

Intervention

Friedrich Schorb

Schulen verbieten den Verkauf von Gummibärchen, Schokoriegeln, Chips und Cola. Kitas schreiben → Eltern vor, welcher Belag auf das Pausenbrot darf. Werbeverbote im Kinderfernsehen werden ebenso gefordert wie Warnhinweise, örtliche Verkaufsverbote und Steuern auf süße, fettige und salzhaltige Lebensmittel. Kurzum: Staatliche und zivilgesellschaftliche Maßnahmen, die einen kollektiven Gewichtsanstieg der Bevölkerung verhindern bzw. rückgängig machen sollen, werden vor dem Hintergrund des Bedrohungsszenarios der → *Adipositas-Epidemie* seit einigen Jahren erheblich intensiviert.

→ Prävention, schreibt der Soziologe Ulrich Bröckling, nehme das Individuum »als selbstverantwortlichen und kompetenten Agenten seines eigenen Lebens in die Pflicht« (214). Wenn dieses in die Pflicht nehmen aber nicht ausreicht, wenn die gewünschten Ergebnisse ausbleiben, weil die Bevölkerung sich nicht ausreichend reproduziert, zu viel trinkt und raucht, sich zu wenig bewegt, zu viel bzw. das Falsche isst und deshalb vermeintlich zu schwer ist, sind aus biopolitischer Sicht Interventionen notwendig, um das produktive Potential der Bevölkerung auszuschöpfen, gesellschaftliche Wohlstands- gewinne zu realisieren und in der ökonomischen Standortkonkurrenz zu reüssieren. Darüber herrscht in den gegenwärtigen Wettbewerbsgesellschaften grundsätzlich Konsens. Gestritten wird hingegen, wie diese Interventionen beschaffen sein sollen.

Aus wirtschaftsliberaler Perspektive wird das steigende Gewicht der Bevölkerung zwar als ein Problem angesehen, allerdings als eines, für das die unverantwortlichen Dicken selbst die Verantwortung zu tragen hätten. Vertreter*innen dieses Ansatzes setzen sich gegen staatliche Eingriffe ein (etwa in die Preisgestaltung von Lebensmitteln) und verurteilen diese als unzulässige Eingriffe eines außer Kontrolle geratenen *nanny state*. Um das Problem der kollektiven Gewichtszunahme zu lösen, müsse allein auf die freie und selbst- regulierende Entfaltung der Marktkräfte gesetzt werden. Denn nur dort, wo

dicke Menschen Nachteile bei der Krankenversicherung, dem Zugang zum Arbeitsmarkt oder in der alltäglichen Kommunikation und Interaktion befürchten müssen, steige ihre Motivation, Gewicht zu verlieren. Wo diese Ungleichbehandlung hingegen untersagt bzw. sanktioniert werde, falle auch der Anreiz weg, abzunehmen. Besonders etabliert ist diese Denkart in den USA. Allerdings gab es auch in Deutschland in den 1990er und den 2000er Jahren immer wieder Versuche, die Idee des ›Verursacherprinzips‹ mit Bezug auf hohes Körpergewicht, Rauchen oder der Ausübung von Extremsportarten in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen (Schorb et al.).

Aus einer progressiv-paternalistischen Sichtweise, die sich auf die Bekämpfung der → obesogenen Umweltfaktoren konzentriert, werden zwar zumindest rhetorisch auch die Markmacht großer Konzerne und andere soziostrukturale Hürden für den Zugang zu einer ausgewogenen Ernährung und zu mehr Bewegungsmöglichkeiten in der Freizeit thematisiert. Die Lösungsansätze hingegen zielen fast immer auf eine individuelle Verhaltensänderung. Entsprechend beinhalten die vorgeschlagenen Maßnahmen vorrangig Kampagnen gegen als ungesund eingestufte Lebensmittel, einschließlich Warnhinweisen sowie Verkaufseinschränkungen und Steuererhöhungen. Dies geschieht getreu dem Motto der Weltgesundheitsorganisation die gesündere zur leichteren Wahl zu machen, womit sprachlich zugleich zuverlässig die Dichotomie von dünn/gesund und krank/dick aufgerufen wird.

Aus einer wissenschaftlichen Perspektive wiederum versuchen Vertreter*innen einer Public Health-Perspektive Interventionen evidenzbasiert zu begründen (→ *Healthism*). Damit scheinen sie zumindest in ihrer Selbstwahrnehmung ideologischen Frontstellungen enthoben. Orientiert wird sich dabei maßgeblich am etablierten Vorbild der evidenzbasierten Medizin. Dieses Modell beruht auf der Annahme, dass nicht Erfahrungswissen, sondern nur belegbare Fakten, deren Erforschung auch nicht durch finanzielle, weltanschauliche oder persönliche Interessen korrumpt sein dürfen, für die Beurteilung medizinischer Maßnahmen maßgeblich sind. Die methodische Basis hierfür bilden die in der Medizin etablierten *Randomized Control Trial Studies* (RCTs). Dabei handelt es sich um Studien mit einer Interventionsgruppe, einer Kontrollgruppe und einer zufälligen Verteilung der Teilnehmer*innen (Kabisch et al.). Mit diesem sogenannten Goldstandard ließen sich Fragen der Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen besser vergleichen als beispielsweise mittels einer Befragung von Ärzt*innen oder Patient*innen, so die Annahme. Allerdings sind für komplexe Public Health-Interventionen Studien mit RCT oder vergleichbarem Evidenzstandard in

der Regel ungeeignet, weil das Kontrollieren für weitere Einflussfaktoren bei komplexen Fragestellungen wie z.B. Ernährungsinterventionen faktisch unmöglich ist. Dies führt zu folgendem Paradox: Je relevanter eine Fragestellung zu Public Health-Maßnahmen ist, umso weniger Studien mit dem gewünschten Standard stehen zu ihrer Beantwortung zur Verfügung (Barnes et al.).

Die Auseinandersetzung darüber, wie Menschen (zusammen) leben wollen, lässt sich mit Hilfe von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken oder gesundheitsökonomischen Kosten-Nutzen-Analysen ohnehin nicht lösen. Welches Verhalten gesellschaftlich als tolerabel gilt und welches nicht, sind Fragen, die am Ende politisch entschieden werden müssen. Studienergebnisse können in dieser Auseinandersetzung Argumente zwar unterstützen, aber keinesfalls ersetzen. Auf das Beispiel des gesellschaftlichen Umgangs mit einem hohen Körpergewicht übertragen bedeutet dies, die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Stigmatisierung dicker Menschen ernst zu nehmen. Getreu dem Motto der Medizin *primum non nocere* (zuerst einmal nicht schaden) sollte daher jede Intervention zunächst einmal daraufhin überprüft werden, ob ausgeschlossen werden kann, dass sie die Stigmatisierung dicker Menschen weiter verschärft. In einem zweiten Schritt lässt sich das Prinzip erweitern. Interventionen der → Gesundheitsförderung sollten immer auch darauf ausgerichtet sein, Marginalisierung und Diskriminierung zu überwinden.

Literatur

Barnes, Amy and Justin Parkhurst. »Can Global Health Policy Be Depolitized? A Critique of Global Calls for Evidence-Based Policy«. *The Handbook of Global Health Policy*, hg. von Garrett Brown et al., Wiley-Blackwell, 2014, S. 157-173.

Kabisch, Maria, et al. »Randomized Controlled Trials: Part 17 of a Series on Evaluation of Scientific Publications«. *Deutsches Ärzteblatt International* 108, 39, 2011, S. 663-668, <https://doi.org/10.3238/ärztebl.2011.0663>.

Schorb, Friedrich und Henning Schmidt-Semisch. »Gesundheitsförderung und sozialer Ausschluss«. *Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit*, hg. von Roland Anhorn und Johannes Stehr, Springer VS, 2021, S. 839-852, https://doi.org/10.1007/978-3-531-19097-6_31.

Weiterführend

Kersh, Rogan und James Morone. »Anti-Fett-Politik – Übergewicht und staatliche Interventionspolitik in den USA«. *Kreuzzug gegen Fette: Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*, hg. von Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb, Springer VS, 2008, S. 89-106, https://doi.org/10.1007/978-3-531-90800-7_6.

Schorb, Friedrich. »Ernährung als Gegenstand politischer Kommunikation«. *Ernährungskommunikation*, hg. von Jasmin Godemann und Tina Bartelmeß, Springer VS, 2021, S. 345-360, https://doi.org/10.1007/978-3-658-27314-9_14.