

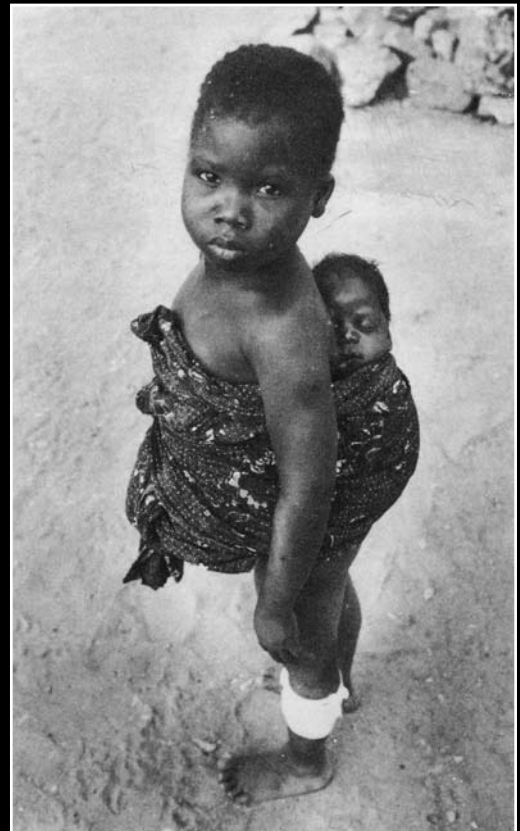
Anthropologie

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

hrsg. von/edited by: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM

Medizinethnologische Diskurse um Körpermodifikationen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin:

- Body Mass Index
- Wellness
- Anabolika
- Mensch und Ding
- Tätowierung und
Skarifizierungen
- Beschneidung
von Mädchen
und Frauen



Zum Titelbild/Front picture *Curare* 36(2013)1+2: *Brauch und Ritual: Die Kinder werden nicht gefragt./ Custom and Ritual: The Voice of the Children is not Requested.*

Photo taken from the booklet of Terre des Hommes, 1977, on the occasion of a press conference in Geneva, Switzerland: «Les mutilations sexuelles féminines infligées aux enfants», with the following words:

Tout enfant est unique, irremplaçable, / jamais vu sur terre auparavant / et que l'on ne verra jamais / sur terre ensuite. / Entité absolue et ultime d'humanité.

Each child is unique, irreplaceable, / never seen on earth before, / never to be seen again, / absolute and ultimate entity of mankind.

Die letzten Hefte:

Curare 35(2012)3: „Wa(h)re Medizin. Zur Authentizität und Kommodifizierung von Gesundheit und Heilung“, hrsg./ed.: GABRIELE ALEX, BETTINA BEER & BERNHARD HADOLT

Curare 35(2012)4: Objekte sammeln, sehen und deuten. Die Sprache der Objekte

Die nächsten Hefte:

Curare 36(2013)3 zur Ethnobotanik und Ethnopharmakologie

Curare 36(2013)4 zu Themen aus der Transkulturellen Psychologie

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – www.agem-ethnomedizin.de – AGEM, Herausgeber der *Curare*, Zeitschrift für Medizinethnologie • *Curare*, Journal of Medical Anthropology (gegründet/founded 1978)

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) hat als rechtsfähiger Verein ihren Sitz in Hamburg und ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Sie bezweckt die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschließlich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und Medizin-Soziologie zu intensivieren. Insbesondere soll sie als Herausgeber einer ethnomedizinischen Zeitschrift dieses Ziel fördern, sowie durch regelmäßige Fachtagungen und durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums die wissenschaftliche Diskussionsebene verbreitern. (Auszug der Satzung von 1970)



**Zeitschrift für Medizinethnologie
Journal of Medical Anthropology**



Herausgeber im Auftrag der / Editor-in-chief on behalf of:

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM
Ekkehard Schröder (auch V.i.S.d.P.) mit

Herausgebersteam / Editorial Board Vol. 33(2010) - 35(2012):

Gabriele Alex (Tübingen) gabriele.alex@uni-tuebingen.de // Hans-Jörg Assion (Dortmund) hans-joerg.assion@wkp-lwl.org // Ruth Kutalek (Wien) ruth.kutalek@meduniwien.ac.at // Bernd Rieken (Wien) bernd.rieken@univie.ac.at // Kristina Tiedje (Lyon) kristina@tiedje.com

Geschäftsadresse / office AGEM: AGEM-Curare

c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany
e-mail: ee.schroeder@t-online.de, Fax: +49-[0]331-704 46 82

Beirat/Advisory Board: Katarina Greifeld (Frankfurt) // Michael Heinrich (London) // Mihály Hoppál (Budapest) // Sushrut Jadhav (London) // Annette Leibing (Montreal, CAN) // Danuta Penkala-Gawęcka (Poznań) // Armin Prinz (Wien) // Hannes Stubbe (Köln)

Begründet von/Founding Editors: Beatrix Pfeleiderer (†) – Gerhard Rudnitzki (Heidelberg) – Wulf Schiefelhövel (Adechs) – Ekkehard Schröder (Potsdam)

Ehrenbeirat/Honorary Editors: Hans-Jochen Diesfeld (Starnberg) – Horst H. Figge (Freiburg) – Dieter H. Frießem (Stuttgart) – Wolfgang G. Jilek (Vancouver) – Guy Mazars (Strasbourg)

IMPRESSUM *Curare* 36(2013)1+2

Verlag und Vertrieb / Publishing House:

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster
Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin, Germany
Tel. +49-[0]30-251 04 15 • Fax: +49-[0]30-251 11 36
e-mail: info@vwb-verlag.com
<http://www.vwb-verlag.com>

Bezug / Supply:

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) enthalten. Einzelne Hefte können beim VWB-Verlag bezogen werden // *Curare* is included in a regular membership of AGEM. Single copies can be ordered at VWB-Verlag.

Abonnementspreis / Subscription Rate:

Die jeweils gültigen Abonnementspreise finden Sie im Internet unter // Valid subscription rates you can find at the internet under: www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html

Copyright:

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2013

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-773-5

Die Artikel dieser Zeitschrift wurden einem Gutachterverfahren unterzogen // This journal is peer reviewed.



Inhalt / Contents
Vol. 36 (2013) 1+2

**Medizinethnologische Diskurse um Körpermodifikationen
im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin**

herausgegeben von / edited by:
EKKEHARD SCHRÖDER

Die Autorinnen und Autoren in <i>Curare</i> 36(2013)1+2	3
EKKEHARD SCHRÖDER: Editorial: Medizinethnologische Blicke auf Körpermodifikationen	4

Artikel

Ausgewählte medizinethnologische Aspekte zum Thema Körpermodifikation

DEBORA LEA FROMMELD: „Fit statt fett“: Der Body-Mass-Index als biopolitisches Instrument	5
JULIAN HÖRNER: Wellness: Unhinterfragter Teil medizinischen Handelns?	17
WOLFGANG KRAHL: Körperbildner – Anabolika bei Drogenabhängigen im Maßregelvollzug	27
INGRID KLEJNA: Zwischen Leid und Dankbarkeit – eine medizinanthropologische Studie zu den alltäglichen Krankheitserfahrungen von Dialyse-PatientInnen in zwei österreichischen Krankenhäusern	36

Body Modifikation: Die Sprache der Tattoos

IGOR EBERHARD: „Unserer heutigen Welt ist es fremd geworden“. Zur theoretischen Konzeption von Tätowierungen am Beispiel der Darstellung Tätowierter bei Walther Schönfeld	46
CHRISTINA BRAUN: Zwischen Ästhetik und Identität: Zur kulturwissenschaftlichen Bedeutung von Tätowierungen in Deutschland	64
JOSEP MARTÍ: Körperveränderungen und die soziale Präsentation des Körpers am Beispiel von Äquatorialguinea	74
VALŠÍK J.A. & FAWZIA HALMY HUSSIEN: Popular Medicine and Traditional Mutilations in Egyptian Nubia. Part I and II (Reprint 1973), with annex (short communication): A Case of Tattooing for Treatment (Reprint 1971)	86

Forum: Diskurse um FGC/FGM

FAWZIA HALMY HUSSIEN: Genital Mutilation of Women in Egyptian Nubia. (Reprint 1973)	90
ALFONS HUBER: Genitalverletzungen afrikanischer Mädchen durch rituelle Eingriffe. Zur Problematik der weiblichen Beschneidung (Reprint 1971)	92
KLAUS FLEISCHER: Uvula-Exzision in Afrika. Ein traditioneller Brauch – auch heute noch lebendig (Reprint 1978) mit redaktineller Ergänzung	97
SAMIA AL AZHARIA JAHN: Zur Frage des zähen Fortlebens der Beschneidung der Frauen mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Sudan (Reprint 1980), redaktionell ergänzt und mit Anhang: Einige Bemerkungen zum Aufsatz ... (D. H. FRIESSEM, Reprint 1980)	101
MICHEL ERLICH: Infibulation und Phallizisierung der Vulva (Reprint 1984) redaktionell ergänzt	109
EKKEHARD SCHRÖDER: Beschneidung von Mädchen und Jungen. Vom Diskurs zur Aktion	114
ASSIA MARIA HARWAZINSKI: Beschneidung kontra körperliche Unversehrtheit. Eine interdisziplinäre Debatte um Religionsfreiheit kontra Menschenrecht berührt interkulturelles Medizinrecht	119
THOMAS SUKOPP: Weibliche Genitalverstümmelung. Schädliche Praxis, kulturellrelativistisch legitimiert, medizinisch sinnlos?	122

Konferenzberichte / Conference Reports

• Bericht zur 2 nd International and Interdisciplinary Conference on Health, Culture and the Human Body. Epidemiology, Ethics and History of Medicine, Perspectives from Turkey and Central Europe, 13–15 September 2012, Istanbul/Turkey (FRANK KRESSING)	134
• Die Frau im Zentrum. Bericht zur FIDE Jahrestagung, Würzburg, 22.–24.11.2012. (EVA KANTELHARDT)	136
• Final Conference of the Research Project “Mental Health and Migration” (Volkswagen-foundation), October 13–14, 2012, Berlin. (AZRA VARDAR, MIKE MÖSKO, SIMONE PENKA)	138
• WPA International Congress, Prague, October 17–20, 2012. (HANS ROHLOF)	140
• First International Conference on Cultural Psychiatry in Mediterranean Countries, Tel Aviv, 5–7 November, 2012. (HANS ROHLOF)	142
• 4 th International Symposium Mental Health in Developing Countries—Global Mental Health. 10 th November 2012 in Munich (WOLFGANG KRAHL)	144
• The International Migrants Day 2012. A Report, 18 th Dec., Hannover. (DAVID BRINKMANN)	148

Buchbesprechungen / Book Reviews

• Literaturhinweise zur Frage der weiblichen Beschneidung. Reprint aus <i>Curare</i> 5(1982). (EKKEHARD SCHRÖDER)	152
• ANNA KÖLLING 2008. Weibliche Genitalverstümmelung im Diskurs. Berlin (KATARINA GREIFELD)	153
• JÜRGEN WACKER 2011. Isaaks Schwestern. Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn 2011 (MARION HULVERSCHEIDT)	153
• JANNA GRAF 2012. Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Medizinethik. Göttingen. (EKKEHARD SCHRÖDER)	154
• HERBERT STEINBÖCK (Hg) 2011. Forensische Psychiatrie als Randkultur – zwischen interkultureller Spannung und multikultureller Integration. Lengerich. (ECKHARDT KOCH)	155
• CARSTEN KLÖPPER 2012. Aids und Religion – Der psychologische Beitrag von Buddhismus und Christentum zu Präventionsstrategien gegen die psychosozialen Folgen von HIV/Aids. Göttingen. (ALEXANDRA KRAATZ)	156

Résumés des articles de <i>Curare</i> 36(2013)1+2	158
--------------------------------------------------------------------	-----

Die Autorinnen und Autoren dieses Heftes

- CHRISTINA BRAUN, M.A., Volkskunde (Bamberg) christina.braun09@googlemail.com – S. 64
- DAVID BRINKMANN*, M.A., Ethnologe (Bonn) boni.brink@gmx.de – S. 148
- IGOR EBERHARD, M.A., Ethnologe (Wien) igor.eberhard@univie.ac.at – S. 46
- DEBORA LEA FROMMELD, M.A., Soziologin (Ulm) debora.frommeld@uni-ulm.de – S. 5
- KATARINA GREIFELD* Dr. phil, Medizinethnologin (Frankfurt) greifeld@gmx.de – S. 153
- ASSIA MARIA HARWAZINSKI, Dr. phil, Islamwissenschaftlerin (Tübingen) ajidomo@web.de – S. 119
- JULIAN HÖRNER, M.A., Volkskundler (München) julian.hoerner@gmx.de – S. 17
- MARION HULVERSCHEIDT, PD Dr. med, Medizinhistorikerin (Berlin) m.hulverscheidt@web.de – S. 153
- EVA KANTELHARDT, Dr. med, Gynäkologin (Halle) eva.kantelhardt@medizin.uni-halle.de – S. 136
- INGRID KLEJNA, M.A., Ethnologin (Wien) i_klejna@gmx.at – S. 36
- ECKHARDT KOCH*, Dr. med, Psychiater (Marburg) eckhardt.koch@t-online.de – S. 155
- ALEXANDRA KRAATZ, Dr. phil, Ethnologin (Bonn) akraatz@googlemail.com – S. 156
- WOLFGANG KRAHL*, Dr. med., Psychiater, Psychologe (München) drwkr@yahoo.de – S. 27, 144
- FRANK KRESSING*, Dr. hum. biol., Ethnologe (Ulm) frank.kressing@uni-ulm.de – S. 134
- JOSEP MARTÍ, Dr. phil, Ethnologe (Barcelona) jmarti@imf.csic.es – S. 76
- MIKE MÖSKO, Dr. phil, Psychologe (Hamburg) mmoesko@uke.de – S. 138
- SIMONE PENKA, M.A., Ethnologin (Berlin) Simone.penka@charite.de – S. 138
- HANS ROHLOF, Drs. med, Psychiater (Amsterdam) h.rohlof@centrum45.nl – S. 140, 142
- EKKEHARD SCHRÖDER*, Psychiater, Ethnologe (Potsdam) ee.schroeder@t-online.de – S. 4, 114, 152, 154
- THOMAS SUKOPP, Dr. phil, Philosoph (Siegen) sukopp@philosophie.uni-siegen.de – S. 122
- AZRA VARDAR, M.A., Ethnologin (Berlin) Azra.vardar@charite.de – S. 138

Autoren der Reprints

- MICHEL ERLICH, Dr., Psychiater u. Ethnologe (Paris) – S. 109
- KLAUS FLEISCHER, Prof. Dr.med., Tropenmediziner (Würzburg) luitgard.klaus.fleischer@t-online.de – S. 97
- DIETER H. FRIESSEM*, Dr. med, Psychiater (Stuttgart) – S. 108
- FAWZIA HALMY HUSSIEN, Prof. Dr. emer., Physical and Archeological Anthropology (Kairo) – S. 86, 90
- (†) ALFONS HUBER*, Prof. Dr. med, Gynäkologe u. Tropenmediziner (Innsbruck) – S. 92
- (†) SAMIA AL AZHARIA JAHN*, Dr. med., medizinische Forschung, GTZ, Märchenforschung – S. 101
- (†) J.A. VALŠÍK*, Prof. Dr., Physische Anthropologie und Humangenetik (Bratislava) – S. 86

* Mitglieder der AGEM

Zum Titelbild & Impressum	U2
Hinweise für Autoren/Instructions to Authors	U3

Redaktionsschluss: 12.04.2013, Redaktion und Endlektorat EKKEHARD SCHRÖDER
 Die Artikel der *Curare* werden einem Reviewprozess unterzogen / The journal *Curare* is a peer-reviewed journal

„Fit statt fett“: Der Body-Mass-Index als biopolitisches Instrument*¹

DEBORA LEA FROMMELD

Zusammenfassung Seit die WHO 1997 eine weltweite Fettepidemie ausgerufen hat, werden Übergewicht und Fettleibigkeit als wichtige Aufgaben des Gesundheitswesens behandelt. In der Folge beschreiben zahlreiche Studien die „gewichtige“ Rolle des Body-Mass-Index (BMI) als wichtigsten Indikator für Körperfett und Prädiktor für Morbidität und Mortalität. Basierend auf einer Analyse ausgewählter historischer europäischer und US-amerikanischer Texte aus medizinischer und statistischer Fachliteratur, Ratgeberliteratur und Werbung soll im Folgenden aufgezeigt werden, dass unsere Definition von Übergewicht eine biopolitische und globale Konstruktion mit einem langen historischen Vorlauf ist.

Schlagerwörter BMI – Quetelet – Public Health – Fettepidemie – Übergewicht – Fettleibigkeit – Biopolitik

„Fitness instead of fatness:“ The Body-Mass-Index as an instrument of power

Abstract Since 1997, when the World Health Organization (WHO) declared the “global obesity epidemic,” “overweight” and “obesity” are treated as serious public health problems. Subsequently, numerous studies explore the “weighty” role of the Body-Mass-Index (BMI) as the most important indicator of body fatness and predictor of morbidity and mortality. Based on an analysis of selected historical European and US-American documents (medical and statistical textbooks and articles), self-help-books and advertisement, I claim that our definition of “obesity” is a bio-political, global construction with a long historical background.

Keywords BMI – Quetelet – Public Health – fat epidemic – overweight – obesity – technologies of power

Einleitung

„Ampelfarben“, eine „Nationale Verzehrstudie“ und ein „Nationaler Aktionsplan Ernährung und Bewegung IN FORM“ stellen aktuelle Strategien der deutschen Politik dar, Übergewicht als Problem zu formulieren. Bei allen drei genannten Initiativen geht es um die hohe Anzahl übergewichtiger deutscher Bürger (BMELV a, b; BMELV/BMG 2008; KÜNST 2006). Die „Ampelfarben“ sind ein Kennzeichnungssystem für Lebensmittel und sollen auf den Verpackungen angebracht werden, um zur schnellen Erkennung von „gesunden“ und potenziell „ungesunden“ Nahrungsmitteln beizutragen. Die „Nationale Verzehrstudie II“ untersuchte von 2005 bis 2007 das Ernährungsverhalten der deutschen Bevölkerung. Der Aktionsplan „IN FORM“ soll deutsche Bürger erreichen und formuliert „besser essen und mehr bewegen“ als Ziel (BMG 2007). Immer dann, wenn es in diesen Kontexten um die in der Öffentlichkeit diskutierte Frage des Gewichts geht (Unter-/Übergewicht, Normal- oder Idealgewicht, Wohlfühlgewicht) oder aber einfach nur um

den ästhetischen Körper, sticht ein besonderes Instrument hervor – der so genannte Body-Mass-Index (BMI).

Mithilfe des BMI wurden bereits 2004 der „dicke deutsche Körper“ und jüngst dessen Antipode, der dünne „Hungerhaken“, in die Diskussion gebracht. So hat beispielsweise die vormalige Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, RENATE KÜNST im selben Jahr in ihrer Regierungserklärung und ihrem Buch „Die Dickmacher“ dargelegt, „warum die Deutschen immer dicker werden und was wir dagegen tun müssen“ (KÜNST 2004). Ein BMI von über 25 wurde darin als Indiz für Übergewicht aufgeführt, Übergewicht zum Problem erklärt und der „Kampf gegen das Fett“ in Deutschland eingeläutet, denn im EU-weiten Vergleich gelten die Deutschen als „dickste Europäer“ (SPIEGEL.ONLINE 2007). Doch nicht nur um die „Dicken“ dreht sich die Debatte. Auch Untergewicht gelangt nicht erst durch Initiativen wie die des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), („Leben hat Gewicht“) oder der Frauenzeitschrift Brigit-

* Überarbeiteter Vortrag auf der „25. Fachkonferenz Ethnomedizin: Diskurse um Körpermodifikationen im interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie und Medizin. Heidelberg, 8.–10. Juni 2012“.

te („Ohne Models“) in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Beide Kampagnen richten sich gegen die mediale Inszenierung von Schlankheit, die durch einen niedrigen BMI-Wert symbolisiert wird und weit über die Laufstege der Modeindustrie hinaus als Kriterium für Schönheit dient.

Fahndet man nach dem „normalen“ oder „idealen“ Körper, fällt auf, dass sich BMI-Werte inzwischen zum obligatorischen Maßstab etablieren konnten. So reißen in den Medien Meldungen über „zu dicke“ oder „zu dünne“ Personen nicht ab, Jugendliche (laut BMI eigentlich untergewichtig) tauschen sich in Internetforen aus und feiern ihren Wert unter 18,5 – auf der anderen Seite führt ein BMI-Wert von über 25 zum Dauergrund für Diäten. Selbstdisziplinierungstechniken (Diät-/Fitnessprogramme, chirurgische Eingriffe wie Fettabsaugung/Magenverkleinerung), die körperbezogene „Sorge um sich“ und eine entsprechende „methodische Lebensführung“ (i. S. der berufliche Erfolg geht mit einem fiten Körper einher) stellen somit einen Körperdiskurs dar, bei dem sich das normale bzw. ideale Körpergewicht in einem bestimmten Bereich (BMI-Wert zwischen 18,5 und 24,9) befindet. Daraus generiert sich ein spezifisches Körperwissen, das sich in verschiedenen Diskursen niederschlägt. Wie aus der (historischen) Analyse deutlich wird, verbinden sich damit vier charakteristische Dichotomien (normal/nicht-normal, gesund/krank, schön/nicht-schön sowie dünn/dick). Daraus lässt sich die Existenz eines spezifischen BMI bezogenen Körperwissens ableiten. Doch wie entsteht das diskursive Wissen um den BMI? Und wie kommt es dazu, dass der BMI auch von der (Gesundheits-)Politik entdeckt und zum biopolitischen Instrument werden konnte?

Das Konzept der Biopolitik

Im Folgenden wird von der Hypothese ausgegangen, dass der BMI ein biopolitisches Instrument ist. Foucaults Konzept der Biopolitik eignet sich deshalb besonders gut, weil es auf der zentralen Annahme beruht, dass durch eine bestimmte Art der Machtausübung, die hier in Vermittlung eines normativen Körperwissens besteht, Individuen und Gesellschaften „regiert“ werden können (FOUCAULT 1992, 1994: 254, 2005a). Im Anschluss an ein solches Verständnis von Macht und Biopolitik soll

im Folgenden die Frage gestellt werden, ob und in welcher Weise der Index von Quetelet² – oder wie man heute sagt, der BMI – ein biopolitisches Instrument ist, durch das heute gesellschaftliche Machtverhältnisse in den Körper übergehen können. Wie zu zeigen sein wird, spielt dabei eine Grenzziehung, deren Maßstab die Gaußsche Normalverteilung ist und die über den BMI gelenkt wird, eine besondere Rolle. Dazu folgt zunächst die Geschichte des BMI, die den Bogen vom 19. Jahrhundert bis heute, dem Zeitalter des „Schlankheitskultes“ spannt.

Adolphe Quetelet und die Geburt des BMI

Der Mathematiker und Statistiker ADOLPHE QUETELET (1796–1874) stieß bei der Erfassung zentraler Körpermerkmale von knapp 6000 Soldaten (u. a. Körpergröße und -gewicht) auf gewisse Regelmäßigkeiten (ENCYCLOPÆDIA BRITANNICA 1999: 205; QUETELET 1914: 42f; SPF ECONOMIE 1998/2008; REICHESBERG 1893: 496). Diese Messungen führte er im Auftrag der belgischen und französischen Regierung sowie von ersten Lebensversicherungsanstalten durch. Wie für das 19. Jahrhundert typisch, verwendete Quetelet als zentrales Prinzip die Wahrscheinlichkeitsrechnung und Gaußsche Normalverteilung (DESROSÈRES 2005: 74; HACKING 1999: 106f). Im Anschluss an seine Messungen vermutete er „(...) die Wirklichkeit einer typischen Form, von der jede Abweichung als eine Unregelmäßigkeit betrachtet werden muß“ (QUETELET 1914: 45). Die Werte unterhalb der „Glocke“ der Normalverteilung stellten für Quetelet durch die Natur bedingte Körpermaße dar und streuten sich hauptsächlich um den mittleren Wert (QUETELET 1914: 46ff, 1921; REICHESBERG 1893: 493). Die Beobachtung dieser Werte ließ ihn schließlich auf die berühmte Formel stoßen; zu einer generell feststehenden Formel führt Quetelet diese Überlegungen jedoch nicht aus (vgl. KEYS *et al.* 1971: 340). Er beschrieb, dass:

„(...) die Gewichte bei den ausgewachsenen Personen von verschiedener Größe ungefähr wie die Quadrate der Größe sich verhalten“ (QUETELET 1921: 90).

Das Ziel Quetelet war es, die Wesensstruktur einer Masse mit statistischen Mittel zu beschreiben, den Idealtypus herauszufiltern und Abweichungen („Extreme“) deutlich zu machen (ebd.). Diese Verknüpfungen mündeten damit in eine Formel, die für

jede Gruppe und jede Nation eine bestimmte durchschnittliche Körperproportion beschrieb und somit den spezifischen *mittleren Menschen* definitiv greifbar machte. Das Konzept des *homme moyen* führte Quetelet schließlich als abstrakten Repräsentanten der Gattung Mensch sowie als ästhetisches und moralisches Leitbild ein (QUETELET 1914). Es verkörpert den durchschnittlichen Menschen als Träger dieser Eigenschaften. Für die regelmäßigen Körper(maße) setzte er in beide Richtungen Grenzen (QUETELET 1914: 46ff, 1921). Alle Werte jenseits davon sollten als (gesundheitsgefährdende) Abweichungen betrachtet werden (ebd. und 1921; REICHESBERG 1893: 496). Diese spezifischen Deutungen klangen in der Folge stets mit, wenn es um das Körpergewicht ging. Dieser Zusammenhang wird sich nun verdeutlichen, wenn die drei Diskurse, die die Historie des BMI formieren, näher dargestellt werden.

Drei Diskurse oder die soziale Geschichte des BMI

Statistik, Medizin und soziokulturell begründbare Komponenten bilden den historischen Komplex, der nur ineinander verwoben zum heutigen Begriffsverständnis des BMI führt.

Politik, Gesellschaft und die Zahlen: Der Zugang über den „Generator“ Statistik

Aus dem Bestreben heraus, den Staat beschreiben, verwalten und kontrollieren zu können, entstand im 17. und 18. Jahrhundert die amtliche Statistik, welche im Zusammenhang mit dem BMI und Biopolitik von besonderem Interesse ist (SCHNEIDER 2007a, b). Diese Form der Statistik gründete auf dem Gedanken, Herrschaft zu vereinfachen, indem Verwaltung und Kontrolle der bestehenden Verhältnisse wichtige Instrumente wurden (DESROSIÈRES 2005). Vor allem in Frankreich wurde dieses Prinzip der Regulierung, Maßgabe und Lenkung vorangetrieben, damit die absolutistischen Machtinhaber die gesellschaftliche Entwicklung besser voraussehen und eingreifen konnte (BONSS 1982: 70f). Vor dem Hintergrund dieser politischen Veränderungen – die heute als Vorboten der französischen und industriellen Revolution in Frankreich und England gedeutet werden können – entwickelte Abraham DE MOIVRE (1667–1754) die Prinzipien der Nor-

malverteilung³ inklusive ihrer graphischen Darstellung. Bis dato war der Gedanke einer natürlichen, gottgegebenen Ordnung im Fundament des wissenschaftlichen Diskurses eingegossen. Pierre-Simon LAPLACE (1749–1827) und Johann Carl Friedrich GAUSS (1777–1855) begannen im 18. Jahrhundert diese „Tatsache“ der göttlichen Ordnung mathematisch zu fundieren, also objektiv messbar zu machen (DESROSIÈRES 2005: 70ff). Aus heutiger Sicht zeigt sich, dass sowohl die laplaceschen, als auch die gaußschen Arbeiten sich am nachhaltigsten auf das Konzept des *homme moyen* auswirkten, weil die Normalverteilung, definiert durch Durchschnitt und Standardabweichung, sich als Grundbaustein für die Statistik des 19. Jahrhunderts erweist (DESROSIÈRES 2005: 74; HACKING 1999: 106f). Dieses „Ausgangsmaterial“ ließ Quetelet⁴ gewissermaßen auf den BMI „stoßen“ und bildet aus heutiger Sicht einen weiteren historischen Hinweis in der Genealogie des BMI. Zentral ist hier die Entwicklungsgeschichte des dichotomen Begriffspaars „normal“ bzw. „nicht-normal“. Unmittelbar greifbar wird der Ausdruck „normal“ im Kompositum „Normalverteilung“ und gilt dort als Synonym für eine „gaußoid“ verlaufende, glockenförmige Kurve (LINK 1999, 2006). In diesem Kontext sprach Quetelet von einer „Normalgröße“ oder „typischen Größe“, die der *mittlere Mensch*⁵ aufweist. Mitte des 19. Jahrhunderts griffen Enzyklopädiern einen daran gekoppelten Eintrag auf, die Notiz verweist auf *Norm*⁶: „(lat. ‚norma‘) 1) Richtmaß, Winkelmaß; – 2) Richtschnur, Regel, Vorschrift, Muster; daher normal, was regelrichtig, einem gegebenen Muster oder einer gefassten Idee von Vollkommenheit entsprechend ist“ (MEYER’S CONVERSATIONS-LEXIKON 1853: 1093)⁷. „Normalistische“ Tendenzen zeigten sich grundsätzlich auch im Prozess der „Normung“ innerhalb eines Diskurses⁸, der für den Zeitraum kurz vor und während der Industrialisierung typisch war, als Quetelet mit seinen Untersuchungen begann (vgl. LINK 1999: 193). Auf diese Weise zeigte sich, wie der diskursive Komplex „normal“ in den vielfältigen Strukturen der Gesellschaft nach und nach zu einer grundlegenden, etablierten Bemessungskategorie wurde (z. B. „Normalarbeitstag“, „Normalpreis“, aber auch die „Normalkleidung“) (LINK 2006: 218f, 274f). Für Quetelet ergab sich während seiner Arbeiten folgende „logische“ Verknüpfung⁹: Die statistische Semantik von „normal“ kommt dem „Durchschnitt“ gleich. Daraus entspringt wiederum

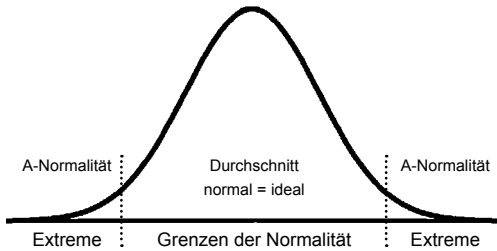


Abb. 1: Typische Gaußsche Normalverteilung im Protonormalismus¹⁰ (QUETELET)

die Deutung „normal-ideal“ (bzw. der Schluss von normal auf ideal) – kurz, die Gleichung *normal* = *Durchschnitt* = *ideal*. Auf die graphische Darstellung der Gaußschen Normalverteilung bezogen, formiert diese Aussage sich im mittleren Bereich, wie die Abbildung (Abb. 1) zeigt.

Um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert und in der Folgezeit setzte sich im Bewusstsein der Menschen zunehmend durch, die Jenseitigkeit der Grenzen von „normal“ wahrzunehmen, auf diese zu achten und gleichzeitig zu vermeiden (z. B. das „anormale“ Kind, Disziplinierung in der Schule) (LINK 1999: 220, 2006: 303; VON STECHOW 2004). Gleichzeitig erhob sich die Norm als vermessbarer Durchschnitt zur Normalität und das politische Bestreben, das gesellschaftliche Wohl zu schützen, rechtfertigte sozialhygienische Maßnahmen, die sich gegen Abweichungen von der Norm richteten (z. B. Kriminalität) (CANGUILHEM 1992: 162; EWALD 1993: 205f; LINK 1999: 127).

Medizin: Hygiene und Ernährung im Fokus

Skizziert man im historischen Verlauf vom späten Mittelalter¹¹ über die Renaissance bis kurz vor Beginn der Aufklärung auch den Bezug von Krankheit und Gesundheit zueinander, fällt auf, dass aus dem eher passiven Charakter des Vermeidens von Krankheit und einem starken Jenseitsbezug das aktive Bekämpfen und Heilen von Krankheit wurde, woraus schließlich über die Wiederherstellung der Gesundheit hinaus die Verbesserung von Gesundheit in den Fokus der Aufmerksamkeit rückte (ECKART 1998: 114; KLEINSPEHN 1987: 43; LABISCH 1992: 42ff). Indem es galt, den Organismus so zu stimulieren, dass die „individuelle Lebenskraft“¹² gestärkt wurde, verstand man Krankheit als Stör-

faktor in einem geschlossenen System. Der normierende Druck, der spätestens ab Anfang des 19. Jahrhunderts von der Medizin ausging, lief auf eine zunehmende Standardisierung (im gesamten Wissenschaftsbereich) hinaus – sozusagen traten „harte“ Fakten wie Kurven, Graphen und Zahlen an die Stelle von „weichen“ Ratschlägen zur Gesundheitsfürsorge (ECKART 1998; NOACK *et al.* 2007). Eine solche Beschreibung machte Gesundheit wie Krankheit messbar. Weil der persönliche Gesundheitszustand über den eigenen Körper sichtbar und messbar wurde, wuchs die Bedrohung von außen – das Individuum wurde also zur Projektionsfläche biopolitischer Erwartungshaltungen. Deshalb lassen sich die Maßnahmen der sich bildenden Nationalstaaten heute als (aufgeklärte) Gesundheitspolitik beschreiben, die Interesse an gesunden, lang lebenden sowie leistungsfähigen Bürgern hatten (LABISCH 1986, 1992; SARASIN 2001).

In der Folgezeit erhielt die Medizin in der Organisation des Staates einen grundsätzlichen Stellenwert (LABISCH 1992: 104). Dieser Prozess trug dazu bei, dass im aufkommenden Selbstverständnis der Ärzte Gesundheit allmählich als „herstellbar“ begriffen wurde (BERGDOLT 1999: 278; KLEINSPEHN 1987: 276; LABISCH 1992: 75). Professionalisierung, Medikalisierung¹³ und Disziplinierung sind in diesem Zusammenhang die bestimmenden Elemente für die Analyse des weiteren gesellschaftlichen Prozesses (ECKART 1998: 256; KLEINSPEHN 1987: 45; LABISCH 1986: 266; THOMS 2000: 295). An dieser Stelle sind drei Aspekte besonders bedeutsam:

1. Zunächst zeigt sich die Institutionalisierung einer öffentlichen Gesundheitspflege in einer *Verortung der Hygiene als wissenschaftliche Disziplin*. Hier wird ein Programm wirksam, das sich „von außen“ dem Körper annähert, dabei bestimmte Gegebenheiten (Umweltbedingungen, Verhaltensweisen, Nahrungsmittel) analysiert und zu einem „richtigen“ hygienischen Verhalten – Reinlichkeit, Sittlichkeit und Moral – umdeutet und damit in den Alltag eingreift (LABISCH 1986: 271ff, 1992: 118; SARASIN 2001: 101ff).

2. Die Verwendung *statistischer Methoden und deren Ausweitung* auf sämtliche, den Körper betreffenden Aspekte, führt zum zweiten, hier relevanten Punkt (ECKART 1998: 288ff). Die interdisziplinär arbeitende Medizinalstatistik widmet sich hingegen der Beschreibung und Erfassung gesellschaftlicher Zusammenhänge und bringt mit der sozialen Physik

Quetelet den Durchschnitt als „normale“ Kategorie in den medizinischen Diskurs hinein (LABISCH & WOELK 2006: 60; LINK 1999: 129; NOACK *et al.* 2007: 146). Das Normale und der Durchschnitt setzen sich dabei als Vergegenständlichung des idealtypischen Gesundheitszustands (z.B. Blutdruck, Normalgewicht) durch.

3. Weit über die medizinische Diagnose hinaus sind nun die Auswirkungen dieser Konzeption zu spüren. Bei allen genannten Aspekten geht es um das „Messen“, Kontrollieren und Bewerten von alltagsweltlichen Zusammenhängen. In diesem Sinne erfährt auch die *Ernährung* grundlegende Bemessungskriterien (LINK 2006: 181). Als Nachfolger von HUFELAND beschäftigen sich JUSTUS LIEBIG (1803–1873) und JULIUS ROBERT VON MAYER (1814–1878) mit der Erforschung des Zusammenhangs von Muskelkraft bzw. menschlicher Kraft und deren Leistungsfähigkeit (BARLÖSIUS 1999: 60ff; BERGDOLT 1999). Zentral ist hierbei die Einführung der Kalorie Mitte des 19. Jahrhunderts, die zur physikalischen Berechnungsgrundlage der täglichen Nahrungszufuhr wird. Die kulturkritische Metapher „Kalorienverbrennungsmaschine Mensch“ von TEUTEBERG¹⁴ zeigt vor diesem Hintergrund die (naturwissenschaftliche) Auffassung, Menschen zunehmend aus energetischen Überlegungen heraus zu betrachten und zu beurteilen. Schließlich kommt der *mittlere Mensch* mit dem durchschnittlichen Nahrungsmittelbedarf eines Arbeiters, dessen Produktivität¹⁵ wesentlichen Bestand hat, in den normalistischen Diskurs (BARLÖSIUS 1999: 60ff). Parallel dazu wird die Nahrungsmittelversorgung immer sicherer, während sich die Meinung durchsetzt, dass „(...) die Wahl der Nahrung auf Charakter, Intelligenz und Gesundheit eines Volkes Auswirkungen haben muß (...)“ (ebd.: 311). So schreibt KARL FRIEDRICH VON RUMOHR (1785–1843)¹⁶ in „Geist der Kochkunst“ im Jahr 1822: „Stumpfsinnige, für sich hinbrütende Völker lieben mit schwerverdaulicher, häufiger Nahrung gleich den Masttieren sich auszustopfen. Geistreiche, aufsprudelnde Nationen lieben Nahrungsmittel, welche die Geschmacksnerven reizen ohne sie zu beschweren.“

Medizinische Methoden der Diät (Bade-, Diät- und Wasserkuren) und die pädagogische Esserziehung bei Kindern (Verbote, Regulierung) fanden vor allem in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts weite Verbreitung und trugen zur neuen Orientierung an starken, schlanken und leistungsfähigen Körpern

bei (KLEINSPEHN 1987: 281, 357; THOMS 2000: 302). Angesichts explodierender Bevölkerungszahlen und teilweise knapper Ressourcen in den Städten wurde zur Mitte des 19. Jahrhunderts Gesundheit zum idealisierten, distinguierenden, Krankheit dagegen zum diskriminierenden Element in der bürgerlichen Realität (LABISCH 1992: 111ff, 134; 254ff, 278; LINK 1999: 129). Die Medizin hatte mittlerweile alle den Körper betreffende Aspekte in die ärztliche „Fürsorgepflicht“ aufgenommen, die Teil des gesellschaftlichen Diskurses wurde (LABISCH 1992: 134f). Ein Deutungsschema, das Gesundheit als Voraussetzung zur gesellschaftlichen Teilhabe formulierte und Krankheit quasi extrahierte, setzte sich damit zunehmend durch (LABISCH 1992: 107, 257; WINAU 1983: 221).

„Schlankmachtjung und schön!“ – Schönheitsideale im Fokus einer kulturhistorischen Betrachtung

Der dritte historisch begründbare Komplex der Genealogie des BMI greift am direktesten auf den Körper zu. Die bis hierher erwähnten Dichotomien „normal/nicht-normal bzw. a-normal“ (*erste Dichotomie*) und „gesund/nicht-gesund bzw. krank“ (*zweite Dichotomie*) signalisieren schon einen bestimmten Zustand des Körpers nach außen und vermitteln bestimmte Wertigkeiten. Es deutet sich bereits früh die enge Verknüpfung zwischen äußerer, körperlicher Schönheit und gewissen Attributen an, die auf Charakter und Gesundheit schließen lassen. Bereits im Ideal der *kalokagathia*¹⁷ angelegt, das von griechischen Ärzten und Philosophen praktiziert wurde, klingen Wertvorstellungen und Ideen (Ästhetik) an, die auf die *dritte Dichotomie* „schön/nicht-schön“ hinweisen (BERGDOLT 2006: 118; ECO 2004: 39). Das Mittelalter als Ausgangspunkt der abendländischen Kultur erzeugte auch spezifische Vorstellungen von Schönheit und idealem Körper, die sich durch eine starke, sowohl moralische als auch mystisch kodierte Jenseitsausrichtung auszeichneten (ECO 2004: 121). Bis zum 15. Jahrhundert zeigten sich schmale männliche wie weibliche Körper als konstituierendes Leitbild, hinzu kommt eine rosige Haut als Zeichen der Gesundheit – Schönheit fungierte deshalb als Spiegel der Gesundheit (BERGDOLT 2006: 119; ECO 2004: 113, POSCH 1999: 37; RENZ 2006: 21). Mit BERGDOLT (2006: 121f) finden sich im 16. Jahrhundert bereits klar formulierte

Zeugnisse einer durchaus „rigiden“ Schönheitskultur. Es galt das (moralisierende) Motto „wer seine Schönheit pflegt, pflegt auch seine Gesundheit“, womit sich bereits wiederum abzeichnet, dass ein Bemühen um Schönheit positiv gewertet, während das Versäumen zunehmend geächtet wird (BERGDOLT 2006: 122). Daneben schob sich aber auch ein Komplex in den Vordergrund, der im historischen Verlauf quasi als Unterbrechung einer Geschichte der Schlankheit fungiert (Absolutismus, Frühromantik) und in allgemeinen Mangelzeiten Opulenz und Üppigkeit als Desiderat hervorbringt, womit – übersetzt durch den Körper – Macht, Reichtum und Status einer geringen Anzahl von Akteurinnen und Akteuren vor Augen geführt wurden (POSCH 1999: 37f). Tendenziell lässt sich beobachten, wie sich der schlanke Körper über den auf die Kultur bezogenen Diskurs hinaus als überdauerndes und zunehmend stabilisierendes Leitbild entwickelt, bis er gegen Ende des 19. Jahrhunderts eindeutig als „schön“ kodifiziert ist – eine Anschauung, die sich mit geringen Ausnahmen¹⁸ bis heute hält (POSCH 1999: 38ff; PRAHL & SETZWEIN 1999).

Beschreibungen, Begrifflichkeiten und Krankheitsbilder, die sich bis heute gehalten haben, hielten parallel dazu Einzug in den historischen, medizinischen Diskurs: Die „Freßsucht“ (Boulimie/Bulimus/Bulimia) oder Fettsucht und die Magersucht (KLEINSPEHN 1987: 185ff). Schon ab dem 17. Jahrhundert zeigten sich Nachweise der damit implizierten Extreme eines Essverhaltens, welches sich über den Körper nach außen kommunizierte. Im historischen Verlauf erfuhren die dichotomen Merkmale „dick“/„schlank“ bzw. „dünn“ (*vierte Dichotomie*) ab circa 1900 öffentliche Wirksamkeit. Zudem bewegte sich Ernährung nun in einem politischen Feld der Einflussnahme von außen, das kontrollierende als auch disziplinierende Maßnahmen von staatlicher Seite möglich machte („Kontrolle der Nahrung“). Dadurch, dass Proletarier und Arbeit eine symbiotische Einheit geworden sind, in der beide miteinander verschmelzen, rücken in zweiter Instanz vormals private Elemente wie die Ernährung in den öffentlichen Raum (KLEINSPEHN 1987: 315).

Verfolgt man diesen Gedanken weiter, zeigt sich der Körper als Identitätsmedium, das Rückschlüsse auf die Eigenschaften seines Trägers erlaubt und sich in appellativer Form ausdrückt: Moral, Leistungsbereitschaft, Disziplin und Ordnung als Pflicht-

tenbündel, die distinktiv Zugehörigkeit verschafften. Davon zeugt ein schlanker, ergo „kraftvoll gestraffter, gesunder Körper“ (ALKEMEYER 2007: 7). Die drei Elemente Diäten, Kuren und Sport wurden zum populären Mittel, Körperformen zu disziplinieren und diese „im Zaum zu halten“ (z. B. sog. Kneipp-Kuren, Licht-Luft-Therapien). Wie ALKEMEYER (2007) und MERTA (2002, 2003) ausführen, sind es besonders die Ende des 19. Jahrhunderts in Mode gekommenen Lebensreformbewegungen, die diese Aspekte als programmatische Forderung implizit miteinander verbinden. MERTA (2003: 518) kennzeichnet diese als „(...) erste Hersteller und Vertreter moderner Diätwaren und Fitnessgeräte“, die vegetarische Spezialnahrung, Schlankheitsratgeber und -kochbücher, Fitnessgeräte (Expander, Schwungkeulen, Hanteln) und elastische Sportkleidung unter anderem in neuen Reformhäusern vertrieben.

Das Kontrastpaar „dick“ und „schlank“ steht in diesem Verlauf stellvertretend für die benannten dichotomen Körper- und Charaktereigenschaften und integriert diese als Basis; in Massenmedien und dem Konsumverhalten zeigt sich ab den 1960er Jahren die Prägnanz des schlanken Körpers („Twiggy“) (KLOTTER 2008: 27f). Inwieweit sich hier die Rolle des BMI einfügt und wie drei diskursive Felder Statistik, Medizin und soziokultureller Hintergrund den BMI in die Gegenwart transportieren, soll im nachfolgenden Abschnitt aufgezeigt werden.

Der BMI als biopolitisches Instrument

Um zu prüfen, ob und in wie fern der BMI als ein biopolitisches Instrument betrachtet werden kann, muss zunächst geklärt werden, wie es dazu kommt, dass sich heute der BMI in der Medizin und in der Gesellschaft als Methode zur Bestimmung von Normal-, Unter- als auch Übergewicht durchsetzte, denn um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert existierten eine Fülle anderer, zum Teil gebräuchlicher Indizes (z. B. „Broca-Index“ oder „Rohrer-Index“)¹⁹.

Die Implementierung des BMI verlief in zwei Stufen. 1972 erfolgte durch KEYS *et al.* seine Festlegung als mathematische Formel, die in ihrer ursprünglichen Form (kurz W/H^2) bis heute bestehen bleibt. Zudem verdrängte der BMI weitgehend andere Formeln zur Festlegung des angemessenen

Körpergewichts, so dass der BMI nach 1972 als zentrales Messinstrument für Übergewicht und zur Gewichtskontrolle betrachtet werden kann (EKNOYAN 2007; DU FLOREY 1970; GARROW & WEBSTER 1985; WEIGLEY 1989). Die 1990er Jahre können als Wendepunkt in der Geschichte der Popularisierung des BMI bezeichnet werden: Ab 1997 wird der BMI in die allgemeine Diskussion eingebracht, wobei die WHO eine Vorreiter-Stellung einnimmt, indem sie in diesem Jahr den BMI und die dazugehörigen Gewichtsklassifizierungen offiziell einführte, mit der Intention in Zukunft die Anzahl übergewichtiger (adipöser) Menschen weltweit zu verringern (KUCZ-

als Dispositive im Bereich von Ernährung, Sauberkeit, Sitte, Moral, Sexualität sowie Gesundheits- bzw. Krankheitsversorgung ausdrücken. So ist eine Art „Selbstformierung des Subjekts“ geschehen, die sich durch eine beständige „Sorge um sich“ auszeichnet (FOUCAULT 2005d: 274f). Normalität, Normalitätsgrenzen und Denormalisierung beschreiben sich nach LINK (2006: 39ff) als zentrale Momente, die verwendet werden sollen, um den biopolitischen „Zugriff“ des BMI in der Gegenwart erklären zu können. Dadurch, dass durch den BMI die Norm ausgedrückt wird, legitimiert sich die „medizinische“ Diagnose. Diese lautet im „Idealfall“ Normalgewicht (BMI 18,5–24,9), im „idealsten Fall“ Idealgewicht (BMI 22–23)²¹ und im „schlechtesten Fall“ Untergewicht (BMI ≤ 18,49) oder Übergewicht (BMI ≥ 25) – Abbildung 3 führt die gängigen medizinisch-psychologischen, juristischen und gesundheitspolitischen Definitionen verschiedener Akteurinnen und Akteure zusammen²². Die aufgeführten BMI-Werte weisen die entsprechende medizinische Diagnose und mögliche medizinische Indikationen auf.

Classification of adults according to BMI¹

Classification	BMI	Risk of comorbidities
Underweight	<18.50	Low (but risk of other clinical problems increased)
Normal range	18.50–24.99	Average
Overweight:	≥25.00	
Preobese	25.00–29.99	Increased
Obese class I	30.00–34.99	Moderate
Obese class II	35.00–39.99	Severe
Obese class III	≥40.00	Very severe

Abb. 2: BMI-Tabelle der WHO (Quelle ebd. 2004: 9)

Diesem Komplex können die Effekte der alarmierenden Diagnose der „Fettepidemie“ zugeschrieben werden. Deutlich kristallisieren sich nun die „Extremzonen“ heraus, durch die sich A-Normalität (BMI < 18,5 und BMI ≥ 25) ausdrückt. Eine feine Abstufung und Zusammenfassung in „Übergewichts-Rangordnungen“ führt die Gefahr, in die A-Normalität abzurutschen, mehr oder we-

MARSKI & FLEGAL 2000)²¹:

Im selben Jahr wurde durch die WHO eine weltweite Fettepidemie ausgerufen, mit dem BMI als Leit-Instrument. Der BMI dringt seither in den lebensweltlichen Alltag ein, misst den Körper und zementiert „Schlankheitswahn“ und „Fettepidemie“ in Zahlen (POLLMER 2007). Dieses Körperwissen regelt, dass „zu dick“ oder „zu dünn“ als ungesund begriffen wird und die Normalkurve als erstrebenswert gilt. Der durch den BMI vermittelte biopolitische Zugriff auf den Körper scheint Ernährung, Lebensstil und Körperwahrnehmung zu beeinflussen und unter anderem Gesundheit, Glück, Erfolg wie auch Sicherheit zu versprechen.

Biopolitik setzt Wissen voraus. Dieses Wissen macht sich am Körper fest und wird durch statistische Methoden verfügbar gemacht. Biopolitische Praktiken sind mit einem Wahrheitsregime verwoben, das Körperwissen selektiv besetzt (LEMKE 2007: 149f). Wie FOUCAULT (2005c: 245) ausführt, wird das Subjekt durch biopolitische Macht greifbar, abhängig und unterworfen. Als typische Leitdiskurse figurieren hierbei diejenigen, die sich um die „Wissensform“ der Hygiene aufstellen und sich

Tabelle 1
Übergewicht und Adipositas in Abhängigkeit vom Bodymass-Index (29, 46, 47, 49)

Gewichtskategorie BMI (kg/m ²)	Risiko komorbider Störungen	Therapeutische Empfehlungen
Untergewicht < 18,5	Niedrig (aber erhöhte Risiken für andere medizinische Auffälligkeiten)	
Normalgewicht 18,5 – 24,9	Durchschnittlich	
Übergewicht Prä-Adipositas ≥ 25 25 – 29,9	Leicht erhöht	Behandlungsindikation gegeben bei: Übergewichtsbedingten Gesundheitsstörungen; abdominalem Fettverteilungsmuster; Vorliegen von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden; erheblichem psychosozialen Leiden
Adipositas Schweregrad 1 ≥ 30 30 – 34,9	Mäßiggradig erhöht	Indikation zur Behandlung immer gegeben (primär konventionell und pharmakologisch)
Schweregrad 2 35 – 39,9	Stark erhöht	Chirurgische Therapie möglich bei Vorliegen erheblicher Komorbiditäten
Schweregrad 3 ≥ 40	Extrem erhöht	Chirurgische Therapie möglich

Abb. 3: BMI-Tabelle mit möglichen medizinischen Indikationen

Quelle: HEBEBRAND et al. 2004: A2469

niger „bedrohlich“ vor Augen, sobald der BMI in die Übergangszone vom normalen zum anormalen BMI-Wert rückt. Die aufgestellten Dichotomien fungieren in der individuellen wie gesellschaftlichen Deutung als Basis und stellen die Grenzwerte auf, wonach sich die jeweilige Interpretation richtet. Die Konstruktion einer Normalität über den BMI stellt das definitive Entscheidungsgefüge dar, das auf das Identitätsverständnis von Subjekten zugreift. Ausgeschlossenheit zieht dabei das Risiko nach sich, die Außenseiterposition einnehmen zu müssen (FOUCAULT 2005b: 126ff; vgl. KÖHLER 2008: 86; WINKLER 2004: 184). Die gleichzeitige „A-Normalität“ bedeutet, von der Mehrheit abzuweichen. So wird z. B. Übergewicht als abweichendes Verhalten erklärt und die „Schuld“ dem „faulen“ Übergewichtigen selbst zugeschrieben. POLLMER (2007) und SCHORB (2009) zeigen – an dieser Stelle kurz gefasst – den Duktus der gleichermaßen politischen wie medialen Diskussion wie folgt auf: Mit genügend Disziplin, „richtiger“ Ernährung und Sport könnten erstens die Krankheiten, die aus Übergewicht resultieren, abgewendet werden, zweitens wäre die Fettepidemie mit den entsprechenden Kosten für das Gesundheitssystem gar nicht erst entstanden. Ein „dicker“ (oder „dünner“) BMI macht sich hierbei von außen am Körper erkennbar, ist grundsätzlich selbst messbar und zeigt auf, zu welcher „Gewichtsgruppe“ das Subjekt zählt. „Dick“ ist, wie bekannt, damit verknüpft, negativ bewertet zu werden und deshalb mit dem Risiko einer Diskriminierung verbunden. Immer wieder werden vor diesem Hintergrund Meldungen bekannt, dass im Rahmen von staatlichen Einstellungsverfahren, die eine Verbeamtung nach sich ziehen sollen, Bewerber abgelehnt werden (FOCUS 2009; SZ 2006). Solchen Presseberichten zufolge gilt ein hoher BMI als Ausschlusskriterium²³ („Lehrer auf die Waage: Wenn ihr Body-Mass-Index zu hoch ist, werden sie nicht verbeamtet“, SZ 2006). Wie Individuen schließlich darauf reagieren, sind Muster und Schemata, die in Abhängigkeit des soziokulturellen Hintergrunds, der Gesellschaft und seiner unmittelbaren Umgebung aufgegriffen werden (FOUCAULT 2005d: 287). Dazu zählen unter anderem Diäten, Sport im Allgemeinen, Fitness, Ernährungsumstellung und -beratungen, Fasten und Operationen (Magenband, Magenverkleinerung und Schönheitsoperationen wie Fettabsaugungen)²⁴.

Fazit

In diesem Beitrag wurde erstens untersucht, welche historischen Zusammenhänge dazu geführt haben, dass der BMI als Instrument populär wurde. Sie sind einzubeziehen, weil sie den diskursiven Komplex bilden, der das heutige Verständnis des BMI prägt. Die eingangs formulierte These, den BMI als ein biopolitisches Instrument zu betrachten, scheint sich zumindest aus der hier eingenommenen Perspektive zu bestätigen. Die Analyse ergibt, dass sich Diskursgefüge formieren, die Disziplinierungs- und Selbsttechniken auf den Körper richten. Dabei werden über den BMI die *Grenzen festgesetzt* (WEHLING 2008: 251f). Dispositive erweisen sich als normalistische Machttechniken im diskursiven Feld des BMI, die auf *Grenzüberschreitungen* reagieren. Sie sind Hauptbestandteil der wirksamen biopolitischen Mechanismen. Schließlich greifen diese auf den Körper zu, indem sie sich in den Körper einschreiben.

Zweitens sind die Effekte, die sich durch den BMI als biopolitisches Instrument benennen lassen, vielfältig, betrachtet man allein schon die dichotomen Merkmale, die sich mit dem BMI verbinden. Der BMI nimmt heute eine präasente Rolle im Alltag ein und legt, wie ich gezeigt habe, unter anderem Gesundheit wie Krankheit fest. Dadurch produziert sich gesundheitliche Ungleichheit, die über den Körper bzw. den BMI bestimmt wird. Wie beschrieben, generiert sich durch den BMI-Wert einer Person deren Zugehörigkeit zu einer spezifischen Gewichtsklasse, weil im Zuge der biopolitischen Techniken ein bestimmtes Körperwissen (und damit ganz konkrete Praktiken) transportiert wird. So entsteht ein Körperbewusstsein, das sich auf die Kategorien des BMI bezieht.

Der Körper positioniert sich als zentraler Bezugspunkt, um den sich Lebensführung und Selbstkonzept aufbauen. Die konkreten Selbsttechniken werden unter Zuhilfenahme Dritter (Trainer, Ratgeber) „gemanagt“. Schnelligkeit, Motivation, Optimierung sowie kontinuierliche Verbesserung bündeln sich semantisch zu Slogans wie „schlank“ und „fit“ (BRÖCKLING 2000: 135ff; WALDRICH 2004). Besonders diejenigen Personen, die viel Zeit, Geld, Kraft und Anstrengung investieren und an deren Körpern man den Erfolg sichtbar ablesen kann, sind die „Gewinner“ dieser Logik (HENTSCHEL 2006). Auf der anderen Seite sitzen die Verweigerer, die „An-

deren“, die selbst schuld sind an ihrem Zustand und ihrer Lage (FOUCAULT 2006: 90, zitiert nach KREISKY 2008: 147). Davon sind, überspitzt ausgedrückt, die „untergewichtigen Magersüchtigen“ (BMI < 18,5) genauso betroffen wie die „übergewichtigen Fettleibigen“ (BMI > 24,9), weshalb sie als „Körperklasse“ zusammengefasst werden können²⁵. Fazit dieses Artikels ist, dass wir es Gegenwartsgesellschaft mit zwei großen „Körperklassen“ zu tun haben, die entweder Körperwissen „erfolgreich“ umzusetzen vermögen oder daran scheitern. Gegen diese Logik und den BMI formiert sich in den letzten Jahren zunehmend Kritik, u. a. resultierend aus Untersuchungen der Medizin selbst (z. B. BRYN 1999; DANIELS 2009), aus den Reihen der Betroffenen (z. B. „Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung“, „Size Acceptance Movement“) sowie aus der Perspektive der Sozialwissenschaften (z. B. POLLMER 2007; SCHORB 2009). Momentan scheint dies jedoch keinen Einfluss darauf zu haben, dass der BMI ein stabiles biopolitisches Instrument ist. Es kann sich also nur in Zukunft entscheiden, ob sich im diskursiven Feld der Diskurs um das (richtige) Gewicht verändern wird.

Anmerkungen

1. Elemente des vorliegenden Textes sind bereits erschienen in FROMMELD D. L. 2012. Eine Grammatik des richtigen Gewichts. Der Body-Mass-Index (BMI) als biopolitisches Instrument. In HEINER FANGERAU & IGOR J. POLJANSKI. *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach*. Stuttgart: Steiner: 183–202. Für wertvolle Hinweise danke ich Ekkehard Schröder.
2. Die Schreibweise von Quetelet variiert (Quetelet, Quételet). Ich halte mich an die in den meisten Quellen (Monografien und Sekundärliteratur) zitierte Form „QUETELET“.
3. KARL PEARSON formuliert 1894 den Begriff „Normalverteilung“, DE MOIVRE (1667–1754) begründet diese aber wesentlich früher (DESROSIÈRES 2005: 86; STIGLER 1986: 70ff).
4. Es schließen sich die von QUETELET getätigten Untersuchungen im Auftrag der Lebensversicherungen und seine eigenen Untersuchungen an (QUETELET 1914; WEIGLEY 1989).
5. „Homme moyen“ wurde in den deutschen Ausgaben als „mittlerer Mensch“ übersetzt und könnte daher auch als „durchschnittlicher Mensch“ übersetzt werden.
6. Ich folge hier den Argumentationen von HACKING (1999: 160ff) und LINK (1999: 183ff).
7. Die Begriffe „vorgeschriebene Regel“ und „Gesetz“ finden sich auch zuvor mit dem Zusatz „(...) welches man genau zu beobachten und nicht darwider zu handeln hat“ in Zedlers Universallexikon (1740: 1311), ergänzt durch den Verweis „Richtschnur“.
8. Nach und nach etablierten sich auch standardisierte Maß- und Gewichtseinheiten sowie geeichte Einheiten (O'CONNOR/ROBERTSON 1999; LINK 1999: 190ff).
9. Auf der einen Seite figuriert der BMI nach Quetelet den mathematischen bzw. statistischen Durchschnitt, und auf der anderen Seite den vollkommenen, ästhetischen Idealtypus. Daran lässt sich die Doppelwertigkeit von Normalität und Normativität insoweit ablesen, als dass sich Normalität eher der ersten Interpretation entsprechend mit „Skala“, „Standard“ oder „Durchschnitt“ begreifen lässt, während Normativität ethisch und auch juristisch einen Idealtyp bestimmt (VON STECHOW: 2004: 24).
10. Pränormalismus bezeichnet nach LINK (1999: 190ff, 2006: 176ff) die Zeit vor 1800, Protonormalismus die nachfolgende Phase.
11. Gewählt wird dieser Beginn der Analyse (ca. 14. Jahrhundert), weil dieser Zeitpunkt als Ausgangspunkt der abendländischen Kultur gilt.
12. Diese auf Christoph Wilhelm HUFFELANDS (1762–1836) zurückgehende Theorie der „Lebenskraft“ bzw. der „Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ (1875) war im Übergang vom 18. ins 19. Jahrhundert populär (vgl. auch BERGDOLT 1999: 277ff; ECKART 1998: 224ff; KLEINSPEHN 1987: 261; LABISCH 1992: 99ff).
13. Der kritische Begriff der „Medikalisierung“ geht auf Ivan Illich zurück und integriert die vorrangige Stellung der Medizin bei gesundheits- und krankheitsrelevanten Aspekten in modernen Gesellschaften (vgl. FUCHS-HEINRITZ *et al.* 2007: 420); Eliot Freidson hat den Begriff der „Professionalisierung“ und Michel Foucault den Begriff der „Disziplinierung“ geprägt, wie auch LABISCH (1992: 295f) erwähnt. Zu FREIDSON siehe auch Reprint seines Vorwortes in der deutschen Übersetzung zu der Erstausgabe (1979) von „The Profession of Medicine“ (1970) in *Curare* 35(2012)1+2: 33–41.
14. Begriff nach Teuteberg, Hans-Jürgen, vgl. TEUTEBERG *et al.* (1997).
15. Das Aufrechterhalten der Energie der Arbeiter bedeutet auch, was die „Kraftgewinnung“ angeht, ein „internationales Wettrennen“. Deshalb ist das Interesse an langlebigen, starken Arbeitskräften hoch (BERGDOLT 1999: 312).
16. RUMOHR 1994: 19, zitiert nach BERGDOLT 1999: 311f.
17. Ausführlich dazu BERGDOLT (2006: 115ff), ECO (2004: 45), JOCH (1983: 198) sowie MENNINGHAUS (2007: 17). Demnach lassen sich das seelische und moralische Gute als „innere Schönheit“ umdeuten und von außen am Körper ablesen, „Harmonie“, „Gleichgewicht“ und das „rechte Maß“ versinnbildlichen die Idealvorstellung.
18. Die „kurvenreiche“, sinusförmige soziale Kulturgeschichte der Schönheitsideale im europäisch geprägten westlichen Kontext in Bezug auf Körperformen liest sich wie erwähnt als stetes Auf und Ab, z. B. Rubens Gemälde von Frauen, das bis heute als alternatives Frauen-Schönheitsbild gilt. Ausnahmen, die rundere, weibliche Formen betonen, werden vor allem im vorigen Jahrhundert propagiert; in den 30er Jahren und im Zuge des Wirtschaftswunderjahrs der 50er Jahre sind diese z. T. als Zeugnis von Wohlstand und Konsumverhalten interpretiert werden.
19. Vgl. MARTIN (1925) für eine Aufstellung verschiedener Indizes. Der Broca-Index war vor allem wegen seiner Einfachheit der Berechnung konventioneller Usus und ist auch heute, vor allem im Alltagsdiskurs, noch relativ bekannt; der Rohrer-Index wurde vor allem im (ernährungs-)wissenschaftlichen Diskurs verwendet. Dennoch setzt sich der BMI durch, weil er genauer zu sein schien (vgl. z. B. Keys *et al.* 1972, GREIL 1993: 265).
20. Die Tabelle der WHO geht auf eine Konferenz der WHO im Jahr 1997 in Genf zurück.
21. Der „Idealfall“ ist je nach Diskurs verschieden. Im medizinischen Diskurs kann eine überlappende Berichterstattung zu den Argumenten der WHO (2004) festgestellt werden (vgl. Abbildung 2). Zum Idealgewicht vgl. auch ACHTNER-THEISS (2005). Bezogen auf die Normalverteilung, befindet sich ein BMI von 22–23 an der höchsten Stelle der Kurve.

22. KOVÁCS 1989, WANNAGAT 2002, WECHSLER 2003, WHO 2002, zitiert nach HEBERBRAND *et al.* 2004: A2469.
23. Verbeamtungen geht in der Regel eine vorgeschriebene amtsärztliche Untersuchung voraus, die eine Messung von Körpergröße und -gewicht einschließt. Mittels des BMI stellt die zuständige Amtsärztin bzw. der zuständige Amtsarzt die gesundheitliche Eignung der Bewerberin bzw. des Bewerbers fest. Wiederholte Pressemeldungen deuten darauf hin, dass Personen mit einem zu hohen BMI abgelehnt werden.
24. Die Regulierung von Gewicht kann auch in Zusammenhang mit den beiden Arten der Bulimie stehen. Teilweise geht es dann darum, das Essverhalten zu kontrollieren, wie KLOTTER (2007: 124f) aufführt.
25. Vgl. z. B. BILD.DE, in einem Interview berichtet eine Fernsehmoderatorin von ihren Erfahrungen und Versuchen gegen ihr sich stabil haltendes Untergewicht vorzugehen; SCHORB (2009) und TAZ (2009) behandeln die einseitige Berichterstattung in den Medien, die übergewichtigen Personen die Schuld an deren Übergewicht, der Fettpidemie und den daraus verursachten Kosten zuschreibt.

Zitierte Literatur

- ACHTNER-THEISS E. 2005. Dick aufgeblasen. *Schrot & Korn* 6: 28–33.
- ALBERS R. 2009. Erziehungsspiele für Dicke, *Focus* 15: 67.
- ALKEMEYER T. 2007. Aufrecht und biegsam. Eine Geschichte des Körperkults. *Aus Politik und Zeitgeschichte* (APuZ) 18: 6–18 (Hrsg. von der Bundeszentrale für politische Bildung).
- BARLÖSIUS E. 1999. *Soziologie des Essens*. Weinheim. München: Juventa.
- BERGDOLT K. 1999. *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens*. München: Beck.
- 2006. Ästhetik und Schönheit. Historische und kulturelle Aspekte des Schönheitswahns, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 52,2: 115–126.
- BILD.DE. o.J. *Ich bin ganz dolle zu dünn*, <http://www.bild.de/BILD/unterhaltung/leute/2008/07/16/collien-fernandes/ich-bin-ganz-dolle-zu-duenn.html> (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- BONSS W. 1982. *Die Einübung des Tatsachenblicks*. Zur Struktur und Veränderung empirischer Sozialforschung, 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BRÖCKLING U. 2000. Totale Mobilmachung. Menschenführung im Qualitäts- und Selbstmanagement. In derselbe, SUSANNE KRASMANN S. & LEMKE T. (Hg.) *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 131–167.
- 2007. *Das unternehmerische Selbst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BRYN A. S. 1999. Fat, Loathing and Public Health: The Complicity of Science in a Culture of Disordered Eating. *Culture, Medicine and Psychiatry* 23,2: 245–268.
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz/ Bundesministerium für Gesundheit. 2008. *IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten*. Berlin.
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. o.J., a) *Hintergründe und Methoden der Nationalen Verzehrsstudie 2* http://www.bmelv.de/SharedDocs/Standardartikel/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/Ernaehrungsforschung/NationaleVerzehrsstudie/NVS2_Hintergruende.html?nn=310768 (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. o.J., b) *Die Nationale Verzehrs-Studie II: Wie sich die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland ernähren* http://www.bmelv.de/clin_181/DE/Ernaehrung/Ernaehrungsforschung/NVS/NVS_node.html (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- Bundesministerium für Gesundheit. 2007. *Gesunde Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität. Eckpunktepapier der Bundesregierung*. 9. Mai 2007 http://www.besseressenmehrbebewegen.de/fileadmin/grafiken/Aktionsplan_Eckpunktepapier_0507.pdf (letzter Zugriff am 15. Januar 2010).
- CANGUILHEM G. 1992. *La connaissance de la vie*. Paris: Vrin.
- DANIELS S.R. 2009. The Use of BMI in the Clinical Setting. *Pediatrics* 124,1: S35–S41.
- DESROSIÈRES A. 2005. *Die Politik der großen Zahlen. Eine Geschichte der statistischen Denkweise*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- ECO U. 2004. *Die Geschichte der Schönheit*. München, Wien: Carl Hanser Verlag.
- ECKART W.U. 1998. *Geschichte der Medizin*. (3. überarb. Aufl.) Berlin: Springer.
- EKNOYAN G. 2007. Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity. *Nephrology Dialysis Transplantation* 23, 1: 47–51.
- ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. o.J. *Adolphe Quetelet* <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/487148/Adolphe-Quetelet> (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- EWALD F. 1993. *Der Vorsorgestaat*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Franz. 1986. L'État-providence).
- FLOREY C. V. DU. 1970. Das Subjekt und die Macht. Nachwort. In Dreyfus H.L. & Rabinow P. & Foucault M. *Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*. [1. Aufl. 1987]. Weinheim: Beltz-Athenäum: 241–261.
- 2005. *Analytik der Macht*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- 2005a. *Macht und Körper*. In derselbe, a. a. O.: 74–82.
- 2005b. *Die Machtverhältnisse gehen in das Innere der Körper über*. In derselbe, a. a. O.: 126–136.
- 2005c. *Subjekt und Macht*. In derselbe, a. a. O.: 240–263.
- 2005d. *Die Ethik der Sorge um sich als Praxis der Freiheit*. In derselbe, a. a. O.: 274–300.
- FUCHS-HEINRITZ W., LAUTMANN R., RAMMSTEDT O. & WIENOLD H. 2007. *Lexikon zur Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag.
- GARROW J.S. & WEBSTER J. 1985. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity* 9,2: 147–153.
- Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung. o.J. <http://www.gewichtsdiskriminierung.de/index.html> (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- GREIL H. 1993. Alters-, Geschlechts- und Gruppenspezifität von Körperbau und Ernährungszustand. *Curare* 16,3+4: 265–274.
- HACKING I. 1999. *The taming of chance*. (Vol.17). Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- HEBERBRAND J., DABROCK P., LINGENFELDER M., MAND E., RIEF W. & VOIT W. 2004. Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt* 101,37, A2468–2474.
- HENTSCHEL C. 2006. Der Schlanke Staat und der Dicke Konsument. Zur Regierung der Fettleibigkeit. In LAMLA J. & NECKEL S. (Hg.) *Politisierter Konsum - konsumierte Politik*. Wiesbaden: VS Verlag, 113–130.
- JOCH W. 1983. Der Mensch und sein Körper im Spiegel der neueren deutschen Sportgeschichte. In IMHOF A.E. (Hg.) *Der Mensch und sein Körper*. München: Beck: 209–225.
- KEYS A., FIDANZA F., KARVONEN M.J., KIMURA N. & TAYLOR H.L. 1972. Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Disease* 25, 6–7: 329–343.

- KLEINSPEHN T. 1987. *Warum sind wir so unersättlich? Über den Bedeutungs-wandel des Essens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- KLOTTER C. 2007. *Einführung Ernährungspsychologie*. München, Basel: Reinhardt.
- 2008. Von der Diätetik zur Diät – Zur Ideengeschichte der Adipositas. In SCHMIDT-SEHMISCH H. & SCHORB F. (Hg). *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden: VS Verlag: 21–34.
- KÖHLER B. 2008. Amtliche Statistik, Sichtbarkeit und die Herstellung von Verfügbarkeit. *Berliner Journal für Soziologie* 18,1: 73–98.
- KREISKY E. 2008. *Fitte Wirtschaft und schlanker Staat: das neoliberale Regime über die Bäuche*, in SCHMIDT-SEHMISCH H. & SCHORB F. (eds), a. a. O.: 143–161.
- KUCZMARSKI R.J. & FLEGAL K.M. 2000. Criteria for definition of the overweight in transition: background and recommendations for the United States. *American Journal of Clinical Nutrition* 72, 5: 1074–1081.
- KÜNST R. 2006. *Die Dickmacher: Warum die Deutschen immer dicker werden und was wir dagegen tun müssen*. [Originalausgabe 2004]. München: Goldmann.
- LABISCH A. 1986. Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin. In TENNSTEDT C. & SACHSE F. (Hg). *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 265–285.
- 1992. *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt am Main: Campus.
- LABISCH A. & WOELK W. 2006. Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In KLAUS HURRELMANN K., LAASER U. & RAZUM O. (Hg). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. (4. Aufl.). Weinheim, München: Juventa: 49–91.
- LEMKE T. 2007. *Biopolitik zur Einführung*. Bd. 335. Hamburg: Junius-Verlag.
- LINK J. 1999. *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*. (2. aktualisierte und erweiterte Aufl.) Opladen: Westdt. Verlag.
- 2006. *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*. (3. erg., überarb. und neu gestaltete Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- MARTIN R. 1925. *Anthropometrie. Anleitung zu selbständigen anthropologischen Erhebungen und deren statistische Verarbeitung*. Berlin: Julius Springer.
- MENNINGHAUS W. 2007. *Das Versprechen der Schönheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- MERTA S. 2002. Weg mit dem Fett. *Der Bürger im Staat* 52,4: 200–207.
- 2003. *Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult. Diätkost und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensstilen 1880–1930*. Dissertation Univ. Münster, 2002, Bd. 22. Stuttgart: Steiner.
- MEYER'S CONVERSATIONS-LEXIKON. 1853. *Das große Conversations-Lexikon für die gebildeten Stände. In Verbindung mit Staatsmännern, Gelehrten, Künstlern und Techniken*, Bd. 23. Hildburghausen [u. a.]: Bibliographisches Institut.
- NOACK T., FANGERAU, H. & VÖGELE, J. 2007. *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier (Urban).
- O'CONNOR J.J. & ROBERTSON E.F. 1999. *Pierre-Simon Laplace. Born: 23 March 1749 in Beaumont-en-Auge, Normandy, France Died: 5 March 1827 in Paris, France* <http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Biographies/Laplace.html> (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- POLLMEYER U. 2007. *Esst endlich normal! Das Anti-Diät-Buch*. 2. Aufl., TB. München: Piper.
- POSCH W. 1999. *Körper machen Leute. Der Kult um die Schönheit*. Frankfurt am Main: Campus.
- PRAHL H.-W. & SETZWEIN M. 1999. *Soziologie der Ernährung*. Opladen: Leske + Budrich.
- QUETELET A. 1914. *Soziale Physik oder Abhandlung über die Entwicklung der Fähigkeiten des Menschen*, Bd. 1. [Erstausgabe 1869]. Jena: Verlag von Gustav Fischer.
- 1921. *Soziale Physik oder Abhandlung über die Entwicklung der Fähigkeiten des Menschen*, Bd. 2. [Erstausgabe 1869]. Jena: Verlag von Gustav Fischer.
- REICHESBERG, N. 1893. Adolf Quetelet als Moralstatistiker. *Zeitschrift für schweizerische Statistik* 29,1: 490–498.
- RENZ U. 2006. *Schönheit. Eine Wissenschaft für sich*. Berlin: Berlin-Verlag.
- SARASIN P. 2001. *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- SCHMIDT-SEHMISCH H. & SCHORB F. (Hg) 2007. *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden: VS Verlag.
- SCHNEIDER M.C. 2007a. Zahlen und Bekenntnisse – die preußische Konfessionsstatistik vor dem „Kulturkampf“. *Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte* 35: 25–44
- 2007b. Medizinalstatistik im Spannungsfeld divergierender Interessen. Kooperationsformen zwischen statistischen Ämtern und dem Kaiserlichen Gesundheitsamt/Reichsgesundheitsamt. In HUNTELMANN A.C., VOSSEN J. & CZECH H. (Hg). *Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870–1950*. Husum: Matthiesen Verlag: 49–62.
- SCHORB F. 2009. *Dick, doof und arm? Die große Lüge vom Übergewicht und wer von ihr profitiert*. München: Droemer Knaur.
- SPF ÉCONOMIE, P. CLASSES MOYENNES ET ÉNERGIE-DIVISION STATISTIQUES M. E. 1998/2008. *Adolphe Quetelet (1796–1874). Fondateur de l'Observatoire de Bruxelles et de la statistique moderne. Astronome et mathématicien belge* <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/organisation/dgsie/quetelet/index.jsp> (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- SPIEGEL.ONLINE. 2007. *Deutsche haben in Moppel-Liga den Bauch vorn* <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/fettleibigkeit-in-europa-deutsche-haben-in-moppel-liga-den-bauch-vorn-a-478167.html> (letzter Zugriff am 11. April 2013).
- STECHOW E. VON 2004. *Erziehung zur Normalität. Eine Geschichte der Ordnung und Normalisierung der Kindheit*, Bd. 5. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- STIGLER S.M. 1986. *The history of statistics. The measurement of uncertainty before 1900*. [2. print.]. Cambridge: Belknap Press of Harvard Univ. Press.
- SZ (SUEDEUTSCHE.DE). 2006. *Von schlanken und dicken Lehrern. Erst die Diät, dann der Job*, Artikel von Bräunlein, Annette. <http://www.sueddeutsche.de/jobkarriere/702/338549/text/> (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- TAZ (DIE TAGESZEITUNG). 2009. *Kampf gegen Schlankheitswahn. Dick und ungeniert*, Artikel von Dribbusch, Barbara. <http://www.taz.de/1/leben/alltag/artikel/1/dick-und-ungeniert/> (letzter Zugriff am 26. März 2012).
- TEUTEBERG H.-J., BARLOSUS E. & NEUMANN G. (Hg) 1997. *Essen und kulturelle Identität. Europäische Perspektiven*. Berlin: Akademie Verlag.
- THOMS U. 2000. Körperstereotype. Veränderungen in der Bewertung von Schlankheit und Fettleibigkeit in den letzten 200 Jahren. In WISCHERMANN C. & HAAS S. (Hg). *Körper mit Geschichte. Der menschliche Körper als Ort der Selbst- und Weltdeutung*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag: 281–307.
- WALDRICH H.-P. 2004. *Perfect Body. Körperkult, Schlankheitswahn und Fitnessrummel*. Köln: PapyRossa Verlag.
- WEHLING P. 2008. ‚Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik‘, *Leviathan* 36(2), 249–273.

- WEIGLEY E. S. 1989. Adolphe Quetelet (1796–1874): Pioneer Anthropometrist, *Nutrition Today* 24(2): 12–16.
- WINAU R. 1983. Die Entdeckung des menschlichen Körpers in der neuzeitlichen Medizin, in ARTHUR E. IMHOF (ed) *Der Mensch und sein Körper*. München: Beck, 209–225.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 2004. Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO consultation*, Erstausgabe 1998. Geneva: WHO.
- WINKLER H. 2004. *Diskursökonomie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- ZEDLERS UNIVERSALLEXIKON. 1735 und 1740. *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste, Welche bißhero durch menschlichen Verstand und Witz erfunden und verbessert worden*, Bd. 10 und 24. Halle, Leipzig: Zedler.

Manuskript eingegangen: 31.12.2012
 Manuskript angenommen: 16.03.2013



Debora Lea Frommeld, Studium der Soziologie, Psychologie und Europäischen Ethnologie an der Universität Augsburg sowie an der Université de Savoie, Chambéry; M.A. 2010. 2010-2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr München; seit Dezember 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und am Zentrum Medizin und Gesellschaft der Universität Ulm.

Zentrum Medizin und Gesellschaft
 Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
 Universität Ulm
 Frauensteige 6 • D-89075 Ulm
 e-mail: debora.frommeld@uni-ulm.de