutet werden kann: „Übergewichtige sind unerwünscht“.

Schmidt-Semisch/Schorb 2008 wählten so für ihren Sammelband „Kreuzzug gegen Fette“ ganz bewusst einen Titel, der zweideutig ausgelegt werden kann. Und angesichts kompromittierender Vokabeln wie beispielsweise „Moppel-Debatte“ fragt sich Gransee 2008, welche Stigmata den betroffenen oder auch nur den in Verdacht geratenden Kindern und Jugendlichen noch zugemutet werden sollen (164).

Neumark-Sztainer 1999 spitzt die Problematik zu, indem sie die Probleme, die aus dem tatsächlichen Vorliegen von (mäßigen) Übergewicht resultieren als vergleichsweise harmlos einschätzt gegenüber den gesellschaftlich zum Tragen kommenden Image-Problemen der Betroffenen:

„It's not clear whether the more detrimental consequences are primarily due to the condition itself (that is, obesity) or to society's reaction to obesity“. (Neumark-Sztainer 1999: 34)

Übergewichtige müssen erhebliche soziale Sanktionen erdulden, angefangen bei der erschwerten Knüpfung von gesellschaftlichen Kontakten bis hin zu Einschränkungen bei der Berufswahl bzw. Jobsuche. Gartz 2006 hält hierzu fest, dass die Vorurteile gegenüber dicken Menschen die wohl letzten in den USA gesellschaftlich akzeptierten Vorurteile seien (146).

Bartens 2008d sieht auch in der aktuellen Verzehrsstudie des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz³⁹ einen konkreten Angriff auf Dicke und das Dicksein, der über die Mechanismen aktivieren und demütigen ausgeführt wird. Dicke Menschen, so Bartens, bekämen durch die gesteigerte und anhaltende Aufmerksamkeit ständig vermittelt, dass mit ihnen etwas nicht stimmt, dass es nicht in Ordnung ist, wie sie sind und wie sie leben.

Unterstützt würde dies noch durch eine Anerkennung von Adipositas als Krankheit, wie Hebebrand et al 2004 ausführen: Wenn Adipositas als Krankheit betrachtet wird, untermauert dies wissenschaftlich begründet körperbaubedingte Abweichungen vom Normalmaß als „abnormale“ Formen und setzt Betroffene damit wissenschaftlich fundiert der Stigmatisierung aus (vgl. Hebebrand et al 2004: 2471).

Dieser negative Einfluss wirkt sich umso stärker aus, wenn die Angesprochenen Kinder und Jugendliche sind, die erst im Be-

³⁹ Vgl. BELV 2008a

griff sind, ihr Körperempfinden und ihr Selbstwertgefühl aufzubauen.

So warnt beispielsweise Schorb 2008b vor den ungeahnten Folgen von früh ansetzenden Screening-Programmen wie etwa „OptiKids“ aus Schleswig-Holstein. Schon Kleinkinder sehen sich hier des Eindrucks ausgesetzt, dass sie anders seien, bzw. nicht „normal“ und daher gesonderter Aufmerksamkeit bedürften. Auch nur leicht übergewichtige Kinder werden so der Gefahr einer frühzeitigen Stigmatisierung ausgesetzt. Laut Schorb 2008b lohnt sich dieses Risiko jedoch nicht, da eine zu geringe Korrelation zwischen Übergewicht im Kleinkindalter und späterer Erwachsenen-Adipositas bestehe.

Solange kein geeignetes Instrument zum Erkennen des tatsächlichen Risikos beim Einzelnen besteht, kann Schorb auf frühzeitiges Erkennen ausgelegte Maßnahmen nur in kritischem Lichte sehen.

Auch das in den Schulklassen 1 bis 10 angelaufene Projekt „Fitnesslandkarte Niedersachsen“, das letztendlich auf einem Wettbewerb um die besten Fitnesswerte beruht, weist nach Schorb das Problem auf, dass körperliche Fitness als korrelierend mit sozialen und intellektuellen Fähigkeiten dargestellt wird. (Die daraus resultierende Botschaft hieße dann: „Dicke sind sozial auffällig und intellektuell minder begabt.“)

Solche Botschaften bei Schulkindern mental zu verankern, so Schorb, heißt nicht zuletzt, die Benachteiligung von Übergewichtigen, zum Beispiel im späteren Berufsleben, indirekt zu fördern.

Auf den Punkt gebracht liegt das Problem vieler Konzepte gegen Adipositas darin, dass mit ihrer Konzeption willentlich oder unwillentlich die Betroffenen nicht unterstützt, sondern unter Druck gesetzt werden. Mit dem Argument, dass Dicke der Gesellschaft schaden, indem sie hohe Kosten durch Folgeerkrankungen und Frühberentungen verursachen, wird eine wachsende Intoleranz gegenüber Übergewichtigen geschürt. Schorb 2006

spricht von einer indirekten Form der Verhaltensbeeinflussung durch die gesellschaftliche Diskriminierung Adipöser (98) und prangert an, dass zu oft der gesellschaftliche Druck auf Adipöse als letztendlich gewinnbringend im Sinne einer erzwungenen Lebensstiländerung betrachtet wird. Auf dieser Schiene werden die Probleme durch die Stigmatisierung dicker Mitbürger zwar insgesamt bedauert, Lösungsansätze beziehen sich dann jedoch ausschließlich auf die Modifikation des Körpergewichts der Adipösen – unter völliger Vernachlässigung der Möglichkeit, auch mit Kampagnen zur Schaffung neuer Toleranz gegenüber alternativen Körperformen zu arbeiten (vgl. Schorb 2006: 98).

c) Ethische Konsequenzen: Auswirkungen auf das Menschenbild

Der anhaltende Druck auf den als nicht normalgewichtig identifizierten Teil der Bevölkerung, doch zur Einsparung der immensen Folgekosten ihrer Völlerei abzuspecken, steht stellvertretend für die Tendenz unserer Gesellschaft, Gesundheit (ein langes Leben, körperliche Unversehrtheit,...) als alleiniges oder wichtigstes Gut im Leben eines Menschen zu behandeln.

Lütz 2008 spricht in diesem Zusammenhang vom Aufkommen einer „Gesundheitsreligion“⁴⁰ und wundert sich:

„Niemals in der gesamten philosophischen Tradition des Ostens und des Westens ist etwas so Zerbrechliches wie die Gesundheit der Güter höchstes gewesen.“ (Lütz 2008)

Obwohl niemand konkret benennen kann, was Gesundheit eigentlich bezeichnet und Versuche der Definition stets nur kurzzeitig akzeptierte Ergebnisse auf konsensueller Basis zutage brachten, entwickelte sich das Streben nach Gesundheit der

⁴⁰ Immerhin betiteln wir ja auch den übermäßigen Konsum von Süßspeisen als „Sünden“...

Bürger zum erklärten Ziel staatlichen Handelns und der Erhalt der persönlichen Gesundheit zur Pflicht jedes einzelnen Mitbürgers. Schorb 2006 sieht darin eine Maßnahme der Disziplinierung nicht nur des Individuums, sondern der gesamten Bevölkerung, die ihre Reproduktion, ihre Leistungen, ihren Krankenstand und ihre Sterblichkeit abwägbare und planbar macht und damit die optimale „Verwertbarkeit“ der Bürger im kapitalistischen leistungsorientierten System sicherstellt (vgl. Schorb 2006: 71).

Wer mit diesem sehr funktional ausgelegten Gesundheitsbegriff nicht einverstanden ist, wird jedoch auch mit dem eher individuell gefassten (und inzwischen bereits revidierten) Verständnis der WHO nicht unbedingt glücklicher werden: Hier wurde Gesundheit in der Vergangenheit als „völliges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ (Lütz 2008) ausgelegt. Wie unschwer zu erkennen ist, läuft dieser Versuch auf eine leere Menge hinaus...

Dennoch, Gesundheit gilt als das erklärte Ziel, nicht nur auf politischer Ebene:

„Die Unerreichbarkeit des Ziels zusammen mit seiner religiösen Verklärung – das ist der Treibstoff für den Gesundheitsboom unserer Tage. Gesundheit bestimmt das ganze Leben. Staatlich geförderte gesundheitsreligiöse Missionskampagnen überschlugen sich, Bonus-Malus-Systeme der Krankenkassen beruhen auf der unbelegten Behauptung, ungesundes Leben belastet die Solidargemeinschaft.“ (Lütz 2008)

Wie sind nun die möglichen Konsequenzen der gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Konzentration auf die Erreichung des „höchsten Zieles Gesundheit“ einzuschätzen? Auf gesundheitspolitischer Ebene ist die Glorifizierung des Strebens nach Gesundheit als höchstem Ziel prekär:

„Weil Politik die Kunst des Abwägens ist. Ein höchstes Gut kann man gar nicht abwägen, dafür muss man immer alles tun – oder dies wenigstens behaupten. Erst durch tabulose, nüchterne und realistische Abwägung des hohen, freilich nicht höchsten Gutes Gesundheit würde Gesundheitspolitik endlich wieder möglich. Dazu aber bedarf es zunächst einer breiten gesellschaftlichen Debatte.“ (Lütz 2008)

Individuell kann die konsequente Verfolgung eines gesundheitsbewussten Lebensstils bedeuten, dass man genau das Leben führt, das man persönlich als glücklich und erfüllt bezeichnen würde. Verallgemeinern lässt sich diese Erkenntnis jedoch nicht. Wenn Gruppen oder Individuen mit gesundheitsmissionarischen Absichten phlegmatische „Couch Potatoes“ als Verschwender ihrer Lebenszeit und finanzieller Gesundheitsmittel betrachten, so können erstere wiederum als fanatische Gesundheitsapostel entlarvt werden, die ihr Leben unter Todesangst verbringen und nur noch vorbeugend leben. Doch, wie Lütz 2008 treffend bemerkt: „Auch wer gesund stirbt ist definitiv tot.“

Im Sinne einer in einem Rechtsstaat verankerten Freiheit zur Gestaltung des eigenen Lebens muß, selbst wenn die vermutete Lebenserwartung eines Menschen durch seine Aktivitäten oder Unterlassungen sinkt, sehr vorsichtig abgewogen werden, ob Gründe für eine Reglementierung oder auch nur zur Kritik wirklich vorliegen (vgl. Gartz 2006: 161). Denn was sind schnelle Autos, gut bezahlte, aber stressbehaftete Berufe wie die des Managers oder des Mediziners oder auch nur die Bereitschaft zur Organspende zu Lebenszeiten anderes als Risiken der Lebenszeitverkürzung? Stigmatisiert werden *diese* Merkmale jedoch nicht, eher im Gegenteil.

Langlebigkeit darf nicht zum Selbstzweck erhoben werden, nur jeder Einzelne für sich kann entscheiden, ob er lieber länger, aber eventuell entbehrensreich oder kürzer und (für ihn) genussvoller leben möchte (vgl. Gartz 2006: 161).

Ebenfalls denkwürdig sind die latenten Implikationen bezüglich unseres Menschenbildes, wenn von Gesundheit als höchstem und bedingungslos zu verfolgendem Gut ausgegangen wird: Wenn ein erstrebenswerter Zustand des menschlichen Daseins zwingend mit dessen Gesundheit verknüpft ist, was bedeutet das dann für all die, die das hochgesteckte Ziel niemals erreichen können? Ist ein chronisch kranker, unheilbarer, behinderter Mensch dann ein zweitklassiger Mensch? Tatsächlich ermöglicht die moderne Pränataldiagnostik in Kombination mit den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zur Abtreibung von Ungeborenen, eine Auslese nach Merkmalen der Gesundheit zu treffen, die vielen heute lebenden, durchaus glücklichen Menschen den Zutritt zum Leben verwehrt hätte (vgl. Lütz 2008).

Wäre ein Embryo, dem per Gentest eine 45 %-ige Chance auf ein späteres Auftreten von Übergewicht eingeräumt wird, besser oder schlechter dran, wenn er gar nicht erst auf die Welt käme?

Die Antwort muss hier lauten: Das kommt auf die Welt an, in die er geboren wird – und die wird auch und nicht zuletzt gestaltet durch die Aktivitäten, die wir an den Tag legen, um als unerwünscht definierte gesellschaftliche Zustände zu ändern.

2.2.2 Problemfeld Adipositas als Symbol der sozialen Differenzierung

Wann immer vor den als katastrophal angenommenen finanziellen Langzeitwirkungen des wachsenden Anteils übergewichtiger Menschen gewarnt wird, bleibt ein populärer Aspekt des Problems nicht lange ungenannt: Übergewicht sei vor allem ein wachsendes Problem der Unterschicht, der finanziell und sozial am schwächsten gestellten Gruppe der Bevölkerung. Präzise:

„Armut macht dick, unbeweglich und abhängig“

(Heier 2008, vgl. auch Mrusek 2008).

Wissenschaftlich seriös wird der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitszustand meist anhand zweier Ansätze untersucht. Der erste geht davon aus, dass der sozioökonomische Status den Gesundheitszustand der Betroffenen beeinflusst (d.h. dass Armut krank macht), der zweite argumentiert kausal genau entgegengesetzt und geht von einer Beeinflussung des sozioökonomischen Status durch den Gesundheitsstatus aus (d.h. hier lautet die Aussage: „Krankheit macht arm“). Präferiert wird zumeist der erste Ansatz (vgl. LÖGD 2003: 23). Armut macht nach diesem Ansatz krank, weil die unteren Schichten der Gesellschaft

- höheren psychischen und physischen Arbeitsbelastungen sowie
 - schlechteren Wohnbedingungen (verkehrsreiche Strassen, schlechtere Luft) ausgesetzt sind,
 - eine hohe Prävalenz gesundheitsgefährdenden Verhaltens aufweisen (Rauchen, Alkohol, mangelnde Bewegung,...) und
 - Vorsorge- und Früherkennungsprogramme in viel zu geringem Maße in Anspruch nehmen.
- (vgl. LÖGD 2003: 23f)

Die letzten beiden der genannten Punkte verweisen deutlich auf die Tendenz, die Angehörigen der unteren Schichten für ihren desolaten Zustand selbst verantwortlich zu machen. Die Ursachen des sozialen Abstiegs bzw. des nicht erfolgenden sozialen Aufstiegs der Menschen werden im Bereich eines falschen Umgangs mit Medien, falscher Ernährung, falscher Freizeitmuster und falscher Erziehung verortet (vgl. Schorb 2008a: 107).

In Medien und Politik dominiert daher das Bild des ständig fernsehenden, zu viel und zu fettig essenden, rauchenden, übermäßig Alkohol konsumierenden, kinderreichen, zu familiären Bindungen unfähigen, ungebildeten, unsportlichen, unmotivierten Unterschichtangehörigen, der sich als „White

Trash" selbst abgeschrieben hat, keine Zukunftsplanung für sich und seine Kinder betreibt und sich auch noch weigert, Hartz IV als reales Hilfsangebot zur Befreiung aus seinem Zustand zu begreifen. Das Fazit der durch das unverantwortliche Verhalten dieser Bevölkerungsgruppe finanziell „mit betroffenen“ Mittel- und Oberschicht lautet angesichts dieses Bildes: Nicht Armut macht krank, sondern Mangel an Disziplin. Konfrontiert mit der Unmöglichkeit, sich adäquat in die Lebenswelt der Betroffenen hineinzusetzen bleibt nur die Feststellung, dass die herrschende Armut der unteren Schichten direkte Folge ihrer als irrational und vor allem unmoralisch abzulehnenden Verhaltensweisen ist (vgl. Schorb 2008b: 111f). Mit dieser Sicht der Dinge erklären sich auch folgerichtig die daraus resultierenden Projekte und Bemühungen zur „Bekehrung“ der sozial Schwachen zu gesund lebenden, aktiven, sozialverträglichen Mitbürgern, die allesamt ein zentrales Anliegen verfolgen:

„Die in jeder Hinsicht maßlose Unterschicht soll diszipliniert werden.“ (Bartens 2008d)

Nicht zuletzt zu ihrem eigenen Vorteil soll beispielsweise das Gesundheitsverhalten der Betroffenen verbessert werden, diverse weitere Maßnahmen sollen letztendlich die gesundheitlichen Benachteiligungen der Unterschicht relativieren (vgl. LÖGD 2003: 24).

Einen ersten Anhaltspunkt, warum dieses Vorhaben im Kern krankt und weshalb all die angedachten und umgesetzten Maßnahmen hinter den in sie gesetzten Erwartungen zurück blieben, bietet eine genauere Durchleuchtung des in vielen Projekten verfolgten Ansatzpunktes, Kinder aus sozial schwachen Milieus im Hinblick auf ihren Lebenswandel zu beeinflussen.

Die Idee ist hier, durch Projekte wie gemeinsames einkaufen, kochen und essen in Kindergärten, Schulen und vergleichbaren Einrichtungen, den Kindern „gesunde Ernährung“ nahe zu bringen

und diese fest in ihrem Lebensstil zu verankern, d.h. einen Gegenentwurf zum unter Generalverdacht geratenen Speiseplan der Eltern zu bieten. Heier 2008 propagiert sogar Ganztageseschulen, um die Kinder möglichst komplett aus dem Einflussbereich der elterlichen „mangelhaften“ Erziehung zu entfernen und an alternative Ernährungs- und Bewegungsmuster heranzuführen. Zunächst fragt sich, welche Ernährungs- und Bewegungsmuster hier angesprochen sind? Es sind die gesellschaftlich auf breiter (mittelständiger) Basis als gut und richtig empfundenen, wertkonservativen Vorstellungen. Unter guter Ernährung werden alternativlos die in Wissenschaft und Politik vertretenen Zielvorgaben verstanden, deren Nichtbefolgung auch ebenso unvermeidlich zu nicht wieder gutzumachenden Schäden führt. Essen wird auf diesem Wege mit einem moralischen Filter belegt und in gute und böse Komponenten aufgeteilt. Verhaltensanweisungen sind dabei stets absolut: Gemüse ist in jedem Fall und in jeder Menge empfehlenswert, Zucker und Fett sind immer „böse“ (vgl. Schorb 2006: 108).

Das eigentliche Ziel ist eine Anpassung des (moralisch verwerflichen) Lebensstils der Unterschicht an den (moralisch akzeptierten) der Mittelschicht. Zusätzlich muss man sich fragen, wie wohl die Angehörigen der hier als Moralwächter tätigen Mittelschicht reagieren würden, wenn ihnen mehr oder minder offen die Erziehungskompetenz über ihre Kinder sowie jeglicher guter, angemessener Geschmack abgesprochen würde (vgl. Bartens 2008d)...

Kersh/Morone 2008 beschreiben die auslösenden gesellschaftlichen Prozesse folgendermaßen:

Im Ringen um eine Verortung der Verantwortung für die grassierende „Adipositas-Epidemie“ samt ihrer als horrend erwarteten Auswirkungen auf unsere Gesellschaft wird aufgrund ermittelter Prävalenzen die Unterschicht als Zielgruppe reformerischer Maßnahmen zur Verbesserung ihres maroden gesundheitlichen Zustandes auserkoren. Gruppen aus den oberen

Schichten treten als Reformer auf, die Heilsversprechen bei Befolgung der von ihnen entwickelten Verhaltensänderungen verkünden. Kersh/Morone nennen zwei Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit der USA, die nach ähnlichem Muster funktionierten: Das Verbot des Opiumrauchens 1870 als Reaktion auf die Angst vor chinesischen Immigranten und die Kokainpanik der 1910er Jahre, die auf Fantasien von drogenberauschten Afroamerikanern gründete. In beiden Fällen waren es ebenfalls Randgruppen, die von der amerikanischen Mittelschicht abgelehnt wurden und, da der rassistischen und elitären Konnotation nicht direkt Ausdruck verliehen werden konnte, als „dämonisierte Konsumenten“ bestimmter Produkte angegriffen wurden (vgl. Kersh/Morone 2008: 94).

Im aktuellen „Dämonisierungsprozess“ um die Verantwortung für den steigenden durchschnittlichen BMI der Bevölkerung wird nun die komplexe, multifaktorielle Ätiologie der Adipositas auf den Risikofaktor Verhalten reduziert und kulturell aufgeladen (vgl. Schorb 2008a: 113). Parallel zur geglückten Schuldadressierung an die moralisch verwerfliche Unterschicht dient dieser Mechanismus den oberen Schichten auch zur sozialen Differenzierung, nach dem Prinzip: „Wir sind die, die sich vernünftig ernähren und bewegen, die Anderen sind die, die alles falsch machen und deshalb zu dick sind“.

Auf diesem Wege, so Schorb, wird Adipositas als Klassen- und Unterschichtproblem definiert. Übergewicht generiert zum Symbol der neuen Unterschicht, zum sichtbaren Zeichen, zum idealen sozialen Abgrenzungsmerkmal (vgl. Schorb 2008a:114, sowie Bartens 2008d):

„In der aktuellen gesellschaftlichen Debatte über eine neue Unterschicht spielt Adipositas die Rolle eines mehrere Verhaltensweisen umschließenden Symbols für selbstverschuldete Armut.“ (Schorb 2008a: 107)

Der Kern des Problems ist somit, dass gerade durch Maßnahmen, die im Besonderen der Milderung des Übergewichtes und seiner Folgeerkrankungen unter sozial schwachen Menschen dienen sollen die erklärten Ziele der Maßnahmen (z.B. Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Betroffenen) verunmöglicht werden oder aber unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Hintergrundmotive als visionäre Ziele weltfremder Reformer entlarvt werden. Grund dafür sind die latent oder auch offen wirksamen, zugrunde liegenden Mechanismen der sozialen Differenzierung der Gesellschaftsklassen.

Was dieses Problemgefüge nun so folgenreich im Rahmen einer ethischen Bewertung macht, sind neben der eben dargestellten paradoxen Schleife, in denen von Entscheidungsträgern der Mittelschicht verfasste Hilfsprogramme für sozial schwache Übergewichtige zwangsläufig stecken, unter anderem zwei weitere Punkte: Zum einen die fragliche Basis der Behauptung, Adipositas sei ein Unterschichtproblem, zum anderen die Tatsache, dass sich die Verantwortungszuschreibung hier wie so oft gegen eine machtlose Minderheit richtet, die sich ihren gesellschaftlichen Status sicher nicht willentlich ausgesucht hat.

- Ist Adipositas ein Problem der unteren Schichten?

Aktuelles Zahlenmaterial

Zu Punkt eins ist zu bemerken, dass gerade im Rahmen der aktuellen Verzehrsstudie 2008 die medialen Stimmen (samt dem moralischen Zeigefinger) gegen die unmäßige Unterschicht wieder besonders erhoben wurden. Tatsächlich liegt auch eine Auswertung der Erhebung im Hinblick auf einen eigens entwickelten Schichtindex vor (vgl. BELV 2008b), jedoch fällt es relativ schwer, anhand des darin dargestellten Zahlenmaterials den Schluss nachzuvollziehen, die sozioökonomisch benachteiligten Mitbürger seien signifikant dicker als der Rest der Gesellschaft.

Die prozentuale Verteilung der Befragten gestaltet sich folgendermaßen:

- **7,3 %** wurden nach den angesetzten Methoden der **Unterschicht** zugeordnet.
- **74,4 %**, wurden der **Mittelschicht** zugeordnet (genauer: 14,6 % der unteren/31,4 % der mittleren/28,4 % der oberen Mittelschicht).
- **18,4 %** wurden der **Oberschicht** zugeordnet.⁴¹

(vgl. BELV 2008b: 4)

Damit lässt sich zunächst festhalten, dass die Beteiligung der Befragten aus der als Unterschicht definierten Gruppe an der vorliegenden Studie unterdurchschnittlich ausfällt.

Zu den ermittelten Zahlenwerten (alle Werte vgl. BELV 2008b: 8ff):

Die Übersicht über die Prävalenz von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas differenziert nach sozialer Schicht zeigt für **Männer** von 18-80 Jahren:

- 24 % der Unterschicht sind adipös, dagegen 25,3 % der unteren Mittelschicht und immer noch 21,4, % der mittleren Mittelschicht.
- Übergewicht haben 36,4 % der Unterschicht, aber 43,8 % der unteren/47,2 % der mittleren/45 % der oberen Mittelschicht und immer noch 48,9 % der Oberschicht.
- Insgesamt weist die Unterschicht mit 37 % Normalgewichtigen den zweithöchsten Wert in dieser Kategorie

⁴¹ Relevant für die Einteilung waren die Merkmale Ausbildung, jetzige/frühere berufliche Stellung des Hauptverdieners sowie das Haushaltsnettoeinkommen (vgl. BELV 2008b: 3).

auf, nur die Oberschicht hat mit 37,6 % anteilig mehr Normalgewichtige.

Der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen zusammen beträgt in der

- Unterschicht:	60,4 %
- Unteren Mittelschicht:	69,1 %
- Mittleren Mittelschicht:	68,6 %
- Oberen Mittelschicht:	65,3 %
- Oberschicht:	62,0 %

Damit zählen die Menschen aus der untersten und der obersten Schicht im Schnitt zu den schlanksten. Die These, dass Armut dick mache oder die Unterschicht überdurchschnittlich betroffen sei, ist aus diesem Zahlenmaterial nicht ganz so offensichtlich herauszulesen.

Bei den **Frauen** von 18-80 Jahren weisen tatsächlich mit 35,3 % die der Unterschicht zugeordneten Befragten die meisten Fälle von Adipositas auf, auch die Übergewichtigen sind hier in der Unterschicht mit 33,3 % die größte Gruppe.

Auf Ebene der Untersuchung des Body-Mass-Index (BMI)⁴² zeigt sich hier auch kein deutlicheres Bild: Wiederum weist die Unterschicht im Schnitt den zweitbesten BMI auf. Nur die Oberschicht ist nach diesem Maß durchschnittlich schlanker. Die Mittelschicht ist mit deutlich höheren BMI-Werten geschlagen.⁴³ Nur in Bezug auf das Körpergewicht der Frauen stimmt also die Theorie der dickeren Unterschicht. Ob dies schon Basis allgemeingültiger Aussagen sein sollte, bleibt fraglich. Vielmehr

⁴² Der Body-Mass-Index wird errechnet aus dem Quotienten Gewicht in kg/(Körpergröße in m)² und wird somit in kg/m² gemessen. Zur Vereinfachung der Darstellung wurde hier im Folgenden auf die Maßeinheit verzichtet.

⁴³ Konkret in Zahlen: Der BMI der Erwachsenen von 18-80 Jahren nach sozialer Schicht: Unterschicht: 26,7/ untere Mittelschicht: 27,4/mittlere Mittelschicht: 27,1/obere Mittelschicht: 26,9/Oberschicht: 26,3 (vgl. BELV 2008b: 9)

unterstützen diese vagen Zahlen die Theorie der *Wahrnehmung* der Adipositas als Problem der individuellen Selbststeuerung einer disziplinlosen Unterschicht durch reformerisch tätige, mittelständische Kreise, sowie die Politik und die Medien (vgl. Schorb 2006: 101).

- Was ist die „neue Unterschicht“ und wie kommt es zu ihrer Bezeichnung?

Als Unterschicht wird in demographischen Untersuchungen meist der Teil der Bevölkerung definiert, der aufgrund des nicht Erreichens festgelegter Grenzwerte in den Merkmalen (Aus)Bildung, berufliche Stellung und Haushaltsnettoeinkommen als im täglichen Leben mehrfach benachteiligte Gruppe ausgemacht wird. Die verwendeten Abgrenzungsmerkmale sind dabei sehr funktional ausgerichtet und fassen ein unter Umständen sehr inhomogenes Kollektiv von Bürgern zusammen, die außer diesen erhobenen Merkmalen oftmals keine weiteren signifikanten Übereinstimmungen ausweisen.

Im Zusammenhang mit der Diskussion um Übergewicht als Unterschichtproblem kommt hinzu, dass bestimmte pauschale Vorstellungen des „typischen“ Vertreters der Unterschicht als ad hoc Definitions- und Erkennungsmerkmale Anwendung finden, zum Beispiel das Angewiesensein auf staatliche Unterstützung, eine ungesunde Lebensweise oder eben starkes Übergewicht.

Es werden also auf diesem Wege scheinbar typische Verhaltens- und Lebensweisen von Bürgern, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, konstruiert und abgewertet, bzw. pathologisiert (vgl. Schorb 2006: 89).

Als „Unterschichtkultur“ wird dabei der als ungesund identifizierte Lebensstil der Betroffenen bezeichnet, der Begriff bezeichnet damit keinen gesellschaftlichen Alternativentwurf zur Kultur der Mittelschicht, sondern eine moralisch negativ belegte Abgrenzung zu ihm.

Schorb stellt nun in diesem Zusammenhang dar, dass die so bezeichnete „neue Unterschicht“, die auch in Deutschland gern als Brandherd des Adipositasproblems gesehen wird, nichts weiter als eine zugewiesene Fremdzuschreibung, ein politischer Kampfbegriff ist (vgl. Schorb 2006:101). Im Anschluss an die Untersuchungen von Charles Murray, der die wachsenden Transferleistungen des US-amerikanischen Wohlfahrtsstaates als verantwortlich für die Stabilisierung der Armut der Unterschicht verdächtigt, betrachtet Schorb auch die deutsche Praxis der finanziellen Sozialhilfe als Ursache einer sozial definierten Armut (vgl. Schorb 2006: 89f). Dabei verursache die wohlfahrtsstaatliche Logik, die den Menschen konsequent die Verantwortung für ihr Handeln abnimmt, erst die vorliegende Armut und ermögliche damit den Lebensstil, den die Betroffenen als einzig mögliche Konsequenz pflegen können.

Von einer freien Wahl im Hinblick auf die Lebensgestaltung und die Konsumgewohnheiten darf dabei laut Schorb 2008a nicht ausgegangen werden. Die Kosten für die Ernährung stellen in Armutshaushalten die größten täglichen Aufwendungen dar, so dass keinesfalls davon ausgegangen werden kann, dass ausgewogene, „mittelständisch“ als gesund erachtete Ernährung für Sozialhilfeempfänger problemlos möglich und nur eine Frage des Willens sei (119).

Zudem hat die Nahrungsaufnahme auch kulturelle, soziale und psychische Funktionen. Wenn Fast-Food-Ketten für Sozialhilfeempfänger bezahlbares Essen anbieten, dann stellt der Besuch dieser Restaurants eben die einzig mögliche Form dar, auch mal außer Haus zu essen, bzw. seinen Kindern „etwas zu bieten“ (119f, vgl. auch Beckert-Zieglschmidt 2005: 214f).

Von der Mittelschicht aus, d.h. auch von den Instanzen, die Maßnahmen gegen die „Epidemie“ Adipositas entwickeln, wird das Verhalten der definierten Unterschicht samt den sichtbaren Auswirkungen als Problem individueller Selbststeuerung wahrgenommen (vgl. Schorb 2006: 101), unter Ausblendung der Entstehungsbedingungen und der distinktiven Funktionalität des

Bestehens einer Unterschicht samt ihrer kulturellen Eigenheiten. Mit einem Atemzug wird damit durch die massive Installation von Abspeckprogrammen, die sich an Vertreter der Unterschicht richten den Betroffenen die Selbständigkeit abgesprochen und von ihnen zugleich massivste Eigeninitiative in Form von Lebensstilmustern gefordert. Auf Ebene der gesellschaftlichen Distinktion wird parallel auf ebenso paradoxe Weise einerseits auf die Lebensumstände der Unterschicht zur Abgrenzung gegen mittelständische Werte und Lebensweisen zurückgegriffen, andererseits aber durch Projekte, die geschmackliche und konsumorientierte Umerziehungsmaßnahmen von Kindern forcieren ebenso der Versuch unternommen diese Unterschichtkultur an mittelständische Wertvorstellungen anzupassen.

Um das behandelte Problemfeld abschließend zusammen zu fassen: Maßnahmen gegen Adipositas richten sich oft schon von ihrem Ansatz her gegen sozioökonomisch benachteiligte Menschen. Der Kampf gegen Übergewicht droht so zum kulturell aufgeladenen Klassenkampf gegen die schwächste Gruppe der Gesellschaft zu werden. Unreflektierte, mittelstandorientierte Reformabsichten zur Bekehrung der „undisziplinierten“ Unterschicht tragen weder die gewünschten Früchte, noch sind sie in ihren elitären Ansätzen, die die Lebensweise einer in ihrer Entstehung staatlich geförderten Minderheitengruppe verurteilt, moralisch vertretbar.

Wenn Forderungen aus dem gesellschaftlichen Bereich der Mittelschicht zur Bekämpfung von Adipositas auf Argumenten aufbauen, die Angehörige einer wie auch immer definierten „Unterschicht“ vor die paradoxe Tatsache stellen, dass ihnen unter Absprechung der Eigenverantwortlichkeit massive Lebensstiländerungen (die maßgeblich auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortung basieren) nahe gelegt werden, muss sich niemand wundern, dass die gewünschten Erfolge ausbleiben oder gar Protestverhalten auftritt.

2.2.3 Problemfeld wirtschaftliche Aspekte und Auswirkungen der Bekämpfung von Adipositas

In Kapitel 4.1. wurde bereits die Position der Industrie zwischen Umsatzchancen durch wachsendes Übergewicht in der Bevölkerung und vermehrt aufkommenden Forderungen nach Anpassung des Produktangebots an die herrschenden Vorstellungen von gesunder Ernährung dargestellt.

Bisher beziehen sich die gesetzlich verankerten Regelungen vor allem auf die Kennzeichnungspflicht der Produkte, es wird also eine immer genauere Aufschlüsselung der enthaltenen Rohstoffe, ihrer Herkunft und ihres Nährwertes angestrebt.

Immer lauter werden jedoch auch Forderungen nach weiterreichenden gesetzgeberischen Eingriffen in das Marktgeschehen, um Konsumenten vor „gesundheitsgefährdenden“ Lebensmitteln und anderen Produkten zu schützen.

Im Rahmen der so genannten verhältnispräventiven Maßnahmen, die nicht direkt am Betroffenen (oder gefährdeten) Bürger ansetzen, sondern sein Lebensumfeld von negativen Einflüssen auf die Gesundheit befreien sollen, wird meist mit drei Ansatzpunkten gearbeitet:

- Ökonomische Anreize und Sanktionen (Steuern, Subventionen)
- Passiver Schutz vor Umweltrisiken (Einschränkung des Zugangs zu ungesunden Produkten, Verkaufsverbote)
- Beeinflussung des gesundheitsbezogenen Informationsangebotes (Werbung kontrollieren, Gegenkampagnen)

(vgl. Schorb 2006: 75)

Konkrete Forderungen sind hier beispielsweise:

- Höhere Besteuerung ungesunder Lebensmittel.
- Subventionen in der Landwirtschaft sollen von der Gesundheitsförderlichkeit der Produkte abhängig gemacht werden.

- Gestaffelte Steuer auf Lebensmittel nach „Nährstoffe pro Kalorie“.
- Warnhinweise auf ungesunden Lebensmitteln (hochkalorisch und nährstoffarm).
- Werbeverbote für Lebensmittel in Kindersendungen (schon durchgesetzt in Schweden, Belgien, Irland)
- Verbot von Getränkeautomaten mit gesüßten Getränken an Schulen (schon durchgesetzt in Taiwan, Quebec.)
- Sonderabgaben für Fastfood.

(vgl. Schorb 2006: 75)

Was bei den umfangreichen und auf den ersten Blick folgerichtigen (im Hinblick auf die aktive Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes) Forderungen gern übersehen wird, sind neben der unklaren Wirksamkeit der Strategien die weit reichenden Folgen innerhalb des Wirtschaftssektors, die sich nicht selten auch bis auf den Geldbeutel des einzelnen Bürgers auswirken können. Wenn jedoch das Lebensumfeld gestaltet werden soll, um die Gesundheitsausgaben zu verringern, bzw. einen Anstieg zu verhindern, durch die ergriffenen Maßnahmen aber an anderer Stelle erhöhte Kosten auf den Staat und seine Bürger zukommen, wird im Grunde nur Augenwischerei betrieben, indem für gleich bleibende finanzielle Belastungen lediglich die Ursachen ausgetauscht werden.

a) Höhere Besteuerung von ungesunden Lebensmitteln

Bei einem juristischem Vorgehen gegen die Nahrungsmittelindustrie und weit reichenden gesetzlichen Auflagen im Hinblick auf Produktangebot oder -präsentation sowie die höhere Besteuerung von „ungesunden“, (aber nachgefragten) Produkten, ist mit einer deutlichen Verteuerung der Lebensmittel (z.B. durch so genannte „Twinkie Taxes“, d.h. „Sündensteuern“ auf

hochkalorische Lebensmittel) zu rechnen (vgl. Gartz 2006: 155f).

Innerhalb der Betriebe sind zusätzlich Entlassungen und Rationalisierungsprozesse zu erwarten.

Der deutliche Preisanstieg "ungesunder" Lebensmittel ist dabei zunächst keine ungewollte, sondern eine von den Befürwortern bewusst angestrebte Auswirkung. Schließlich sollen die Konsumenten ja zu gesundheitsbewusstem Kaufverhalten erzogen werden. Allerdings ist zu bedenken, dass ein deutlicher Preisanstieg zum Beispiel im Sektor des Fast Food und der Genussmittel (Schokolade, Chips,...) wiederum verstärkt die einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen trifft. Während die wohlhabende Mittelschicht und die Oberschicht entweder die höheren Preise zahlen, oder sowieso nicht davon betroffen wären, weil sie nicht im Fast Food Restaurant, sondern beim schicken Italiener speisen, würde der Unterschicht die einzig bezahlbare Chance auf ein Essen außerhalb der eigenen vier Wände genommen. Damit würden die Normalgewichtigen (Mittel- und Oberschichtangehörigen) vermutlich von den Einsparungen im Gesundheitssektor durch die allgemein sinkende Adipositasprävalenz mehr profitieren als sie unter den Preissteigerungen in den für die sowieso nicht attraktiven Marktangeboten leiden würden (vgl. Gartz 2006: 156f, sowie Schorb 2008a: 120f). Das Resultat wäre in diesem Falle ein deutliches Abwälzen des gesamtgesellschaftlichen Problems Adipositas auf die scheinbar des gesundheitlichen Lotterlebens überführten unteren Gesellschaftsschichten. Diese wären dann nicht nur mit der Stigmatisierung als unmoralische Dicke sowie den schon genannten abstrusen Forderungen der Anpassung des Lebensstils an die Vorstellungen der Mittelschicht geschlagen, sondern trügen dann auch noch den Großteil der finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen.

b) Mögliche Prozessflut gegen Firmen

Vor allem in den USA ist (durch die landestypische „Klagekultur“) die Frage nach den Auswirkungen von Verboten oder anderen regulativen Eingriffen gegen die Nahrungsmittelindustrie hoch diskutiert. Da gesetzliche Regelungen in irgendeiner Form begründet werden müssen, herrscht eine allgemeine Angst vor einer Prozessflut gegen die Industrie, wenn zum Beispiel stark zucker- und/oder fetthaltige Nahrungsmittel wie Schokolade pauschal als „schädlich“ deklariert würden. Der vermutete Effekt wird auch als „Slippery Slope“ bezeichnet: ein einschlägiges Urteil könnte eine Lawine an Klagen und Entschädigungsforderungen nach sich ziehen, weil Kunden sich über Jahre hinweg durch die abgewerteten Produkte einem schädlichen Einfluss ausgesetzt sehen könnten (vgl. Gartz 2006: 151f). Diese Tendenz zur gerichtlich ausgefochtenen Einforderung von Schadensersatzansprüchen beschränkt sich dann im schlimmsten Falle nicht auf die Lebensmittelindustrie, sondern dehnt sich auf weitere Branchen aus: Kino- und Videothekenbetreiber, Autohersteller, Sofahersteller (Stichwort „Couch Potatoe“), Hersteller von technischem Unterhaltungsequipment, von Bewegungshemmern wie Fernbedienungen, Aufzügen und Rolltreppen könnten in Zukunft betroffen sein (vgl. Gartz 2006: 152f) .

Die resultierenden Verfahrenskosten würden eine extreme Belastung für die Volkswirtschaft bedeuten und es ist zu vermuten, dass sie in ihrem Ausmaß mit den heute diskutierten Folgen des Übergewichts der Bevölkerung vergleichbar wären, wenn nicht sogar bedeutender. Diese Verfahrenskosten würden allen Bürgern als „Verfahrenssteuer“ aufgebürdet – ob diese durch sinkende Krankenkassengebühren wirklich ausgeglichen würden, bleibt fraglich (157).

Die Tendenz, Adipositas als ein Problem für den Geldbeutel des Steuerzahlers darzustellen, beinhaltet übrigens noch weitere Probleme (wirkungstechnischer und moralischer Art):

Zum einen fragt sich, ob nicht die höheren staatlichen Einnahmen im Falle der höheren Besteuerung in Kombination mit dem

weiter bestehenden breiten Konsum der besteuerten Produkte viel nutzbringender für die Staatskasse wären als eine reuevolle Gesundung und Erschlankung der Konsumenten. Oder, am Beispiel der Tabakindustrie aufgezeigt:

Raucher

- *verursachen* zwar externe Kosten, die zum Teil von der nicht rauchenden Bevölkerung getragen werden müssen,
- *finanzieren* aber durch hohe Steuern auf Zigaretten auch die Altersversorgung alternder (und älter werdender)

Nichtraucher

(vgl. Gartz 2006: 155)

Zum anderen kann eine extrem zynische Rechnung aufgemacht werden:

„Wer fett ist (isst), stirbt früher - ein Segen für die Kassen“ (Rühle 2003: 15)

Wenn die Auswirkungen des erhöhten Körpergewichts wirklich so gravierend sind, dass mit einer deutlich verkürzten Lebensdauer der Betroffenen gerechnet werden kann, fallen diese sehr viel früher aus den Kostenaufstellungen der Kranken- und Rentenkassen heraus. Diese utilitaristisch geprägte Argumentationsführung findet sich auch im Zusammenhang mit dem Konsum von Zigaretten. Gartz 2006 erwähnte eine in Tschechien durchgeführte Studie des Konzerns Philipp Morris aus dem Jahre 2000, in der Einsparungen im Gesundheitswesen durch die frühere Sterblichkeit von Rauchern unter der Rubrik „positive effects“ geführt würden (159).

Zusammenfassend hier nochmals die Konzepte und die wichtigsten Kritikpunkte in tabellarischer Form:

Maßnahme/Konzept

Internet

Probleme/Kritik

<p>„Tiger Kids“ – Adipositasprävention im Vorschulalter „FIT-KID“</p>	<p>www.tigerkids.de www.fitkid-aktion.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Resonanz selektiv, nur sowieso sensibilisierte Eltern interessiert. (Deuschle) - Ballettmädchen auf Homepage spricht Unterschicht nicht an (Deuschle)
<p>Elterninformation der AGA „OptiKids“ Schleswig-Holstein</p>	<p>www.a-g-a.de/Elterninfo.doc www.dge.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ziel der langfristige Installation ausgewogener Ernährung in allen kindlichen Lebenslagen ist zu hoch gesteckt (Deuschle) - Information allein etabliert keinen neuen Lebensstil, eher schon das Vorliegen von Extremereignissen. (Deuschle) - Frühzeitige Stigmatisierung: Schon Kleinkinder müssen merken, dass sie „anders“ sind als andere Kinder. (Bei zu geringer Korrelation zwischen kindlichem Übergewicht und Erwachsenen-Adipositas) (Schorb)
<p>„Fitnesslandkarte Niedersachsen“ (Klassen 1-10)</p>	<p>www.fitnesslandkarte-niedersachsen.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Körperliche Fitness wird als korrelierend mit sozialen und intellektuellen Fähigkeiten vermittelt. Benachteiligung von Übergewichtigen im Beruf wird damit indirekt gefördert. - Eigenverantwortlichkeit von Schülern für körperliche Leistungsfähigkeit bzw. Lebensstil wird angenommen. (Schorb)
<p>„FITOC“ Freiburg Intervention Trial for Obese Children</p>	<p>www.fitoc.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - fördert bloße Datenerhebung wirklich die Fitness? - gleiche Testreihen von 1.-10. Klasse unsinnig - Datenschutz? -Widerspruch zwischen Bemühungen und Streichungen im Rahmen des Schulportangebotes (GEW) - Stationäre Programme bergen die Gefahr, dass nach Heimkehr die alten Lebensgewohnheiten wieder aufgenommen werden. Schlechte Erfolgsraten trotz ambulatem Charakter von „FITOC“ verdeutlichen die Relevanz dieses Problems. (Deuschle)
<p>Maßnahmenkatalog der WHO – Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung... AGA - Leitlinien zur Therapie und Prävention der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen</p>	<p>www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070220_1?language=German www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Leitlinie-AGA-2004-09-10.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Frage nach der Durchsetzbarkeit der Vorschläge. Angebot gesunder Schulmahlzeiten am realistischsten. (Deuschle) - Tragweite der Forderung nach Abmilderung sozialer Ungleichheit? Illusorisch, Weltrevolution im Zeichen der Adiprvention? (Deuschle)
<p>und DAG - Nationaler Aktionsplan gegen Übergewicht Ökonomischer Ansatz über Rating-Agenturen von E. Preller Versicherungsprogramme</p>	<p>www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Nationaler-Aktionsplan-DAG.pdf nach Gartz 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Benutzung des Codes Geld gut, aber wie wirkungsmächtig sind die Mechanismen? (Deuschle) - Unfair, da viele andere Risikogruppen (z.B. Manager, Raucher...) nicht höher belangt werden, aber ebenso gesundheitsgefährdend leben
<p>Steuern</p>	<p>nach Gartz 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trifft genau die Zielgruppe, die sowieso schon finanziell schlechter gestellt ist. Unterschicht kann nicht ins teure Bio-landrestaurant essen gehen. (Gartz, Schorb)
<p>Regulatorische staatliche Maßnahmen</p>	<p>nach Kersh/Morone 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negative Auswirkungen auf Wirtschaft insgesamt, niemand verdient damit, wenn Bürger weniger essen. (Nestle)

3 Konsequenzen

Im Hinblick auf die Bewertung und Verbesserung der einzelnen Maßnahmen ergeben sich folgende Konsequenzen:

- Zielgruppenanpassung

Die Maßnahmen müssen besser an die anvisierten Zielgruppen angepasst werden. Wenn soziale schwache Betroffene angesprochen werden sollen, muss auf ihrer sprachlichen, materiellen und kulturellen Ebene gearbeitet werden (vgl. LÖGD 2003: 60ff). Die Zielsetzungen sollten die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigen. Der Umgang mit kulturellen Minderheiten, wie manchen Gruppen von Migranten, erfordert hier größtes Einfühlungsvermögen. Oft herrschen neben Sprachbarrieren auch sehr große Unterschiede, was die Körpernormen von Heimatland und Gastland betreffen. Michael Zwick spricht in diesem Zusammenhang vom notwendigen „kulturellen Anschlussvermögen“ der Maßnahmen (vgl. Zwick 2008: 8).

Jürgen Deuschle bemerkt zum Internetauftritt der Aktion „Tiger Kids“:

„Bezeichnend ist die Darstellung eines Ballett-Mädchens auf der Homepage (Link Elternseite). Welche Unterschichtfamilie mit zwei oder mehreren Kindern kann seine Kinder zum Ballett-Unterricht schicken? Dieses Bild ist ein Symbol für Oberschicht. Es ist ein Indiz dafür, dass die Sprache der Sender nicht die der Adressaten ist. Man sollte solche Bilder weglassen oder durch solche ersetzen, die der Lebenswelt (und den Möglichkeiten!!) der meisten Adressaten entsprechen.“⁴⁴

⁴⁴ Per E-Mail vom 13.02.2008

Daniela Schiek betont die Notwendigkeit der Anpassung der Präventivmaßnahmen an die Lebenswelt der Zielgruppe auch und vor allem bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – egal welcher Gesellschaftsschicht diese angehören. Die jeweils vorherrschenden Denk- und Handlungsmuster müssten dabei nachvollzogen werden, statt nur von oben herab doktrinierend tätig zu werden (vgl. Schiek 2008: 1).

Wie dann beispielsweise ein solches lebensweltlich angepasstes präventives Vorgehen in der Praxis aussehen kann, stellt Schorb 2006 vor: Statt Druck in Form von Forderungen nach Lebensstilwandel auf die Zielgruppen auszuüben, könnten gesunde Produkte so präsentiert werden, dass sie zu den problematisierten Lebensstilen passen (86). Um einen wirklichen Einfluss zu erreichen, müssten also laut Schorb Ansätze gefunden werden, gesundheitspolitisch „erwünschte“ Produkte zu „In-Produkten“ der Lebenswelt der Zielgruppe zu machen.

Erschwerend im Sinne einer Umsetzung dürften hier jedoch die Mechanismen der sozialen Differenzierung wirken: Solange Obst, Gemüse, Bioprodukte und Fitnesszubehör zum materiellen Werkzeug des Ausdrucks der Kultur von Mittel- und Oberschicht gerechnet werden (und damit der Abgrenzung zur „unfitten“ unteren Schichten dienen), besteht weder auf der einen, noch auf der anderen Seite ein Interesse daran, diese Symbolik aufzulösen.

Zum Thema Zielgruppenanpassung gehört auch die Klärung der Frage, wie das Ohnmachtsempfinden der Zielgruppen angesichts der oft nicht erfüllbaren Forderungen der Maßnahmenersteller vermieden werden kann. Das größte Problem scheint hier zu sein, dass Eigenverantwortung immer nur vom Individuum selbst kommen kann und zugewiesene Eigenverantwortung eine Ohnmachtserfahrung bedeutet (vgl. Schorb 2006: 102).

Statt soziale Ungleichheit durch immer besser berechnete Transferzahlungen auszugleichen, während gleichzeitig Verantwortungsübernahme im Bereich der persönlichen Gesundheit gefordert wird, sieht Schorb 2006 die Entspannung dieses Prob-

lemfeldes daher eher in der Bereitstellung gleicher Startchancen ins Leben, zum Beispiel durch Investitionen in Bildung und Gesundheit (103).

- Koordination der Maßnahmen

Die Koordination der Träger und ihrer Maßnahmen sollte verbessert werden, damit es nicht zu gegenseitigen Behinderungen kommt. Dazu gehört neben einem regen Austausch über Erfahrungen in Hinblick auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Zielgruppen auch die Aufbereitung und Veröffentlichung von in der Feldforschung erhobenem Datenmaterial.

Auch das bildungspolitische Vorgehen und die Einrichtung von Maßnahmen (z.B. „Fitnesslandkarte Niedersachsen“) muss besser koordiniert und auch einen Nenner gebracht werden.

Die Forderung nach mehr Eigeninitiative in punkto Fitness bei zeitgleicher Einschränkung der Möglichkeiten ist dabei genau das falsche Signal an die Heranwachsenden. Sinnvoller wäre hier in jedem Fall, die Rahmenbedingungen zu verbessern, statt den Betroffenen die Auswirkungen der Verschlechterung derselben vorzuhalten (vgl. IFS 2005, sowie Modder 2005)

- Ethische Erwünschbarkeit der Folgen vergegenwärtigen

Die Erwünschbarkeit der Folgen der Strategien muss im Vorfeld so sorgfältig wie möglich erörtert werden. Die eventuell latenten zugrunde liegenden Selbstverständlichkeiten im Hinblick auf Voraussetzungen und Ziele müssen bei der Konzeption von Maßnahmen erkannt und diskutiert werden.

Besonders relevant wird hier die notwendige Eröffnung einer Diskussion um Werte wie Gesundheit und Sicherheit. Denn diese Werte liegen allen Konzepten zur Prävention oder Behandlung von Adipositas als allgemein als gültig und erstrebenswert anerkannte Zielzustände zugrunde - dies jedoch, obwohl beide Werte in sich schwer zu konkretisieren sind. Gesundheit kann

nicht alleinige Zielfunktion eines menschlichen Lebens sein (niemand würde unter Annahme dieser Prämisse mehr Blut oder zu Lebzeiten ein Organ spenden). Gesundheit und die Wege zur Erreichung derselben müssen abwägbare Größen bleiben, bzw. werden, sonst wird sich die bereits herrschende Tendenz zur „Gesundheitsreligion“ ungefragt etablieren und der Wert Gesundheit wird als unantastbare Größe dem Einfluss der politischen Entscheidungsfindung mehr und mehr entzogen (vgl. Lütz 2008). Für die Individuen steht meist weniger eine existentielle Bedrohung durch lebensverkürzende Krankheitsfolgen im Vordergrund, wenn es um eine Abwägung von gesundheitlichen Risiken im Zusammenhang mit Übergewicht geht, als vielmehr die (unmittelbare) Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Leistungsfähigkeit oder der persönlichen Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten. Hier erscheinen einschneidende Maßnahmen, die den bisher gelebten Gewohnheiten kontraproduktiv gegenüberstehen oft schmerzhafter als die Vorzüge aus nebulo- lösen Gewinnen von so und soviel Lebensjahren. Es herrscht also ein Konflikt verschiedener Facetten des persönlichen Lebens (vgl. Bergmann et al 2005: 24) und dieser lässt sich nicht pauschal für alle Menschen unserer Gesellschaft abschließend lösen.

Deutlich wird dies, wenn man eine vordergründig vernünftige Aussage von Bundesminister Horst Seehofer im Vorwort der Nationalen Verzehrsstudie II kritisch überdenkt:

„Für Gesundheit und Lebensqualität sind gute Ernährung und richtiges Bewegungsverhalten essentiell.“ (BELV 2008: II)

Sicher, nur fragt sich welches die „gute“ Ernährung und das „richtige“ Bewegungsverhalten sind. Ganz abgesehen davon, dass Gesundheit und Lebensqualität noch von weiteren Faktoren abhängen, wie beispielsweise Zufriedenheit und individueller körperlicher Konstitution (die nicht ausschließlich der eigenen Verantwortung unterliegt). Konkret dargestellt:

Wenn also Person A 100 Jahre alt wird, indem sie jeden Tag 20 Kilometer joggt, keine Fleischprodukte zu sich nimmt und zweimal im Jahr fastet, bei absolutem Verzicht auf Alkohol und Tabak – und dieses Leben genießt kann deshalb Person B trotzdem auch 100 Jahre alt werden, indem sie Leistungssport meidet, isst, was ihr schmeckt und raucht – und dieses Leben genießt. Zudem: Selbst wenn eine der beiden Personen kürzer lebt als die andere – wer kann hier messen, wer letztendlich das bessere Leben hatte? Ist das absolute erreichte Alter ein Indiz für ein glückliches Leben? Zu dieser Frage könnte so mancher immobile und demente Altenheimbewohner sicher einige Denkanstöße geben. Wenn er denn noch könnten.

Wer sollte auch für den Einzelnen bestimmen dürfen, dass ihm zwei Lebensjahre mehr wichtiger und wertvoller sein sollten als ein bequemes Leben ganz nach seinen Vorstellungen?

Auch eine generelle Forderung nach der Aufhebung der Klassenunterschiede zur Verbesserung der Situation der Unterschicht ist beispielsweise weltfremd bzw. hätte in ihrer tatsächlichen Umsetzung vermutlich weiter reichende Konsequenzen als etwas gestiegene Gesundheitskosten durch Übergewichtige. Deuschle⁴⁵ bezeichnet so die erklärten Vorhaben der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter sowie die Forderungen im Nationalen Aktionsplan gegen Übergewicht der DAG, die sich jeweils auf die deutliche Abmilderung der sozialen Ungleichheit beziehen, als absolut illusorisch.

Nicht zuletzt sollten fair abwägend die Folgen der Stigmatisierungseffekte durch die breite Einrichtung von Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht bedacht werden, denn diese betreffen oft neben den Dicken auch andere Gruppen, die in ihren körperlichen Merkmalen vom propagierten Normalzustand abweichen.

Wenn, wie im Rahmen der „Fitnesslandkarte Niedersachsen“ schon Schulkindern vermittelt wird, dass das körperliche Erscheinungsbild mit sozialen und intellektuellen Fähigkeiten

⁴⁵ Per E-Mail vom 13.02.2008

korreliert, die für eine zukünftige berufliche Karriere bedeutend sind, wird damit genau genommen nicht nur den Übergewichtigen, sondern im selben Atemzug auch allen Körperbehinderten die Fähigkeit, in unserer Gesellschaft einen wichtigen Beitrag leisten zu können, abgesprochen.

Wenn dann zugleich die Annahme transportiert wird, dass SchülerInnen auch für körperliche Leistungsfähigkeit und damit für ihren Lebensstil selbst verantwortlich sind, wird dabei von sämtlichen sozial wirksamen Sozialisationseinflüssen abstrahiert. Die Heranwachsenden sehen sich unter Umständen einem Druck zur Eigenverantwortlichkeit ausgesetzt, der wahrlich kontraproduktiv in Selbstwertzweifeln und Essstörungen münden kann.

Schorb 2006 fordert daher, dass im Rahmen der Adipositasprävention statt der etablierten ausschließlichen Fixierung auf den BMI und der unvermeidlich daran anschließenden Verkündung von vermuteten Katastrophenszenarien die eigentliche Katastrophe endlich in den Blick genommen werden sollte: Die gesellschaftliche Diskriminierung Adipöser mit den Mitteln des repressiven Schönheitsideals, gesundheitspolitischer Panikmache und neoliberaler Anleitung zur Selbstführung (110). Im Gegensatz zur steigenden Zahl übergewichtiger Menschen, haben diese Effekte laut Schorb bereits deutlich epidemische Züge angenommen.

Allgemein und zur Verbesserung der Erstellung und der Wirksamkeit der Strategien sollten folgende Punkte verbessert und überdacht werden:

- Forcierung der Forschung zu Adipositas

Die Forschung zu Entstehung und Folgen von Übergewicht und Adipositas ist in jeder Hinsicht zu forcieren. Mit einer Vertiefung und Sicherstellung des Wissens über Entstehungsbedingungen von Übergewicht könnten kurative Maßnahmen wie

„FITOC“, die vordergründig wirksam sind, ihre Wirksamkeit aber nicht in den Alltag der Betroffenen retten können, verbessert werden. Forschungsbedarf besteht auch noch im Bereich der Sozialwissenschaften, etwa im Hinblick auf die Beeinflussbarkeit von Lebensstilen, denn Übergewicht ist kein rein medizinisches Problem, sondern wird vom sozialen Umfeld mitgeprägt. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich dann ebenfalls die Abfrage und Vertiefung des sozialwissenschaftlichen Feedback-Wissens über die Auswirkungen von Maßnahmen auf die Zielgruppen. Was sozial benachteiligte Menschen über die Bemühungen und Unterlassungen zur Förderung ihrer Gesundheit und Fitness denken, ist bisher kaum erforscht. Dies ist nicht nur Ausdruck einer angesichts der forcierten Forderungen an diese Zielgruppe zum Lebensstilwandel nicht angemessenen Ignoranz der Lebensumstände dieser Menschen, zugleich geht auch auf breiter Ebene die Möglichkeit verloren, sinnvolle Zielgruppenanpassung zu betreiben (vgl. LÖGD 2003: 63).

Einen wichtigen Teilbereich dieser Forschung bilden auch die Ernährungswissenschaften. Dabei sollten eindimensionale Schnellschüsse wie „Brokkoli macht schlank“ tunlichst vermieden und stattdessen Wert auf einen interdisziplinären Austausch gelegt werden. Letzteres ist vor allem im Hinblick auf eine Vereinheitlichung der Forschung in diesem Bereich wichtig. Die pauschale Aussage von Bundesminister Seehofer zum Thema gesunde Ernährung: „Alles was auf dem Acker wächst, ist gesund.“ (im Rahmen der Nationalen Verzehrsstudie II) zeigt par excellence die Probleme der Ernährungsberatung. Die gekochte Kartoffel mag noch als vernünftiges Nahrungsmittel bezeichnet werden, allerdings ist eine Ernährung, die nur auf Kartoffeln basiert auch nicht gesund. Und die frittierte Pommes ist wohl kaum noch als empfehlenswertes gesundes Nahrungsmittel zu bezeichnen. Zubereitung und Beilage sind neben den individuellen körperlichen Bedingungen der Verzehrer ebenso wichtig wie das Nahrungsmittel an sich. Wenn diese Aspekte sinnvoll in die Forschung Eingang finden sollen, darf

der Mensch mit seinem sehr individuellen Geschmack und seinen Eigenschaften der körperlich sehr variierenden Anforderungen an die Nahrungsmittelzufuhr nicht länger als „Störfaktor“ der Ernährungsforschung gehandhabt werden. Erst auf dieser Basis machen dann auch innovative Konzepte wie die Erstellung von „Ernährungsampeln“ zur Einschätzung des Nährwertes von Lebensmitteln wirklich Sinn (vgl. LifePR 2008).

Zudem sollten langfristig angelegte Erhebungen zur körperlichen Konstitution der Bevölkerung in Deutschland eingerichtet werden, wie sie in anderen Ländern längst Standard sind. Vertiefte Forschung und Erstellung von aussagekräftigem Zahlenmaterial sind unabdingbare Voraussetzungen um hinreichend sichere Entscheidungsgrundlagen zu schaffen, die zu tragfähigen Entschlüssen führen.

- Eingriffe in das Wirtschaftssystem sorgfältig abwägen

Auch geplante Vorgehen gegen die Nahrungsmittelindustrie sollten in ihren möglichen Auswirkungen genau geprüft werden. Da der Sektor den Gesetzen der freien Marktwirtschaft folgt, ergeben sich unter Umständen erhöhte unintendierte Folgekosten aus rigorosen Steuererhöhungen oder Verbotskampagnen in der Werbung.

- Entkopplung von Körpernormen und Fitness

Der Tendenz zur alleinigen Abwälzung der Verantwortung auf die unteren Gesellschaftsschichten sollte Einhalt geboten werden. Stattdessen sollten eher die sozialen Voraussetzungen für die Problematisierung der „Epidemie“ Adipositas angegangen werden, statt die Diskussion weiter als moralisches Abgrenzungsmerkmal der Mittel zur Unterschicht zu missbrauchen. So ist zum Beispiel Sorge zu tragen, dass die Merkmale Übergewicht bzw. moderate Adipositas und Spaß an Bewegung in der öffentlichen Wahrnehmung nicht länger als unvereinbar betrachtet werden.

Der laufende Abwehrkampf gegen prophezeite katastrophale Folgen sollte umgewandelt werden in eine aktive Gestaltung der Entwicklung hin zum Aufkommen und der Akzeptanz alternativer Körperbilder, die sowieso nicht mehr umkehrbar ist.

Körperliche Fitness, (also nicht messbare Ergebnisse, sondern Spaß an Bewegung) und gesunde Ernährung (d.h. nicht starre Vorschriften, sondern Ausgewogenheit und Abwechslung) sollten wenn schon, dann als Ziele für alle, nicht nur für identifizierte, verdächtige Untergruppen verfolgt werden und vom Phänomen Adipositas und Übergewicht diskursiv abgekoppelt werden, denn auch manch Normalgewichtiger ernährt sich ungesund und bewegt sich zu wenig oder findet keine rechte Freude am Leben (vgl. Schorb 2008b).

- Überdenken der Katastrophensemantik

Insgesamt sollte es angesichts des unklaren Zahlenmaterials und des unsicheren Forschungsstandes zu einem Überdenken der Katastrophen-Semantik („Adipositas-Epidemie“) vor allem in der politischen Debatte kommen. Panik zu schüren und damit sowieso schon körperlich belastete Menschen einem Generalverdacht auszusetzen, ist in keiner Hinsicht zielführend. Vor allem dann nicht, wenn Betroffene aus der schwächsten Bevölkerungsgruppe als unbelehrbare schwarze Schafe vorrangig zur Verantwortung gezogen werden.

4 Literatur

Bartens, Werner 2008a: Der Terror der Gesundesser, in: Süddeutsche Zeitung, 30.01.2008,
www.sueddeutsche.de/gesundheit/artikel/287/153891/print.html
(02.02.08)

Bartens, Werner 2008b: Bildung macht schlank, in: Süddeutsche Zeitung, 30.01.2008,
www.sueddeutsche.de/gesundheit/artikel/716/155311/print.html
(02.02.08)

Bartens, Werner 2008c: Keiner weiß, was gesund ist, in: Süddeutsche Zeitung, 30.01.2008,
www.sueddeutsche.de/gesundheit/artikel/709/155304/print.html
(02.02.08)

Bartens, Werner 2008d: Die dicken Unterschiede, in: Süddeutsche Zeitung, 30.01.2008,
www.sueddeutsche.de/gesundheit/artikel/689/155284/print.html
(02.02.08)

Beckert-Zieglschmid, Claudia 2005: Individualisiertes Gesundheitsverhalten? Soziale Strukturen, Peereinflüsse und Lebensstile als Einflussfaktoren des Ernährungsverhaltens Jugendlicher, in: Soziale Präventivmedizin, 50/2005, S. 206-217

BELV 2008a: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Nationale Verzehrsstudie II,
http://www.bmelv.de/cln_045/nn_1196770/SharedDocs/downloads/03-Ernaehrung/NVS2/NVS_Ergebnisbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/NVS_Ergebnisbericht.pdf
(30.04.08)

BELV 2008b: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Nationale Verzehrsstudie II, Ergänzungsband zum Ergebnisbericht, Teil1. Ausgewählte Ergebnisse nach Schichtindex,
http://www.bmelv.de/cln_045/nn_1196770/SharedDocs/downloads/03-Ernaehrung/NVS2/NVS_Ergaenzungsband,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/NVS_Ergaenzungsband.pdf
(30.04.08)

Bergmann, Karl E./Bergmann, Renate L./Richter, Rolf 2005: Epidemiologie der Adipositas von Erwachsenen in Europa, in: Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben?, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Brombach, Christine/Wagner, Ute/Eisinger-Watzl, Mari-
anne/Heyer, Alexandra 2006: Die Nationale Verzehrsstudie II,
in: Ernährungs-Umschau 53 (2006) Heft 1, S. 4-9

Campos 2004: The Obesity Myth, zitiert nach Gartz 2006

Gartz, Nina 2006: die Bekämpfung der Adipositas in den USA,
DISS,
http://edoc.ub.uni-muenchen.de/5503/1/Gartz_Nina.pdf
(07.04.08)

GEW 2005: „GEW kritisiert ‚Fitnesslandkarte Niedersachsen‘ und
fordert mehr Sportunterricht“, Pressemeldung von GEW Nieder-
sachsen
<http://bildungsklick.de/pm/20643/gew-kritisieret-fitnesslandkarte-niedersachsen-und-fordert-mehr-sportunterricht/> (07.04.2008)

Gransee, Carmen 2008: „Essstörungen, Körperbilder und Ge-
schlecht“ , in: Henning Schmidt-Semisch/Friedrich Schorb
(Hrsg.). Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte
des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas,
Wiesbaden: VS Verlag, S. 163-170

Hebebrand, Johannes et al 2004: Ist Adipositas eine Krankheit?
Interdisziplinäre Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt,
Jg.101, Heft 37, 10.9.2004, S.2468-2474

Heier, Magnus 2008: Armut macht dick, unbeweglich und ab-
hängig, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 29.01.2008
<http://www.faz.net/s/Rub8E1390D3396F422B869A49268EE3F15C/Doc~EB3CE47F88C742FDBCC73CB0E2BBFFC4~ATpl~Ecommon~Scontent.html>
(30.04.08)

IFS 2005: Institut für Sportwissenschaften Hannover, „Mit der
Fitnesslandkarte aus der Verantwortung stehlen“, Sportwissen-
schaftler aus Hannover kritisieren Minister,
<http://bildungsklick.de/a/22096/mit-der-fitnesslandkarte-aus-der-verantwortung-stehlen/Artikel> (07.04.08)

KPV: Immanuel Kant, Kritik der praktischen Vernunft, Hamburg:
Meiner 2003

Kersh, Rogan/Morone, James 2008: „Anti-Fett-Politik. Über-
gewicht und Staatliche Interventionspolitik in den USA“,
übers. v. F. Schorb, in: Henning Schmidt-Semisch/Friedrich
Schorb (Hrsg.). Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche
Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und
Adipositas, Wiesbaden: VS Verlag, S. 89-106

Korsten-Reck, Ulrike 2005: Ergebnisse eines ambulanten Inter-
ventionsprogrammes (FITOC) zur Therapie der Adipositas im Kin-

des- und Jugendalter, Habilitationsschrift, Medizinische Universitätsklinik Freiburg, Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin

Kuhr, Daniela 2008: Nur nicht hungrig einkaufen, in: Süddeutsche Zeitung, 30.01.2008, www.sueddeutsche.de/gesundheit/artikel/776/155371/print.html (03.02.08)

LifePR 2008: Antwort auf nationale Verzehrsstudie: Ampeln gegen Fehlernährung, www.lifepr.de/pressemeldungen/zentrum-fuer-ernaehrungskommunikation-und-gesundheitspublizistik-zek/boxid-30283.html (31.01.08)

LÖGD 2003(Hrsg.): Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Gesunde Kinder - gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe, lögd: Praxishefte, Band 4, Bielefeld: lögd

Lütz, Manfred 2008: „Erhebet die Herzen, beuget die Knie“, in: Die ZEIT, 17. April 2008, S.45f

Modder, Johanne 2005: „Fitnesslandkarte Niedersachsen stößt landesweit auf Kritik und Unverständnis“, <http://www.spd-kreis-leer.de/aktuell/nachrichten/meldungen/04222.php?page=&a=0&b=1&y=2005&m=&lv=> (06.03.08)

Mrusek, Konrad 2008: Nur in Hansestädten kommt es nicht so dick, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung 30.01.2008, <http://www.faz.net/s/Rub8E1390D3396F422B869A49268EE3F15C/Doc~E93DF00263ED47949AEB817D0EBDF7E0~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (30.04.08)

Nestle, Marion 2003: The Ironic Politics of Obesity, in: Science Nr. 299, 7.2.2003

Neumark-Sztainer, Dianne 1999: The weight dilemma: A range of philosophical perspectives, in: International Journal of Obesity (1999)23, Suppl.2, S.31-37

Rühle 2003: Das große Fressen und Gefressen werden, zitiert nach Gartz 2006

Schiek, Daniela 2008: Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Subjektive Deutungsmuster und Problemlagen, n.n. veröffentlicht

Schmidt-Semisch, Henning/Schorb, Friedrich 2008 (Hrsg.): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des ge-

gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas, Wiesbaden: VS Verlag

Schorb, Friedrich 2006: Gesellschaftliche Wahrnehmung und Behandlung von abweichendem Verhalten am Beispiel Übergewicht, Masterarbeit, Bremen 27.03.2006, www.zirn-info.de/indexp.html
(03.02.08)

Schorb, Friedrich 2008a: „Keine ‚Happy Meals‘ für die Unterschicht! Zur symbolischen Bekämpfung der Armut“ , in: Henning Schmidt-Semisch/Friedrich Schorb (Hrsg.). Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas, Wiesbaden: VS Verlag, S. 107-124

Schorb, Friedrich 2008b: Anmerkungen zu den „praktischen Vorschlägen zum Umgang mit den Risiken Übergewicht und Adipositas auf individueller, familiärer und systemischer Ebene“. Per E-Mail vom 15.01.2008

Setzwein, Monika 2004: Ernährung - Körper - Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext. Wiesbaden: VS Verlag

ZEIT Wissen 2008: Richtig Essen, Teil 1: Die Macht der Psyche, ZEIT Wissen Nr. 3/2008, S.12-23

Zwick, Michael 2008: Maßnahmen wider die juvenile Adipositas, Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung Nr.9 / März 2008