

**Darstellung von Übergewicht in
Deutschschweizer Printmedien
von 1955 bis 2005**

Dissertation von
Cristina Furrer Pasquali

Unter der Leitung von
Prof. Dr. Peter J. Schulz

Eingereicht bei der
Fakultät für Kommunikationswissenschaften
Università della Svizzera italiana

Zur Erlangung der
Doktorwürde (Dr. phil.) in Kommunikationswissenschaften

24. November 2009

Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation geht hypothesengeleitet der Frage nach, wie die Deutschschweizer Presse über Übergewicht berichtet. Übergewicht ist ein Thema, das in den hiesigen Printmedien vor allem in den letzten Jahren steigende Beachtung fand. Aufgekommen ist das gesellschaftliche Bewusstsein für die Übergewichtsthematik in der Schweiz seit Mitte der 1980er Jahre. In der Publikumspresse wird dem Thema Übergewicht als Vorstufe zu einer Krankheit ab Mitte der 1990er Jahre, mit dem Erscheinen des vierten Schweizerischen Ernährungsberichts, vermehrt Beachtung geschenkt. Eine Medizinalisierung des Themas Übergewicht findet vor allem in den Qualitätszeitungen statt, die Boulevardzeitung privilegiert ästhetische und moralisch-ethische Bezugsrahmen.

Vergleicht man die Darstellung in der Publikumspresse mit der Darstellung in wissenschaftlichen Quellen, zeigt sich ein Vorlauf des wissenschaftlichen Diskurses von mindestens 10 Jahren. Übergewicht ist folglich ein wissenschaftliches Thema, das von den Publikumsmedien verhältnismässig spät aufgegriffen wurde. Seit Anfang der 1990er Jahre konzentriert sich der Diskurs in der wissenschaftlichen Fachliteratur eher auf die soziale Bedeutung des Phänomens Adipositas und nicht mehr auf die individuell-medizinische Seite.

Die Resultate der Analyse zeigen, dass in den Publikumsmedien zur Zeit eine individualistische Darstellung von Übergewicht als persönlichem Ernährungsproblem vorherrscht. Im Sinne einer effizienten und langfristigen Präventionspolitik müsste dieser Bezugsrahmen auf eine vermehrte Darstellung der gesellschaftlichen Verantwortung ausgeweitet werden.

Summary

This dissertation examines the question, how Swiss German media cover the topic of overweight. Over the last years overweight has gained an increased interest in the Swiss media. The public awareness for overweight and obesity in Switzerland was raised in the mid 1980ies. In newspapers the topic gained public interest in the 1990ies, parallel to the publication of the fourth Swiss report on nutrition, with its presentation as pre-stage of a disease. The medicalization of the overweight topic is mostly limited to the quality papers. The tabloid press privilege aesthetic and moral-ethic focuses.

Compared to its representation in scientific publications, the representation of overweight in public media shows a time delay of at least 10 years. Therefore we can conclude that overweight is a scientific topic which has been picked up fairly late by the public media. Since the beginning of the 1990ies the discourse in the scientific literature is concentrating more on the social meaning of obesity and no more on the individual-medical part.

The results of the newspaper analysis show the dominance of an individualistic depiction of overweight as a personal nutrition problem. This framing should be enlarged to the presentation of the responsibility of the society in order to establish efficient and long lasting politics of prevention.

Dank

Mein Dank geht an alle, die mich bei der Realisation dieses Projektes, das ich persönlich als mein viertes Kind bezeichne, unterstützt haben. Für die finanzielle Unterstützung zur Durchführung der Recherchearbeit bedanke ich mich bei der Stiftung zur Förderung der Ernährungsforschung in der Schweiz. Dem Genderservice der Universität Lugano bin ich dankbar für eine bezahlte Arbeitspause von einem Monat, in dem ich mich ausschliesslich auf die Dissertation konzentrieren konnte. Isy Gablinger und Jürg Lüthy danke ich für die wertvollen Tipps und Anregungen in den explorativen Gesprächen. Für die Hilfestellungen und Inputs bei der Codierung, dem Durchlesen, der Formatierung und der Schlussredaktion geht ein dickes Dankeschön an Julia, Paolo, Hans Walter, Joachim, Simone, Sabrina & Rita. Mein Doktorvater Prof. Peter Schulz hat mich nebst seinem inhaltlichen Rat durch seinen unerschütterlichen Glauben an mein Vorhaben beeindruckt. Bei meiner Familie, die (zu) oft hinter meiner Dissertation zurückstehen musste, möchte ich mich mit den Worten von George Bernhard Shaw bedanken: „Ihr aber seht, und sagt: Warum? Aber ich träume und sage: Warum nicht?“

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	11
1.1	Einführung ins Thema Übergewicht.....	11
1.2	Übergewicht im Kontext der Gesundheitskommunikation.....	12
1.2.1	Definition von Gesundheitskommunikation.....	14
1.2.2	Übergewicht in der Gesundheitskommunikation	17
1.3	Forschungsziel und empirische Umsetzung der Untersuchung	18
1.4	Struktur der Untersuchung.....	20
2	Epidemiologie von Übergewicht	21
2.1	Übergewicht als Problem.....	21
2.2	Übergewicht in der Schweiz	22
2.2.1	Rechtliche Grundlagen für Gesundheitsinformationen in der Schweiz.....	23
2.3	Übergewicht Erwachsene.....	24
2.4	Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen.....	38
2.5	Statistische Übergewichtsdaten International	45
2.5.1	USA	45
2.5.2	Europa.....	46
2.6	Rückblick auf frühere Jahrzehnte	50
2.6.1	Framingham Heart Study.....	50
2.6.2	Sieben-Länder-Studie	51
2.7	Zusammenfassung der epidemiologischen Daten.....	52
2.8	Ursachen von Übergewicht und Fettleibigkeit	53
2.8.1	Genetische Veranlagung.....	53
2.8.2	Essverhalten und körperliche Aktivität	54
2.8.3	Verhaltens- und Umweltfaktoren	55
2.9	Folgen von Übergewicht und Fettleibigkeit	56
2.9.1	Gesundheitliche Folgen	56
2.9.2	Psychosoziale Folgen.....	58

	2.9.3	Materielle Folgen.....	60
3		Theoretische Fundierung der Inhaltsanalyse	63
	3.1	Konstruktion sozialer Probleme	63
	3.2	Framing.....	66
	3.2.1	Rezipientenframes	67
	3.2.2	Frame als gesellschaftlich prägender Diskurs	68
	3.2.3	Definition des Frame-Konzepts.....	69
	3.2.4	Medienframing von Übergewicht.....	72
	3.2.5	Medizinalisierung	74
	3.3	Boulevardjournalismus	80
	3.4	Die Inhaltsanalyse als Instrument zur Untersuchung von Medieninhalten ..	83
4		Inhaltsanalytische Untersuchung der Publikumspresse	88
	4.1	Empirisches Vorgehen.....	88
	4.1.1	Auswahl des Untersuchungsmaterials	88
	4.1.2	Beschreibung der Zeitungen.....	89
	4.1.3	Untersuchungszeitraum und Stichprobe	90
	4.1.4	Instrument, Kategorienentwicklung und Tests	91
	4.1.5	Auswahl und Erfassung der relevanten Beiträge.....	93
	4.2	Herleitung der Hypothesen	93
	4.2.1	Entwicklung von Hypothese 1.....	93
	4.2.2	Entwicklung von Hypothese 2.....	99
	4.2.3	Hypothesen im Überblick.....	103
	4.3	Auswertung der Themenanalyse.....	105
	4.4	Schlussfolgerungen aus der Inhaltsanalyse.....	149
5		Medizinisch-wissenschaftliche Betrachtung des Themas Übergewicht	152
	5.1	Wissenssoziologischer Ansatz.....	152
	5.2	Problematisierung und Typisierung.....	155
	5.3	Definition von Adipositas.....	156
	5.4	Analyse von Pschyrembel Klinisches Wörterbuch.....	158
	5.5	Zusammenfassung der Pschyrembel-Analyse	164

6	Weitere wissenschaftliche Betrachtung von Übergewicht.....	168
6.1	Analyse der Bibliographie der Zeitschriftenliteratur	168
6.2	Kategorienbildung und Vorgehen.....	169
6.3	Auswertung der Einträge	170
6.4	Zusammenfassung der IBZ-Analyse.....	184
7	Zusammenfassung der Ergebnisse	187
7.1	Übergewicht in der Schweiz	187
7.2	Aufkommen von Übergewicht als Thema	188
7.2.1	Dargestellte Medizinalisierung von Übergewicht	190
7.2.2	Übergewicht – ein soziales Thema?	191
7.3	Vorlaufender Wissenschaftsdiskurs.....	192
7.4	Ist Übergewicht ein Ernährungsproblem?	192
8	Ausblick: Was trägt dieses Wissen zur Lösung des Problems bei?	194
Appendix A : Codbebuch und Codebogen		197
Appendix B : Pschyrembel-Einträge		215
Bibliographie		223

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1. Übergewicht und Adipositas in der Heureka-Studie 1991	26
Tabelle 2. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992.....	27
Tabelle 3. LuftiBus Studie 1993-1998 der Lungenliga des Kantons Zürich.....	28
Tabelle 4. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997.....	29
Tabelle 5. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.....	32
Tabelle 6. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007.....	33
Tabelle 7. Übergewichtige nach der WHO MONICA-Erhebung 1992/1993	38
Tabelle 8. Altersspezifische BMI-Grenzwerte für Mädchen und Knaben, die im Alter von 18 Jahren in einem BMI von 25 kg/m ² (Übergewicht) bzw. 30 kg/m ² (Adipositas) resultieren.....	40
Tabelle 9. Ausgewählte Schweizer Studien mit einer Zusammenfassung der Prävalenzraten von Übergewicht / Adipositas.....	41
Tabelle 10. Artikelanzahl nach Untersuchungsjahr und Zeitung	91
Tabelle 11. Seitenumfang nach Zeitung	95
Tabelle 12. Bildanteil nach Zeitung.....	96
Tabelle 13. Themenanteil nach Zeitung	110
Tabelle 14. Stil nach Zeitung.....	112
Tabelle 15. Saisonale Unterschiede nach Zeitung	114
Tabelle 16. Themen nach Saison	115
Tabelle 17. Themen nach Monat	116
Tabelle 18. Ursachen und deren Beeinflussbarkeit	134
Tabelle 19. Dominierende Ursachen von Übergewicht.....	135
Tabelle 20. Dargestellte Lösungsansätze.....	141
Tabelle 21. Auflagenchronik des Pschyrembel Klinisches Wörterbuch	159

Verzeichnis der Grafiken

Grafik 1.	Verteilung des Körpergewichts in der Nutri-Trend-Studie 2000.....	30
Grafik 2.	Trendvergleich der sieben Schweizer Studien von 1991 bis 2007	34
Grafik 3.	Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992 – 2007, Längsvergleich	35
Grafik 4.	Übergewichtige nach Altersgruppen, 1992 bis 2007	36
Grafik 5.	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder verschiedener Schulstufen (drei Städte, Schuljahr 2006/2007).....	43
Grafik 6.	Anteil der übergewichtigen SchweizerInnen und AusländerInnen auf ausgewählten Schulstufen in den Städten Basel, Bern und Zürich (Schuljahr 2006/2007)	44
Grafik 7.	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei der erwachsenen Bevölkerung in den USA von 1976 bis 2004	46
Grafik 8.	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in den europäischen WHO-Regionen (Studien ab 1999).....	48
Grafik 9.	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern bis 11 Jahren in den europäischen WHO Regionen (Studien ab 1999).....	50
Grafik 10.	Auftreten von Krankheiten und Störungen bei Übergewichtspatienten am Kantonsspital Basel.....	57
Grafik 11.	Artikelanzahl nach Zeitung und Jahr	106
Grafik 12.	Artikelanteile nach Zeitung und Jahr	107
Grafik 13.	Übergewicht als Risiko für Folgekrankheiten oder als Krankheit	120
Grafik 14.	Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem in der NZZ.....	121
Grafik 15.	Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem im TA	122
Grafik 16.	Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem im Blick.....	123
Grafik 17.	Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem in allen Zeitungen.....	124

Grafik 18.	Artikel, die Übergewicht als nicht unethisch darstellen oder explizit ein Recht zu Übergewicht statuieren	125
Grafik 19.	Artikel, die Übergewicht als ästhetisches Problem darstellen	126
Grafik 20.	Artikel, die explizit aussagen, dass Übergewicht kein ästhetisches Problem darstelle	127
Grafik 21.	Artikel die statuieren, dass Übergewicht medizinische und gesundheitliche Folgen habe.....	131
Grafik 22.	Artikel die statuieren, dass Übergewicht ästhetische Folgen habe	132
Grafik 23.	Artikel, welche die Verantwortung für die Übergewichtsbeseitigung nicht dem Individuum zuschreiben.....	137
Grafik 24.	Artikel, die die Verantwortung für die Übergewichtsbeseitigung explizit dem Individuum zuschreiben.....	138
Grafik 25.	Artikel, die medizinische Mittel explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren.....	142
Grafik 26.	Artikel, die, medizinische Mittel als möglichen Lösungsansatz explizit ausschliessen.....	143
Grafik 27.	Artikel, die Ernährungsumstellung / Diät explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren	144
Grafik 28.	Artikel, die Bewegung explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren	145
Grafik 29.	Artikel, die gesellschaftliche Veränderungen explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren	146
Grafik 30.	Entwicklung aller Lösungsmassnahmen über die Zeit	147
Grafik 31.	Zum Thema Adipositas publizierte Aufsätze von 1955 bis 2005.....	171
Grafik 32.	Einzelne Themen	172
Grafik 33.	Interesse an Themen der Kategorie Lösungsansätze	174
Grafik 34.	Interesse an Themen der Kategorie Mechanismus	175
Grafik 35.	Interesse an Themen der Kategorie Folgen	177
Grafik 36.	Interesse an Themen der Kategorie Ursachen	179
Grafik 37.	Interesse an Themen der Kategorie Psychologie	180
Grafik 38.	Interesse an Themen der Kategorie Prävention	181

Grafik 39. Interesse an Themen der Kategorie Kinder und Jugendliche	183
Grafik 40. Interesse an Themen der Kategorie Soziales	184

1 Einleitung

1.1 Einführung ins Thema Übergewicht

Unter Gesundheitsexperten besteht Einigkeit darüber, dass Übergewicht zu einer ernst zu nehmenden globalen Epidemie geworden ist, die die Nikotinsucht als Volkskrankheit Nummer eins bald ablösen könnte. Im Jahr 2007 war jede dritte in der Schweiz ansässige Person über 15 Jahre übergewichtig oder sogar schwer übergewichtig (37,3 Prozent). Übergewicht betrifft somit rund 2,5 Millionen Schweizer (Bundesamt für Gesundheit, 2008b). Längsvergleiche der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992, 1997 und 2002 des Bundesamts für Statistik zeigten einen Anstieg von 6,8 Prozent von Übergewicht und Adipositas. Die Tendenz zu überhöhtem Körpergewicht beobachtet man auch bei Kindern und Jugendlichen: Heute ist bereits jedes fünfte Kind übergewichtig oder adipös (Stamm et al., 2008). Seit der letzten Befragung von 2002 zeichnet sich sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern eine Stabilisierung der Situation ab. Im Vergleich zu den USA, dem Land mit dem höchsten Anteil an Übergewicht und Adipositas in der Gesamtbevölkerung, ist das Auftreten von Übergewicht in der Schweiz noch geringer. Jedoch verläuft die Anstiegskurve in Europa steiler als in den USA (Zimmermann, Gübeli, Püntener, & Molinari, 2004).

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze für die Schwierigkeit, das Gewicht unter Kontrolle zu halten. Die Medizin erforscht genetische und biochemische Ursachen im Körper. Soziologen sehen Zusammenhänge zwischen der kapitalistischen Konsumgesellschaft und der Sucht nach Essen. Medienwissenschaftler versuchen zu ergründen, in wie weit Medien zum Übergewichtphänomen beitragen und wie sie durch die Art der Themeneinbringung als Faktor der öffentlichen Meinungsbildung wirken. Heute gilt als erwiesen, dass Fettleibigkeit ein Phänomen ist, das sich aus dem komplexen Zusammenspiel von Verhalten, Umwelt und genetischer Disposition entwickelt. Dabei wird dem Verhaltensaspekt traditionellerweise grosse Bedeutung zugemessen, was Hand in Hand geht mit einer Stigmatisierung der Betroffenen. Zu hohes Körpergewicht ist für das Individuum oft mit sozialen, psychischen und körperlichen Konsequenzen verbunden, die zu

einem Verlust an Wohlbefinden und Lebensqualität führen. Oder anders gesagt: Übergewicht und Adipositas können dramatische Auswirkungen haben auf den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der betroffenen Personen. Fettleibigkeit ist als Ursache von unzähligen Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Gicht, orthopädische Komplikationen und verschiedenen Krebsarten erkannt; genauso schwer wie die körperlichen wiegen die mit Fettleibigkeit einhergehenden psychischen und sozialen Folgen, die die berufliche bzw. schulische Laufbahn oft beeinträchtigen. Ökonomisch betrachtet kosten die Folgen von Übergewicht und Adipositas und deren Anteil an Folgekrankheiten die Schweiz rund 2.7 Milliarden Franken pro Jahr und werden in absehbarer Zeit massiv zunehmen, sofern keine geeigneten Gegenmassnahmen ergriffen werden (Schneider & Schmid, 2004).

Dabei ist die Frage danach, welches die geeigneten Gegenmassnahmen sind und wer etwas tun soll, der Punkt, der Gesundheitsexperten, Politiker, Mediziner, Journalisten, Forscher und weitere Meinungsbildner gleichermassen beschäftigt, jedoch je nach Blickwinkel zu Kontroversen führt. Ein Ansatzpunkt, um sich einen Überblick über den Verlauf der Debatte zum Thema Übergewicht in der Schweiz zu verschaffen, sind die Massenmedien. Bei der Definition sozialer Probleme, bei ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz bzw. Ablehnung oder im Rahmen möglicher Lösungsansätze spielen die Massenmedien eine zentrale Rolle als Faktor der öffentlichen Meinungsbildung. Aber auch die Feststellung, dass ein soziales Phänomen wie Übergewicht überhaupt Problemcharakter aufweist, erfolgt über kollektive Kommunikationsprozesse (Bonfadelli & Meier, 1993).

1.2 Übergewicht im Kontext der Gesundheitskommunikation

Mit der Analyse, wie sich das Thema Übergewicht in den letzten 50 Jahren geformt hat, bewegt sich die vorliegende Arbeit im Forschungsumfeld der *Gesundheitskommunikation* (engl. *Health Communication*). Gesundheitskommunikationsforschung stellt einen Bereich anwendungsbezogener, interdisziplinärer sozialwissenschaftlicher Forschung dar, der die Rolle menschlicher und medienvermittelter Kommunikation in der Gesund-

heitsversorgung und –förderung untersucht. Um anwendungsbezogene Forschung handelt es sich bei der Gesundheitskommunikationsforschung vor allem aus zwei Gründen: Einerseits werden die pragmatischen Einflüsse menschlicher Kommunikation auf die Bereitstellung und Förderung von Gesundheitsleistungen untersucht, andererseits ist die Arbeit in diesem Bereich oft auf eine Qualitätssteigerung bei besagten Punkten ausgerichtet. Im Bereich der Gesundheitskommunikation wird die Kommunikation als *der zentrale soziale Prozess* aufgefasst. Diese Zentralität ergibt sich durch die alles durchdringende Rolle, die Kommunikation beim Erstellen, Sammeln und Verteilen von Gesundheitsinformationen spielt: „Health information is the most important resource in health care and health promotion because it is essential in guiding strategic health behaviors, treatments, and decisions“ (Kreps, Bonaguro, & Query, 1998, S. 1).

Die Interdisziplinarität ergibt sich dadurch, dass das Feld der Gesundheitskommunikation zwei Wissenschaftsgebiete vereint, nämlich die Gesundheitswissenschaften und die Kommunikationswissenschaften (Jackson & Duffy, 1998). Beide Disziplinen haben sich gemäss Kreps in den letzten Jahren gewinnbringend aufeinander zu bewegt: “The growing focus in public health on communication has led to the development of transdisciplinary frameworks for research, education, practice, and public health communication. In return, the focus on public health problems has given communication scholars important opportunities to expand and test theories of communication methods, processes, and effects” (Kreps & Maibach, 2008, S. 732).

Gesundheitskommunikationsforschung ist ein breites Forschungsgebiet mit zahlreichen Kommunikationsstufen und –kanälen, die in einer grossen Anzahl von unterschiedlichen sozialen Zusammenhängen untersucht werden. Kreps et al. (Kreps, Query, & Bonaguro, 2007, S. 735) umschreiben den Forschungsrahmen wie folgt: „Health communication has developed over the past several decades as a vibrant applied subfield of the communication discipline concerned with the influences of human and mediated communication on health care delivery and health promotion”.

1.2.1 Definition von Gesundheitskommunikation

Eine punktgenaue begriffliche Eingrenzung von Health Communication erweist sich als schwierig. Dies einerseits, weil verschiedene Disziplinen das Themenfeld vornehmlich aus ihrer Perspektive definieren, andererseits, weil unterschiedliche Sichtweisen zu unterschiedlichen Konzeptionen des Gesundheitsbegriffs führen. So ist es bedeutsam, ob von einem traditionell negativen Verständnis von Gesundheit – Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit - oder einer sozialisationsorientiert positiven Gesundheitsdefinition ausgegangen wird, wie sie beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vertritt. Nach der WHO-Definition von 1946 ist Gesundheit ein Zustand des vollkommenen körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization, 1946, S. 100).

Eine häufig zitierte, wenn auch für viele Kritiker zu weit gefasste Definition von Gesundheitskommunikation liefern Kreps und Thornton (Kreps & Thornton, 1992, S. 2): „Health Communication is an area concerned with human interaction in the health care process“. Im deutschsprachigen Raum bezieht man sich oft auf die Definition von Hurrelmann und Leppin (Hurrelmann & Leppin, 2001, S. 11): „Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind“.

Die Gesundheitskommunikationsforschung hat sich während der letzten 30 Jahre v.a. in Nordamerika stetig entwickelt. Unterdessen wenden sich Forscher aus der ganzen Welt dem Gebiet zu. Jazbinsek (Jazbinsek, 2000) beschreibt den Anfang der Entwicklung von Gesundheitskommunikation in den Vereinigten Staaten wie folgt: In den 1970er Jahren etablierte sich Health Communication als selbständiges Teilgebiet von Public Health. Im Zentrum standen die Forschung zur direkten Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie Untersuchungen dazu, wie das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung mittels öffentlicher Kampagnen und schulischer Gesundheitserziehung beeinflusst werden kann. In den 1980er Jahren wurde das Forschungsgebiet erweitert um Untersuchungen zur Wirkung von Massenmedien. In der Wirkungsforschung ging es insbesondere um die Frage, welche beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen die Nutzung von Massenmedien auf das Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten der Bevölkerung hat und wie Massenmedien am effizientesten in Strategien der Gesundheitsförderung einbezogen werden können. Seit den 1990er Jahren wird Gesundheitskommunikation als Bestandteil einer modernen Gesundheitspolitik betrachtet, die sich verschiedener, auch interaktiver Medien und Strategien bedient, um gesundheitsförderndes Verhalten in der Bevölkerung zu unterstützen und zu fördern. Über die Jahre haben sich die beiden den Begriff Gesundheitskommunikation bildenden Disziplinen Gesundheitswissenschaften und Kommunikationswissenschaften immer stärker gegenseitig angenähert und gemäss Kreps et al. (Kreps et al., 1998) kann man damit rechnen, dass sie schliesslich zu einer Einheit verschmelzen werden.

Eine solche Verschmelzung wäre insofern von Vorteil, als Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung zunehmend als zwei untrennbar miteinander verbundene Teilgebiete gesehen werden müssen. Dabei stellt die Gesundheitsförderung die primäre Aktivität der Gesundheitsversorgung dar, indem sich medizinisches Personal wie Ärzte, Krankenschwestern und andere Anbieter zunehmend in der Gesundheitserziehung engagieren. Aber nur wenn diese Gesundheitsförderungsaktivitäten mit den Aktivitäten und Programmen des Gesundheitsversorgungssystems koordiniert werden, kann eine effiziente und nachhaltige Gesundheitspolitik betrieben werden. Seit Mitte der 1990er Jahre fokus-

siert die Gesundheitskommunikationsforschung zunehmend auf die effiziente Verbreitung von massgeblichen Gesundheitsinformationen zur Förderung der Volksgesundheit. Maibach, Kreps & Bonaguro zeigten sich 1993 überzeugt, dass moderne Gesundheitsförderungsanstrengungen die multidimensionale Natur von Gesundheitskommunikation erkennen, entsprechend mehrstufige und mehrkanalige Kommunikationsstrategien entwerfen und diese Vielzahl unterschiedlicher Präventionsbotschaften und Kampagnen auf ein relevantes und spezifisches Zielpublikum anwenden (Maibach, Kreps, & Bonaguro, 1993). Ende der 1990er Jahre beobachtete Kreps zudem, dass sich die Gesundheitskommunikation zunehmend mit der Rolle von Kultur als einer die Gesundheit und das Gesundheitswesen beeinflussenden Grösse befasst: „Future research will examine the health communication needs of marginalized cultural groups and identify strategies for enhancing health communication with members of these groups“ (Kreps et al., 1998, S. 12).

Was die zukünftige Ausrichtung der Gesundheitskommunikationsforschung anbelangt, zählen Kreps et al. (Kreps & Maibach, 2008) einige Trends auf, die sich weitgehend mit der Sicht anderer auf diesem Gebiet tätiger Wissenschaftler decken: Die Zusammenarbeit zwischen Kommunikations- und Gesundheitswissenschaftlern wird weiterhin wachsen. Der Einsatz interaktiver Gesundheitskommunikations-Technologien eröffnet dabei neue Chancen bei der Verbreitung relevanter Gesundheitsinformationen. Die Gesundheitskommunikationsforschung ist zunehmend gefordert in neuen Bereichen der Risiko- und Krisenkommunikation, zum Beispiel bei der Prävention von sowie der Vorbereitung und Reaktion auf natürliche Katastrophen, Epidemien und sogar Krisen wie Terrorismus. Ein grosser Forschungsbedarf besteht bei der Untersuchung globaler Gesundheitskommunikationsthemen. Ein weiterer Fokus liegt auf ethischen Belangen im Zusammenhang mit Kommunikation und Gesundheit. Eine Stärkung der Konsumenten mit entsprechender Öffentlichkeitsarbeit soll dazu beitragen, die Machtverhältnisse zwischen Anbietern und Konsumenten auszugleichen und damit die Krankheitsprävention und die Pflege der eigenen Gesundheit zu fördern; die Gesundheitskommunikationsforschung wird zunehmend dazu eingesetzt, die Informationsbedürfnisse der Konsumenten zu erheben und

entsprechend Strategien zu entwickeln, um die Konsumenten zum Erhalt und der Pflege ihrer eigenen Gesundheit zu motivieren.

Was die wissenschaftliche Verankerung anbelangt, bildet Health Communication innerhalb der Medien- und Kommunikationswissenschaft (noch) kein eigenes Fachgebiet, sondern entspringt einem Zusammenschluss von gesundheitswissenschaftlichen und kommunikationswissenschaftlichen Interessen mit stark anwendungsbezogener Perspektive, der personell von Kommunikationswissenschaftlern dominiert wird (Hurrelmann & Leppin, 2001). Eine methodologische Innovation, die der engen Zusammenarbeit zwischen Kommunikationswissenschaft und Gesundheitswissenschaften entspringt, ist die vermehrte Durchführung von Inhaltsanalysen im Bereich der Gesundheitsforschung.

1.2.2 Übergewicht in der Gesundheitskommunikation

Übergewicht ist ein wichtiges Thema in der Gesundheitskommunikation. In den USA gilt Übergewicht zusammen mit der Krebsthematik als wichtigstes Gesundheitsthema überhaupt (Major, 2009). Auch in der Schweiz hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verlauten lassen, dass die Zunahme von Übergewicht im Moment das grösste ernährungsbezogene Problem darstelle, das die Schweiz zu lösen habe. Die Gesundheitskommunikation beleuchtet dabei verschiedenste Aspekte der Übergewichtsthematik aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

Ein grosses Themengebiet sind Untersuchungen zur Darstellung von Übergewicht in ausgewählten Medien. Medienanalysen sollen zur Klärung der Frage beitragen, wie sich die Gesellschaft mit dem Thema auseinandersetzt, d.h. ob und wie das Phänomen in der medialen Öffentlichkeit thematisiert wird, welche Ursachen, Folgen und Lösungsansätze verstärkt präsentiert werden und über welche Betroffenen und Urheber der Diskurs geführt wird. Als illustrierendes Beispiel dazu soll die inhaltsanalytische Untersuchung von Sandberg (Sandberg, 2004) genannt werden. Die Autorin geht der Frage nach, wie Übergewicht in vier schwedische Tageszeitungen dargestellt wird und welche Konsequenzen diese Darstellungen hat. Dabei stellt die Autorin fest, dass Übergewicht in den

schwedischen Printmedien fast gleich häufig als frauenspezifisches Schönheitsmanko wie als Gesundheitsproblem dargestellt wird. Ferner kommt Sandberg zum Schluss, dass die Themenfrequenz der Mediendarstellung deutlich unter dem realen Auftreten des Phänomens liegt.

Übergewicht unter gesundheitspolitischem Blickwinkel

Ein weitere Themenblock, nämlich Übergewicht im Umfeld der Gesundheitspolitik, befasst sich mit Gesundheits- und Ernährungspolitik im umfassenden Sinn. Darunter fallen beispielsweise Analysen zur Dicken-Bewegung (Mack, 2007), zur Fast-Food-Regulierung (Robinson, Bloom, & Lurie, 2005; Thomson, 2009), zu staatlichen Eingriffen zwecks Regulierung der Industrierwerbung (Ford & Calfee, 2005; Seiders & Petty, 2004) oder zum Ernährungs-Profilung und -Labeling (Wansink & Chandon, 2006) im Zusammenhang mit dem Marketing von ungünstig zusammengesetzten Lebensmitteln.

Kinder und Jugendliche im Fokus

Bei allen Übergewichtsthemen steht die Gruppe der Kinder und Jugendlichen in den letzten Jahren vermehrt im Zentrum des Interesses (Harker, Harker, & Burns, 2007). Ein besonderer Schwerpunkt bildet dabei der Themenkomplex, der sich mit dem Einfluss von Medien, Werbung und Industriemarketing auf das Körpergewicht von Kindern befasst (siehe dazu z.B. Desrochers & Holt, 2007; Jordan, 2007; Seiders & Petty, 2007; Zhao & Du, 2007). Werbung im weitesten Sinn, nämlich die Werbung für gesundheitsförderliches Verhalten bzw. zum Schutz von gefährdeten Gruppen, behandeln Untersuchungen zum Design und Inhalt von Gesundheitskampagnen gegen Übergewicht (Pratt, 2007)

1.3 Forschungsziel und empirische Umsetzung der Untersuchung

Das vorliegende Forschungsprojekt befasst sich mit der Frage, in welche(n) thematischen Bezugsrahmen die Publikums- und Fachmedien das Thema Übergewicht von 1955 bis 2005 stellen und ob sich diese(r) Bezugsrahmen im Verlauf der Untersuchungsperio-

de verändert/n. Insbesondere soll die Frage geklärt werden, ob die Deutschschweizer Publikumsmedien das Thema Übergewicht medizinalisiert, d.h. in einen medizinischen Rahmen gestellt haben. Es geht also einerseits darum festzustellen, ob und wenn ja, wann und wie Übergewicht eine medizinische Dimension erhalten hat. Dabei soll nicht beurteilt werden, ob Übergewicht tatsächlich ein medizinisches Problem darstellt. Ziel ist es vielmehr, den sozial-historischen Prozess zu analysieren, der bei der kulturell-medialen Produktion von medizinischen Kategorien beteiligt war. Andererseits soll durch den Vergleich mit der wissenschaftlichen Literatur eine Antwort auf die Frage gefunden werden, ob es sich bei Übergewicht eher um ein wissenschaftliches Thema handelt, das von der Publikumspresse aufgegriffen wurde oder umgekehrt, um ein populäres Alltagsphänomen, das von der Wissenschaft aufgegriffen wurde.

Als Instrument zur Beschreibung potentieller Muster und zur Identifizierung einer möglichen Medizinalisierung bei der Darstellung von Übergewicht in den Deutschschweizer Printmedien dient eine hypothesengeleitete Inhaltsanalyse. Um zu prüfen, wann das Thema Übergewicht in die Deutschschweizer Medien kam und wie es dort problematisiert wird, werden die *Neue Zürcher Zeitung (NZZ)*, der *Tages-Anzeiger (TA)* und der *Blick (Bli)* inhaltsanalytisch untersucht. Verglichen werden diese Mediendaten mit den aus einer Literatur-Recherche stammenden epidemiologischen Daten. Die epidemiologischen Daten werden dabei als soziale, statistisch erfassbare Realität betrachtet, die ausserhalb der Medienberichterstattung existiert und die man bis zu einem gewissen Grad sinnvoll und sinnbringend mit der Darstellung in den Medien vergleichen kann. Als Vergleichsindikator für die Aufmerksamkeit der Wissenschaft erfolgt parallel dazu über den gleichen Zeitraum eine qualitative Analyse des *Klinischen Wörterbuchs Pschyrembel* sowie eine Frequenzanalyse der Einträge in der *Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur (IBZ)*. Die langfristige Projektanlage ist darauf angelegt, die Genese der Darstellung des Problems zu erfassen. Das gewählte Vorgehen scheint insofern angemessen, als sich durch die langfristige zeitliche Ausbreitung und die Indikatoren-Kombination Entwicklungstendenzen aufzeigen und intermediäre sowie gebietsübergreifende Vergleiche anstellen lassen. Eine vergleichbare Arbeit zur Veränderung der Be-

richterstattung in der Schweiz liegt im Bereich der Gesundheitskommunikation nach dem Wissen der Autorin nicht vor.

1.4 Struktur der Untersuchung

Die Struktur der Arbeit gliedert sich wie folgt: Nach dieser einleitenden Einführung in die Übergewichtsthematik und der theoretischen Eingliederung der Untersuchung im Bereich Gesundheitskommunikation soll in Kapitel 2 ein epidemiologischer Überblick über das Thema Übergewicht vermittelt und seine Kontextualisierung vorgenommen werden. Unter Zuzug von Erkenntnissen aus anderen industrialisierten Ländern wird insbesondere die Situation in der Schweiz beschrieben. Dabei werden epidemiologische und historische Fakten zum Übergewicht von Erwachsenen und Kindern in der Schweiz und international dargestellt. Nach einer theoretischen Fundierung in Kapitel 3 wird der über den Medien stehenden, sogenannten primären Realität in Kapitel 4 die Medienrealität gegenübergestellt. Dabei ist die in dieser Untersuchung dargestellte Medienrealität das Ergebnis einer quantitativen Inhaltsanalyse zur Frage, wie die Deutschschweizer Presse von 1955 bis 2005 über das Thema Übergewicht berichtet. Insbesondere steht in diesem Teil die Frage im Zentrum, ob sich in den untersuchten Medien über die letzten 50 Jahre eine Tendenz zur Medizinalisierung von Übergewicht abzeichnet. Kapitel 5 befasst sich mit der medizinisch-wissenschaftlichen Entwicklung des Themas Übergewicht im medizinischen Wörterbuch Pschyrembel. In Kapitel 6 wird der Fokus mit einer Analyse der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur auf die weitere Wissenschaft erweitert. In der Zusammenfassung in Kapitel 7 werden die Resultate der drei Teilstudien untereinander und mit der sozialen Realität des Phänomens Übergewicht in der Schweiz verglichen. Das Schlusskapitel 8 beinhaltet einen kurzen Ausblick. Die Ergebnisse dienen einerseits dazu, die Fragestellung *Wie berichtet die Deutschschweizer Presse über das Thema Übergewicht* zu beantworten. Andererseits sollte es durch den Datenvergleich in der Schlussfolgerung möglich sein zu beurteilen, ob die Populärmedien bezüglich Übergewicht einem wissenschaftlichen Diskurs folgen oder eher umgekehrt.

2 Epidemiologie von Übergewicht

2.1 *Übergewicht als Problem*

In den letzten 20 bis 30 Jahren hat sich die Wahrnehmung von Übergewicht von einem Randproblem in der öffentlichen Gesundheit von Wohlstandsgesellschaften zu einer tödlichen Bedrohung von globaler Dimension gewandelt. Dabei ist die mit Übergewicht einhergehende Problematik in den am stärksten betroffenen Ländern wie den USA gut dokumentiert. Im Gegensatz dazu wurde der Zunahme von Übergewicht in der Bevölkerung anderer Länder bis vor wenigen Jahren relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Bewusstseinswende trat 1997 ein. Der WHO-Report von 1997 bezeichnete Adipositas erstmals als globale Epidemie (World Health Organisation, 2008). Damit wurde signalisiert, dass Übergewicht insbesondere im Bereich der Prävention mit den selben Waffen bekämpft werden müsse wie eine hochinfektiöse Krankheit, wie beispielsweise Aids. Seither wird das Gewicht der Bevölkerung in den meisten ökonomisch etablierten Ländern systematisch erfasst und kontrolliert.

Von Übergewicht betroffen sind sowohl Erwachsene (Seidell & Rissanen, 2004) als auch Kinder und Jugendliche (Sherry & Dietz, 2004). Zur Schätzung der Fettmasse einer Person stehen verschiedene Methoden zur Verfügung (Bray, Bouchard, & James, 1998). Als universeller Massstab zur Definition von Unter-, Normal- und Übergewicht bei Erwachsenen hat sich Mitte der 1990er Jahre der Body Mass Index (BMI) etabliert ($\text{BMI} = \text{Körpergewicht in kg} / \text{Körpergröße im Quadrat}$). Die Anwendung der WHO-Klassifizierung von 1995 sieht folgende Werte vor: Untergewicht: $\text{BMI} < 18.5 \text{ kg/m}^2$, Normalgewicht: $\text{BMI } 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$, Übergewicht: $\text{BMI } 25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$, Adipositas/Fettleibigkeit: $\text{BMI } 30+ \text{ kg/m}^2$ (World Health Organization, 2009). Diese Klassifizierung basiert auf der wissenschaftlichen Annahme, dass Normalgewicht das Gewicht darstelle, das mit dem niedrigsten Risiko zu frühzeitigem Tod (Mortalitätsrisiko) verbunden ist. Zu hohes Körpergewicht birgt aber nicht nur ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, sondern geht auch einher mit einer erhöhten Krankheitswahrscheinlichkeit (Morbidität), z.B. für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes usw. Auf Kinder und Jugendliche können diese

BMI-Normen nicht angewendet werden, weil diese Altersgruppe in der Wachstums- und Pubertätsphase einer zu raschen Veränderung von Gewicht, Körpermasse und Körperzusammensetzung unterworfen ist. Für Kinder und Jugendliche müssen Wachstumskurven berücksichtigt werden.

Bis zur Schaffung der einheitlichen Definitionskriterien gestaltete sich das Studium der Epidemiologie von Übergewicht aufgrund unterschiedlicher Länderkriterien zur Klassifizierung des Ausmasses von Übergewicht als äusserst schwierig. Auch heute noch wird die Datenvergleichbarkeit durch die Datenqualität, sprich uneinheitliche Messverfahren (z.B. Selbstrapport vs. Labormessung), Einschränkungen bei der Stichprobenbildung (z.B. durch Beschränkung auf Bevölkerungstypen) oder methodologische Besonderheiten (z.B. Definition basierend auf bestimmten Perzentilenwerten) reduziert. Mangels nationaler Daten und Erfahrungen greifen verschiedene europäische Länder zur Beurteilung und Bekämpfung des Übergewichtsproblems auf amerikanische Daten und Erkenntnisse zurück; in den USA laufen seit den 1960er Jahren staatliche Kampagnen gegen Übergewicht sowie nationale Cholesterin-Erziehungsprogramme mit Empfehlungen zu drastischer Fettreduktion und Gewichtsnormalisierung. Unterdessen hat sich allerdings gezeigt, dass gewisse US-Daten infolge unterschiedlicher Verhältnisse wenn überhaupt, dann nur mit Einschränkungen und/oder Anpassungen auf europäische Länder übertragbar sind und nationale Forschungsbemühungen nicht ersetzen können.

2.2 Übergewicht in der Schweiz

In der Schweiz hatte 2002 jeder dritte Erwachsene und jedes fünfte Kind Übergewicht (Eichholzer, Camenzind-Frey, Matzke, Amadò, & Ballmer, 2005b). Weltweit nimmt das Übergewicht dermassen stark zu, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits von einer Pandemie spricht. Bezüglich Ursachen wird in der WHO-Charta gegen Übergewicht die Meinung vertreten, dass das Phänomen auf Veränderungen im wirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Umfeld zurückzuführen sei (WHO, 2006). Nach aktuellen Erkenntnissen ist Fettleibigkeit damit ein typisches Beispiel für ein Phänomen, das sich aus dem komplexen Zusammenspiel von Verhalten, Umwelt und genetischer Dispo-

sition entwickelt. Menschen leben in einem kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Umfeld, das ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beeinflusst (Brix & Lang, 2000).

Im Einklang mit Trends aus anderen europäischen Ländern und den USA gibt es in der Schweiz Hinweise auf einen wachsenden Anteil von Übergewicht betroffenen Individuen (Prävalenz von Übergewicht) in der erwachsenen Bevölkerung (Suter & Schutz, 2005) und bei Kindern und Jugendlichen (Suter, 2005). So hat die Häufigkeit von Übergewicht im Verlauf der letzten drei Erhebungen (1992, 1997, 2002) der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen in allen Altersklassen mit Ausnahme der Männer zwischen 55-64 Jahre zugenommen. In der Gesamtpopulation findet sich der steigende Trend über die Untersuchungen von 1992, 1997 und 2002 für Männer und Frauen gleichermaßen. Die Prävalenz von Übergewicht bestätigt sich auch in anderen Studien. Aufgrund von unterschiedlichen Definitionskriterien und Populationen sowie mangels Langzeitstudien, die auf objektiver Bestimmung der Risikofaktoren basieren, sind zuverlässige Aussagen über die Häufigkeit von Übergewicht in der Schweiz jedoch schwierig.

2.2.1 Rechtliche Grundlagen für Gesundheitsinformationen in der Schweiz

Die rechtlichen Informationsgrundlagen für Gesundheitsinformationen in der Schweiz wurden zu Beginn der 1990er Jahre gelegt. 1992, bei der Totalrevision des fast 90 Jahre alten Schweizerischen Lebensmittelgesetzes, wurde als wesentliche Neuerung ein allgemeiner Informationsartikel 12 eingeführt der festlegt, dass der Bund die Öffentlichkeit auch „über ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse von allgemeinem Interesse, welche namentlich für die Gesundheitsvorsorge und den Gesundheitsschutz von Bedeutung sind“ informieren kann (Schweizerische Eidgenossenschaft, 1992). Im gleichen Jahr wurde die erste Schweizerische Gesundheitsbefragung vom Bundesamt für Statistik durchgeführt, die seither alle 5 Jahre wiederholt wird. Ernährungsberichte wurden in der Schweiz auch bereits vor 1992 publiziert, jedoch ausschliesslich auf Initiative von Mitgliedern der Schweizerischen Ernährungscommission (EEK). Die Berichte von 1975 und 1984 entstanden noch unter der Autorenschaft der EEK. Ab dem 3. Bericht 1991 trat das

heute verantwortliche Bundesamt für Gesundheit (BAG) immer deutlicher in Erscheinung. Mit dem Erscheinen des 4. Ernährungsberichtes 1998 kam das Thema Übergewicht erstmals richtig zur Sprache, wurde doch bereits in der Pressemitteilung zur Ankündigung des Berichts auf die Übergewichtsproblematik verwiesen. Auch im letzten 5. Ernährungsbericht kommt der Übergewichtsthematik grosse Bedeutung zu. Grundsätzlich stellen die regelmässig erscheinenden Schweizerischen Ernährungsberichte, in denen u.a. auch die Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen dargestellt werden, ein wichtiges Element der helvetischen Gesundheitsberichterstattung dar.

2.3 *Übergewicht Erwachsene*

Für erwachsene Personen ab 15, bzw. 20 Jahren sind in der Schweiz vor allem ab den 1990er Jahren verschiedene repräsentative Studien zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas durchgeführt worden. Selbstverständlich wurden auch schon früher helvetische Untersuchungen zum Körpergewicht gemacht. Diese sind hier allerdings von begrenztem Interesse, weil sie sich entweder nur mit einzelnen Bevölkerungsgruppen befassen, aus nicht repräsentativen Stichproben der Gesamtbevölkerung bestehen oder methodologisch nicht vergleichbar sind.

Stellvertretend für eine dieser älteren Studien soll hier dennoch beispielhaft die dritte prospektive epidemiologische Studie über Herz-Gefässkrankheiten von Mitarbeitern der Basler Chemischen Industrie (Basler Studie III) erwähnt werden, die von 1971 bis 1973 durchgeführt wurde. Gemäss der Basler Studie III, in der der Körpermassenindex (engl. Body Mass Index) bei 3'300 Männern nach Altersklassen gemessen wurde, nahm der Body Mass Index mit steigendem Alter zu; in den höheren Altersklassen fanden die Forscher 40-50% Übergewicht. So waren zum Beispiel bei den 55-64-jährigen Arbeitnehmern 44% übergewichtig und 4.5% adipös. Leider sind keine Vergleiche vorgenommen worden zwischen den drei Studien. In der dritten Studie kam man zum Schluss, dass die Körperfettmenge wesentlich durch Verhaltensweisen und Gruppennormen beeinflusst werde und mit dem sozioökonomischen Status der Probanden invers korreliere (leitende Mitarbeiter waren signifikant weniger übergewichtig als unqualifizierte Arbei-

ter). Kein Zusammenhang konnte hergestellt werden zwischen Alkoholkonsum und Übergewicht, hingegen zeigten sich in verschiedenen Rauchergruppen deutliche Unterschiede (Pfeifen- und Zigarrenraucher waren deutlich übergewichtiger als Zigarettenraucher). Der Autor zog aus den Daten unter anderem den auch heute noch gültigen Schluss, dass „das Verhindern des Gewichtsanstieges im jungen und späteren Erwachsenenalter eine der wohl wirksamsten präventiv-medizinischen Massnahmen darstellen würde“ (Stähelin, 1975).

Nach diesem eher historisch gefärbten Einstieg soll das Ausmass der Übergewichtsproblematik in der Schweiz etwas detaillierter erfasst werden. Dazu werden die repräsentativen Daten der Heureka-Studie (1991), die Datensets der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (1992/1997/2002/2007), die LuftiBus-Studie (1993-98) sowie die Nutri-Trend-Studie (2000) genauer betrachtet.

1991 entstand im Rahmen der Heureka-Forschungsausstellung in Zürich (Juni bis Oktober 1991) die sogenannte **Heureka-Studie** (Suter, Weissner, Grune, Spuhler, & Vetter, 1993). In der Heureka-Studie wurden bei 12'000 Ausstellungsbesuchern im Alter von über 20 Jahren mit einem Fragebogen verschiedene klinische und biochemische Parameter erfasst, darunter Körpergewicht und Körpergrösse. In Abhängigkeit von Alter und Geschlecht wiesen zwischen 10 und 41% der untersuchten Besucher einen BMI von 25 kg/m² auf, 0.7 bis 6.2% erreichten einen BMI von 30 kg/m². Ein besonders starker Anstieg des BMI verzeichnete man zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr. Im Vergleich mit anderen Schweizer Studien zeigt die Heureka-Studie die tiefsten Prävalenzahlen. Dies ist vermutlich auf das Studiendesign zurückzuführen, da die Studienteilnehmer eher aus gesundheitsorientierten, sozioökonomisch höheren Populationsschichten stammen und den Weg zur Forschungsausstellung auf sich nehmen mussten, was Morbid-Adipöse eventuell an der Teilnahme gehindert hätte.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Prävalenzzahlen der Heureka-Studie. Gesamthaft ergab die Studie einen Anteil von 24.2% übergewichtiger (BMI 25 - 29.9 kg / m²) und von 3.4% adipöser (BMI \geq 30 kg / m²) Personen für die Schweiz.

Tabelle 1. Übergewicht und Adipositas in der Heureka-Studie 1991

Anteil nach Alter und Geschlecht in %

Alter	BMI 25 – 29.9		BMI \geq 30	
	Frauen %	Männer %	Frauen %	Männer %
20-29	5.5	14.3	0.6	0.8
30-39	9.0	25.7	2.0	2.8
40-49	16.0	36.6	2.8	3.8
50-59	23.5	42.0	4.7	5.6
50-69	24.0	42.5	3.9	5.3
70-79	25.7	45.7	4.8	3.9
80 plus	20.0	27.4	6.4	6.0
Total	24.2		3.4	

Basis: 12'000 Ausstellungsbesucher der Heureka-Forschungsausstellung in Zürich.

Quelle: Suter, 1993.

1992 führte das Bundesamt für Statistik die erste **Schweizerische Gesundheitsbefragung** durch, die seither alle fünf Jahre mit der gleichen Methode wiederholt wird. Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung beruhen auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe aus der Schweizer Wohnbevölkerung von 15 und mehr Jahren, die in einem Privathaushalt mit Telefonanschluss lebt. Kernstück der Befragung bildet ein computergestütztes telefonisches Interview CATI (computer assisted telephone interview). Über 75-jährige Zielpersonen werden zu Hause befragt (Calmonte, Galati-Petrecca, Lieberherr, Neuhaus, & Kahlmeier, 2005). In einem durchschnittlich 40 Minuten dauernden Gespräch werden die Zielpersonen in Deutsch, Französisch oder Italienisch interviewt. Den Teilnehmern werden zu Körpergrösse und Körpergewicht die nachfolgenden Fragen

gestellt: „Können Sie mir sagen, wie gross Sie sind (ohne Schuhe)?“ und „Und wie viel wiegen Sie (ohne Kleider)?“ Für die Körpergrösse, das Körpergewicht und den BMI werden daraus Mittelwerte und Perzentilen nach Alter und Geschlecht berechnet. Dabei wird Übergewicht nach den WHO-Richtlinien von 1995 definiert und unterteilt (Übergewicht Grad I: BMI 25-29.9; Übergewicht Grad II: BMI 30-39.9).

An der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93** beteiligten sich 14'899 Personen ab dem 15. Altersjahr, davon 6'749 Männer und 8'150 Frauen (Teilnahmequote 71%). Die festgestellte Prävalenz liegt mit 24.9% für Übergewicht und 5.4% für Adipositas höher als bei der Heureka-Studie. Insgesamt weisen 21.8% der Frauen und 39.2% der Männer ein zu hohes Körpergewicht auf. Mit zunehmendem Alter steigt dieser Anteil bei beiden Geschlechtern und in beiden Übergewichtskategorien. Die Männer weisen mit 55–64 Jahren die höchsten Prozentsätze auf, bei den Frauen stellt man eher eine kontinuierliche Zunahme fest. Insgesamt sind Frauen aller untersuchten Altersklassen deutlich seltener übergewichtig als Männer.

Tabelle 2. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992

Anteil nach Alter und Geschlecht in %

Alter	BMI 25 – 29.9		BMI ≥ 30	
	Frauen (n=8'150) %	Männer (n=6'749) %	Frauen (n=8'150) %	Männer (n=6'749) %
15-24	6.1	11.8	0.7	1.1
25-34	9.4	26.0	2.4	3.8
35-44	13.7	34.5	4.3	5.3
45-54	19.0	41.7	5.4	8.8
55-64	27.8	48.5	8.7	10.7
65-74	31.5	42.0	8.3	9.4
75+	27.9	40.7	7.1	6.4
Total (n=14'899)	24.9 (n=3'644)		5.4 (n=804)	

Basis: 14'899 Personen ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

Von 1993 bis 1998 führte die Lungenliga des Kantons Zürich im Rahmen des LuftiBus-Projekts die sogenannte **LuftiBus-Studie** durch (Egger et al., 2001). Daten von 30'598 Besuchern des LuftiBus der Lungenliga im Alter von über 20 Jahren mit Wohnsitz im Kanton Zürich wurden erfasst. Neben anderen Parametern wurden in einem mobilen Testbus die Körpergrösse gemessen und das Körpergewicht erfragt. Die nicht repräsentativen Angaben dieser deskriptiven Studie beziehen sich wie erwähnt nur auf den Kanton Zürich. Die in der Luftibus-Studie gefundene Gesamtprävalenz (Mittelwert aller Erwachsenen) liegt bei 28.8% für Übergewicht und bei 6.8% für Adipositas und stimmt mit anderen epidemiologischen Studien überein. In jüngeren Jahren zeigen die Frauen ein geringeres Körpergewicht als die Männer, dieser Geschlechtsunterschied verringert sich jedoch mit zunehmendem Alter. Für die Untersuchungsjahre 1993 bis 1998 stellten Egger et al. keine Zunahmen der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas fest. Die Studie hält fest, dass die hohen Adipositas-Raten in der Gesamtpopulation und vor allem in bestimmten Altersgruppen ein Indiz dafür sind, dass der Prävention des Übergewichts und der Adipositas mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Tabelle 3. LuftiBus Studie 1993-1998 der Lungenliga des Kantons Zürich

Anteil nach Alter und Geschlecht in %

Alter	BMI 25 – 29.9		BMI ≥ 30	
	Frauen %	Männer %	Frauen %	Männer %
20-29	8.9	15.6	2.2	1.9
30-39	13.6	28.2	4.2	4.2
40-49	19.3	37.3	5.1	6.3
50-59	26.4	44.1	9.0	8.4
60-69	35.4	49.2	12.4	10.2
70-79	39.6	48.5	13.1	10.0
80-89	36.9	39.1	10.2	8.6
90-99	26.3	36.0	15.8	0
Total (n=30'598)	28.8		6.8	

Basis: 30'598 Besucher des LuftiBus im Kanton Zürich.

Quelle: Egger, 2001.

1997 führte das Bundesamt für Statistik die **zweite Schweizerische Gesundheitsbefragung** durch, die methodisch mit der ersten vergleichbar ist (Eichholzer, Bisig, Gutzwiller, & Lüthy, 2000). Bei dieser repräsentativen Stichprobenerhebung beteiligten sich 12'821 Personen ab dem 15. Altersjahr (Teilnahmequote 69%). Die Prävalenz von Übergewicht betrug 28.1%, von Adipositas 6.8%. Dabei lag der Anteil übergewichtiger Männer mit 35.5% deutlich über dem Anteil von 21.2% übergewichtiger Frauen. Adipös waren bei den Männern 6.7%, bei den Frauen 7.0%. Im Unterschied zur Ungleichverteilung von Übergewicht sind Männer und Frauen in allen Altersklassen von Adipositas praktisch gleichermassen betroffen.

Tabelle 4. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997

Anteil nach Alter und Geschlecht in %

Alter	BMI 25 – 29.9		BMI ≥ 30	
	Frauen (n=7'105) %	Männer (n=5'716) %	Frauen (n=7'105) %	Männer (n=5'716) %
15-24	8.4	10.8	0.8	1.2
25-34	12.9	26.1	4.0	5.6
35-44	17.6	36.3	5.5	4.5
45-54	24.2	47.5	7.0	8.6
55-64	30.8	49.4	13.4	11.9
65-74	37.5	47.9	12.6	11.2
75+	28.4	38.2	9.3	7.2
Total (n=12'821)	28.1 (n=3'467)		6.8 (n=876)	

Basis: 12'821 Personen ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

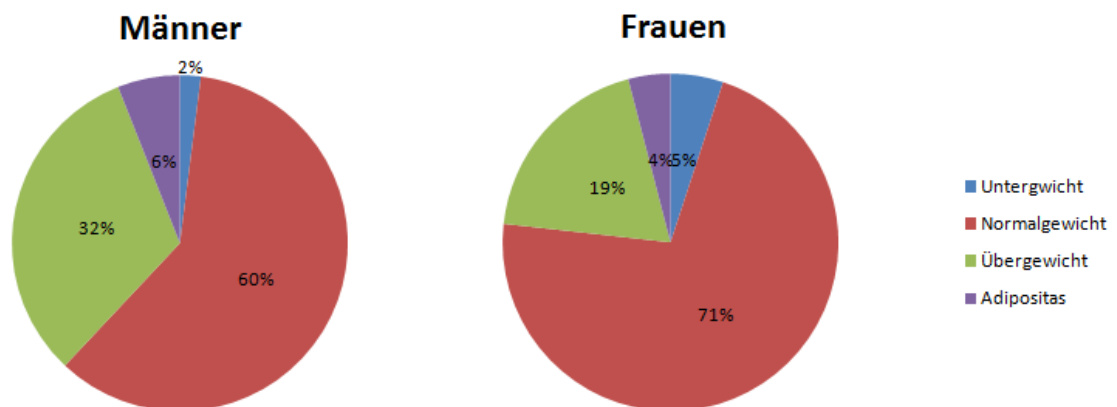
Im Jahr 2000 führte die Nestlé Schweiz zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit die **Nutri-Trend-Studie 2000** durch (Eichholzer, Camenzind-Frey, Matzke, Amadò, & Ballmer, 2005b). Dies ist die vierte Erhebung, die Nestlé Schweiz mit Unterstützung des

Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in den letzten 15 Jahren gemacht hat. Die Nutri-Trend-Studie 2000 bezweckte die Erhebung von Informationen zu Ernährungsgewohnheiten und Einstellungen zur Ernährung in der Schweiz. In einer repräsentativen Stichprobe wurden 1'004 zufällig ausgewählte Bewohner der Schweiz (526 Frauen, 478 Männer) im Alter zwischen 18 und 74 Jahren in einem strukturierten CATI-Telefon-Interview vom Institut Demoscope befragt. Gemäss den Daten der Nutri-Trend-Studie 2000 waren insgesamt 26% (19% der Frauen und 32% der Männer) der befragten Zielgruppe übergewichtig und 5% (4% der Frauen und 6% der Männer) adipös. Damit wies knapp ein Drittel der Schweizer einen zu hohen Body Mass Index auf. Menschen über 51 Jahre hatten häufiger (42%) Übergewicht als jüngere Personen (18%).

Diese Resultate sind vergleichbar mit den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997, gemäss denen 28.1% der erwachsenen Bevölkerung an Übergewicht und 6.8% an Adipositas leidet.

Grafik 1. Verteilung des Körpergewichts in der Nutri-Trend-Studie 2000

Anteil nach Gewichtsklasse und Geschlecht in %



Basis: 1'004 zufällig ausgewählte Bewohner der Schweiz.

Quelle: Nestlé Schweiz, 2000.

2002 führte das Bundesamt für Statistik die **dritte Schweizerische Gesundheitsbefragung** durch. Die Methode entspricht den Befragungen von früher. Interviewt wurden 19'472 Personen (Teilnahmequote 64%) im Alter ab 15 Jahren, die in privaten Haushalten mit Telefonanschluss in der Schweiz leben. Die Umfrage ergab eine Gesamtprävalenz von 29.4% für Übergewicht und 7.7% für Adipositas. Dabei lag der Anteil übergewichtiger Männer mit 37.5% deutlich über dem Anteil von 21.8% übergewichtiger Frauen. Der gleiche Befund zeigt sich bei der Berücksichtigung des Alters: Männer weisen in sämtlichen Altersklassen häufiger Übergewicht auf als Frauen. Adipös waren bei den Männern 7.9%, bei den Frauen 7.5%. Im Unterschied zum Übergewicht sind Männer und Frauen von Adipositas praktisch gleichermassen betroffen. Bei der Adipositas zeigt sich der Geschlechterunterschied nur bei den 15-24-Jährigen, wo der Anteil adipöser Frauen mit 2.6% wesentlich höher liegt als der der Männer mit 1.6%. Die Daten verweisen u.a. auf einen Zusammenhang zwischen Alter und Body Mass Index. Bei Frauen und Männern steigen die Prävalenzen von Übergewicht bis zur Altersklasse 45-54 Jahre schnell an und stabilisieren sich anschliessend zunehmend, bis sie in der Altersklasse > 74 schliesslich zurückgehen. Von Übergewicht oder Adipositas am stärksten betroffen sind Männer ab 45 Jahren und Frauen zwischen 65 und 74 Jahren. Eine weitere Auffälligkeit ist die beträchtliche Zunahme (annähernd eine Verdoppelung) der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Altersklasse der 15-24-Jährigen und bei den 25-34-Jährigen, wo 2002 bereits jeder dritte Mann und fast jede fünfte Frau übergewichtig war. Insgesamt zeigte die Gesundheitsbefragung eine stark inverse Beziehung zwischen der Prävalenz von Übergewicht und dem sozioökonomischen Status, insbesondere der Ausbildung: Je höher der Ausbildungsgrad, desto seltener ist Übergewicht (Delgrande, Kuntsche, & Gmel, 2007). Weitere vertiefte Analysen zum Einfluss verschiedener Faktoren auf das Gewicht liefert das Bundesamt für Statistik.

Tabelle 5. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002

Anteil nach Alter und Geschlecht in %

Alter	BMI 25 – 29.9		BMI ≥ 30	
	Frauen (n=10'629) %	Männer (n=8'843) %	Frauen (n=10'629) %	Männer (n=8'843) %
15-24	5.4	12.7	2.6	1.6
25-34	15.0	32.4	4.3	4.5
35-44	18.6	39.2	6.2	6.8
45-54	22.0	46.1	9.3	11.9
55-64	30.8	46.3	10.5	12.0
65-74	37.5	47.2	11.9	12.0
75+	31.1	46.7	9.5	9.5
Total (n=19'472)	29.4 (n=5'779)		7.7 (n=1'598)	

Basis: 19'472 Personen ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.

2007 fand die **vierte Schweizerische Gesundheitsbefragung** nach der gleichen Methode der vorherigen Gesundheitsbefragungen statt. Insgesamt wurden 18'473 Personen befragt (Teilnahmequote: 66%). Die ersten Ergebnisse (Detaildaten waren bei der Erstellung dieser Arbeit noch nicht verfügbar) zeigen einen Anteil von 29.1% Übergewichtiger und 8.2% Adipöser an der über 15jährigen Schweizer Bevölkerung. Vergleicht man den Anteil Übergewichtiger nach Altersklassen, zeigt sich in der Befragung von 2007 seit 1992 eine Zunahme in allen Altersklassen.

Tabelle 6. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007

Anteil nach Alter und Geschlecht in %

Alter	BMI 25 – 29.9		BMI \geq 30	
	Frauen (n=10'134) %	Männer (n=8'339) %	Frauen (n=10'134) %	Männer (n=8'339) %
15-24	5.7	12.4	2.1	2.7
25-34	14.2	33.6	5.4	5.8
35-44	18.2	41.3	6.5	8.0
45-54	19.8	43.1	10.3	12.1
55-64	30.2	47.6	10.4	12.9
65-74	34.1	45.9	12.7	12.2
75+	33.8	48.1	9.6	8.5
Total (n=18'473)	29.1 (n=5'489)		8.2 (1'603)	

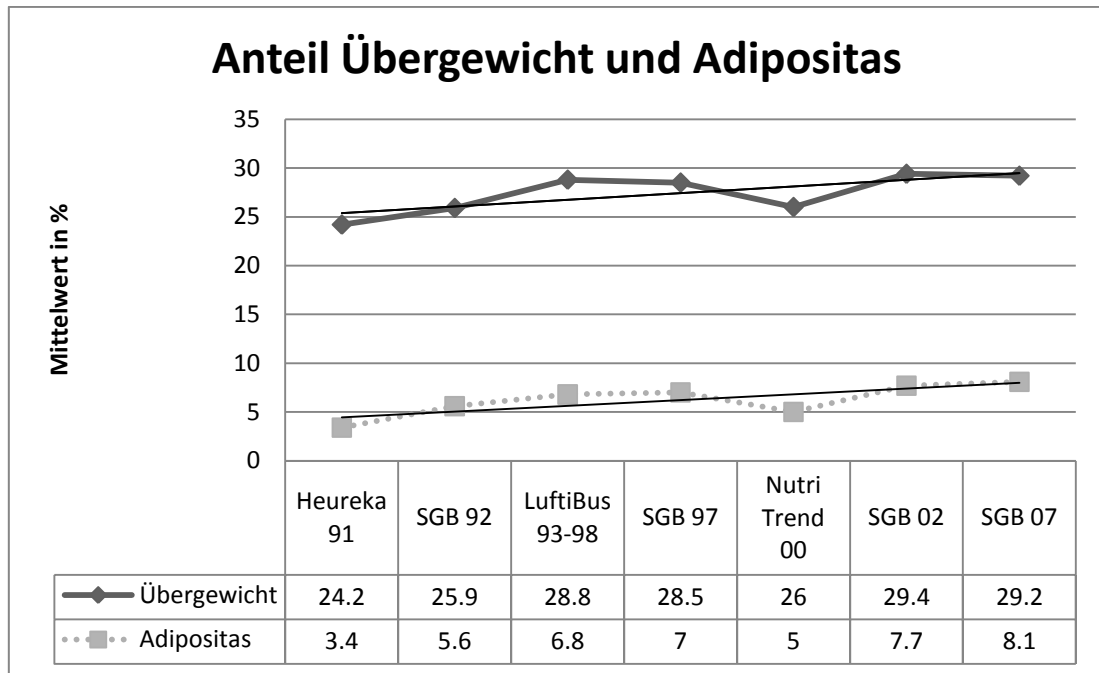
Basis: 18'473 Personen ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung.

Die sieben beschriebenen Studien zeigen insgesamt vergleichbare Prävalenzzahlen für Übergewicht und Adipositas in der Schweiz. Obschon die Studien aufgrund von Unterschieden in den untersuchten Populationen (z.B. umfasst die Stichprobe in der Nutri-Trend-Studie nur 1'004 Personen im Vergleich zu 30'598 in der LuftiBus-Studie) und Methoden nur bedingt vergleichbar sind, zeichnet sich als allgemeiner Trend über die untersuchten 16 Jahre beim Übergewicht eine Zuwachsrate von 5% ab, bei Adipositas beträgt die Zunahme 4.7%. Zwischen den Gesundheitsbefragungen von 2002 und 2007 scheint sich gemäss Daten sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas eine Stabilisierung der Situation abzuzeichnen. Ob es sich dabei um eine längerfristige Entwicklung oder nur um ein Zufallsdatum handelt, werden zukünftige Erhebungen zeigen.

Grafik 2. Trendvergleich der sieben Schweizer Studien von 1991 bis 2007

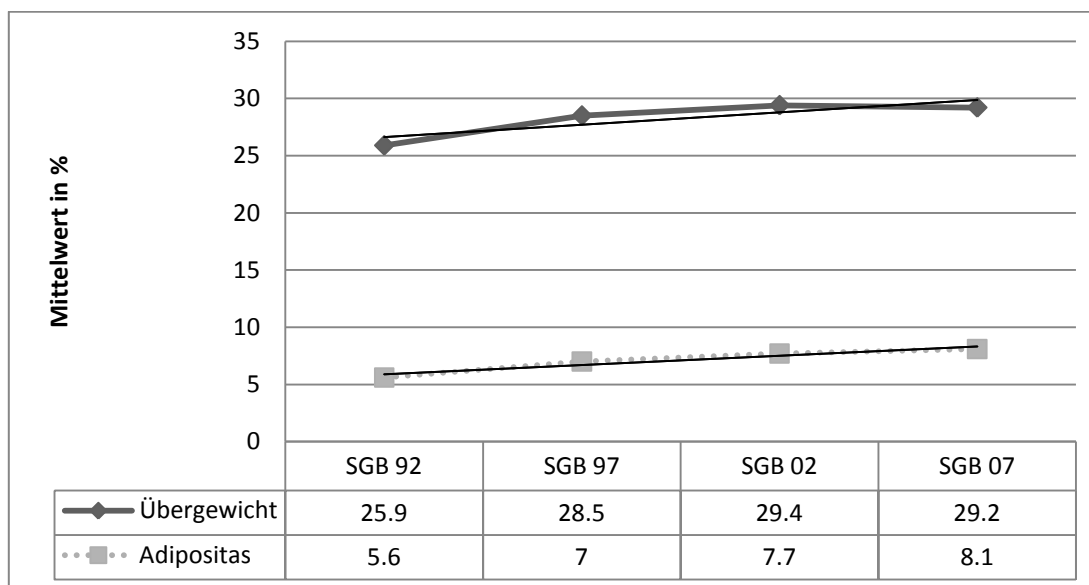
Anteil in %



Vor allem mit den Parametern der nunmehr vier nationalen Gesundheitsbefragungen verfügt man in der Schweiz über anthropometrische Daten (Grösse, Gewicht, Körpermassenindex), die auf für die Schweiz repräsentativen Bevölkerungsstichproben basieren und zeitliche Entwicklungen / Trends gut aufzuzeigen vermögen. Der Längsvergleich zwischen den vier Schweizerischen Gesundheitsbefragungen zeigt über die ersten 10 Jahre hinweg (1992 bis 2002) einen Anstieg von Übergewicht um ca. 4.5%. Zwischen 2002 und 2007 weisen die Übergewichtsdaten eine Trendstabilisierung aus, mit einer Abnahme von Übergewicht um 0.2% und einer leichten Zunahme von Adipositas um 0.4%.

Grafik 3. Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992 – 2007, Längsvergleich

Anteil in %

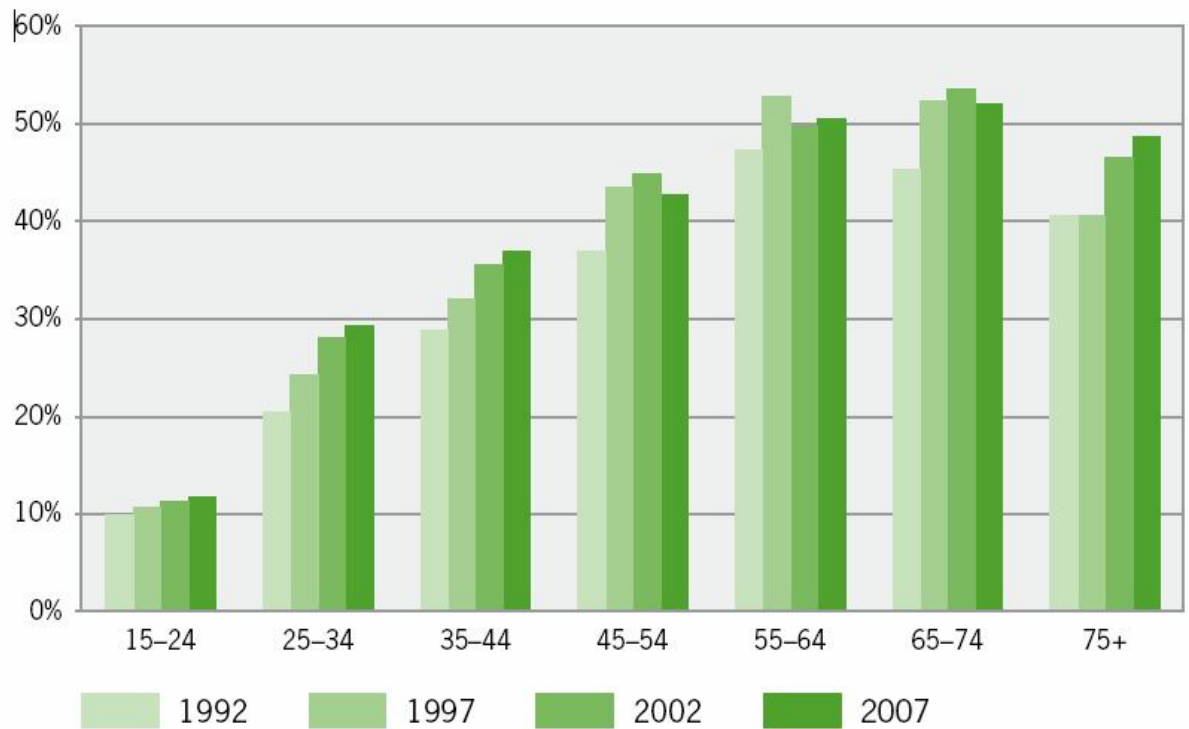


Für die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992 bis 2007 wurde, wie bereits erwähnt, eine repräsentative Stichprobe der gesamten in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung ab 15 Jahren befragt. Dabei wurden Körpergewicht und Körpergrösse in einem telefonischen Interview erhoben. Dank der durchgängigen Anwendung der Erhebungsmethode ist die Vergleichbarkeit der Daten aus den einzelnen Schweizerischen Gesundheitsbefragungen gegeben, so dass sich zeitliche Trends relativ zuverlässig ableiten lassen. Eine gewisse Einschränkung bei der Datenzuverlässigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass es sich bei den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen um erfragte und nicht um objektiv gemessene Werte handelt. Man weiss aus verschiedenen Studien und Querstudien (Schutz & Woring, 2002), dass die befragten Werte gegenüber gemessenen Daten vor allem bei übergewichtigen Frauen bis zu 50% abweichen. Verglichen mit gemessenen Daten scheinen mündliche Angaben das Körpergewicht zu unter- und die Körpergrösse zu überschätzen. Das kann bedeuten, dass der BMI der in der

Stichprobe teilnehmenden Bevölkerung tiefer ist als er in einem gemessenen Vergleichswert wäre und dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Schweiz unterschätzt wird. Eine nationale Gesundheitsbefragung mit objektiver Bestimmung der Risikofaktoren ist allerdings nicht verfügbar.

Grafik 4. Übergewichtige nach Altersgruppen, 1992 bis 2007

Anteil in %



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Quelle: Bundesamt für Statistik.

Hinweise auf eine mögliche Verschiebung des Massstabes bei Messung statt Erfragung liefert ein Perzentilenvergleich mit den 25-74-Jährigen der WHO MONICA-Studie von 1992-1993. In dieser Studie, in der Körpergrösse und Körpergewicht direkt gemessen wurden, lagen die Prävalenzwerte für Übergewicht und Fettleibigkeit bei den adipösen

Erwachsenen um bis zu 14% höher. Das MONICA-Projekt der Weltgesundheitsorganisation (MONICA = Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) wurde als weltweites Monitoring für die Validierung der offiziellen Mortalitätsdaten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für die Erfassung von Trends und Determinanten der Herz-Kreislauf-Mortalität und –Morbidität konzipiert. Die Daten wurden in drei Messwellen 1984-1985, 1988-1989 und 1992-1993 in 38 Populationen (Altersgruppe 35 bis 64 Jahre) in 21 Ländern der Erde erfasst. Für die MONICA-Studie Schweiz wurde bei der 25- bis 74-jährigen Bevölkerung der Kantone Waadt und Freiburg (n = 3'300) eine Stichprobe gezogen mit einer Beteiligung von 53% (n=1'742). Damit ist die MONICA-Studie für die Schweiz zwar "nur" eine regionale Studie, allerdings vom Gebiet her von einer gewissen Grösse (Waadtland und Freiburg). Dieselbe Befragung wurde im Kanton Tessin mit einer begrenzten Altersgruppe von 35 bis 64 Jährigen durchgeführt. Wie bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nahmen auch in der MONICA-Erhebung 1992/1993 die Anteile der Population mit einem BMI von >30 kg/m² mit steigendem Alter in beiden Geschlechtern zu. Die MONICA-Messungen (vgl. SGB 1992) zeigen, dass in der Schweizer Referenzbevölkerung 43% (38%) der Männer und 30% (22%) der Frauen übergewichtig und 16% (8%) der Männer und 10% (8%) der Frauen adipös sind. Hingegen ergibt ein Längsvergleich der drei schweizerischen MONICA-Erhebungen nur für Männer mittleren Alters eine Zunahme im Bereich Adipositas.

Die im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 1992 höheren prozentualen Anteile in der MONICA-Studie können, müssen aber nicht zwingendermassen auf der objektiven Messung beruhen. Als alternative Erklärung für die Differenzen kämen auch Unterschiede im Personenkollektiv (Alter, Region) in Frage. Aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsanlagen sind Vergleiche zwischen den Studien nur sehr eingeschränkt möglich.

Tabelle 7. Übergewichtige nach der WHO MONICA-Erhebung 1992/1993

Anteil in %

Alter	BMI 25 – 29.9		BMI \geq 30	
	Frauen %	Männer %	Frauen %	Männer %
25-34	15	30	6	6
35-44	23	42	5	14
45-54	35	47	10	20
55-64	43	54	17	18
65-74	49	47	20	30
Total (n=1'742)	30	43	10	16

Basis: 1'742 Personen aus den Kantonen Waadt und Freiburg.

Quelle: Pascaud, Wietlisbach & Rickenbach, 1998.

2.4 Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Eher schlecht dokumentiert waren in der Schweiz bisher Gewichtsdaten von Kindern. Probleme bei der Erfassung von Übergewichtsdaten von Kindern waren unter anderem auf das Fehlen allgemein akzeptierter Definitionen für diese Altersgruppe zurückzuführen. Bei Kindern kann der Körpermassenindex (BMI, Body Mass Index) zur Diagnose von Übergewicht nur durch altersspezifische BMI-Normwerte erfolgen, weil die Körperzusammensetzung während dem Wachstum starken Veränderungen unterworfen ist. Das bedeutet, dass man den BMI nicht anwenden kann wie bei Erwachsenen, weil Wachstumskurven zu berücksichtigen sind. Als Definitionsgrundlage wurden jeweils landesspezifische Perzentilwerte des BMI angewendet, in den USA beispielsweise die altersspezifische 85., bzw. 95. BMI-Perzentile aus den NHANES-III Studien, in England die 91. bzw. 98. BMI-Perzentile und in Frankreich die 90. bzw. 97. Perzentile der lokalen Referenzpopulation. Aufgrund dieser Unterschiede waren Ländervergleiche der Prävalenzraten kaum möglich. Das Problem der uneinheitlichen Standards fand im Jahr

2000 durch eine internationale Arbeitsgruppe zu einer Lösung. Basierend auf verschiedenen internationalen Studien publizierten Cole et al. eine standardisierte Definition für Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Grenzwerten für Knaben und Mädchen (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000).

Tabelle 8. Altersspezifische BMI-Grenzwerte für Mädchen und Knaben, die im Alter von 18 Jahren in einem BMI von 25 kg/m² (Übergewicht) bzw. 30 kg/m² (Adipositas) resultieren

Alter	BMI 25 kg/m ²		BMI 30 kg/m ²	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25.00	25.00	30.00	30.00

Quelle: Cole et al., zit. nach Bundesamt für Statistik.

Durch die Standardisierung der Definitionskriterien wurden Vergleiche zwischen einzelnen nationalen und internationalen Studien möglich. Obschon das Thema Übergewicht / Adipositas von Kindern hierzulande während Jahren vernachlässigt wurde und die relative Häufigkeit von Neuerkrankungen nicht bekannt ist (Inzidenzdaten fehlen), gibt es in verschiedenen Regionen der Schweiz epidemiologische Studien mit Informationen und Daten. National repräsentative Daten gibt es bisher nur sehr wenige.

Suter und Benz (Suter & Benz, 2004, S. 19) präsentieren in einer Übersicht neun epidemiologische Studien „mit interessanten Informationen und Daten“:

Tabelle 9. Ausgewählte Schweizer Studien mit einer Zusammenfassung der Prävalenzraten von Übergewicht / Adipositas

Studie	Quelle	n	Alter (Jahre)	Knaben % Prävalenz ÜG/Adip.	Mädchen % Prävalenz ÜG/Adip.
Zuger Kindergarten	Suter et al.	340	5-6	3.0/0	5.7/1.1
Zürichsee	Suter et al.	864	7-10	14.2/2.8	13.0/2.2
ETH Zürich	Zimmermann et al.	595	6-12	23.1/9.2	24.7/10.4
Zürich Oberland I	Suter et al.	767	6-14	15.2/2.6	13.4/2.2
Zürich Oberland II	Suter et al.	349	12-17	14.9/2.8	14.3/3.0
Graubünden I	Suter et al.	561	8-13	13.9/2.2	10.5/2.1
Ticino I	Suter et al.	4547	9-11	14.6/2.3	11.9/1.9
LuftiBus Kanton ZH	Suter et al.	4032	11-20	9.9/1.2	5.3/1.0
Lausanner Schüler	Woringer et al.	1203	5-16	13-18/ca. 2	14.0/3.0

Basis: nach Cole.

Quelle: Suter & Benz, 2004.

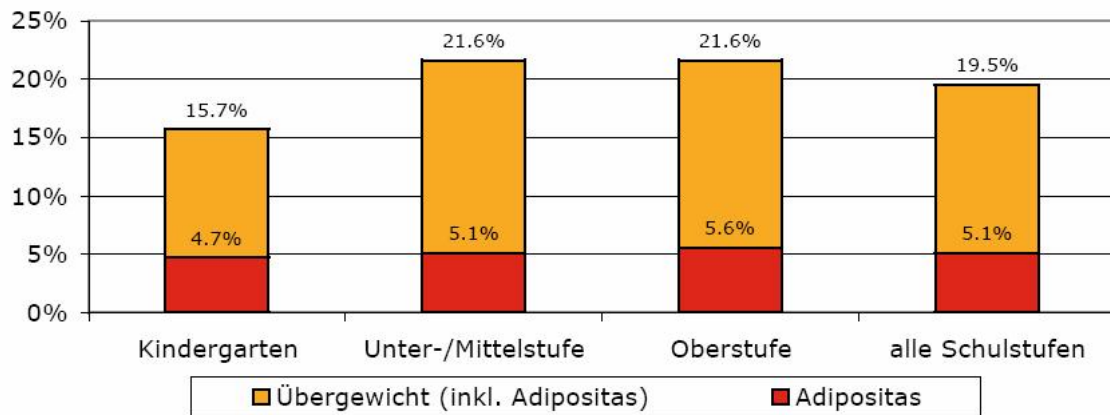
In ihrer Auswertung der neun Studien beziffern Suter und sein Team (Suter, 2005, S. 177) den Anteil an übergewichtigen Jugendlichen in der Schweiz auf 3 bis 17%, in Ab-

hängigkeit von Region, Geschlecht, Alter und diversen Lebensstilfaktoren. Suter et al. kommen damit bei ihrer Übersichtsarbeit aus regionalen Daten in der Schweiz auf leicht tiefere Werte als Zimmermann et al. in ihrer nationalen Studie.

In der national repräsentativen Studie von Zimmermann et al. aus dem Jahr 1996 wurden Daten von 600 Schweizer Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren ausgewertet (Zimmermann, Hess, & Hurrell, 2000). Dabei wurden Körpergrösse und Körpergewicht direkt gemessen und der resultierende BMI mit Referenzdaten aus der Schweiz, Amerika, England und Frankreich verglichen. Die Auswertungen der Längsschnittstudie ergaben eine Übergewichtsprävalenz von 23.1% bei Knaben und 24.7% bei Mädchen. Zusätzlich waren 9.2% der Knaben und 10.4% der Mädchen adipös (Definition basierend auf der 85., resp. 95. US-Perzentile). Dass diese Daten von verschiedenen anderen Wissenschaftlern als zu hoch eingeschätzt werden, ist vermutlich auf methodologische Besonderheiten zurückzuführen.

Nach Angaben von Gesundheitsförderung Schweiz ist in den Städten Basel, Bern und Zürich bereits jedes fünfte Kind übergewichtig oder adipös, im ländlichen Kanton Graubünden betrifft Übergewicht jedes 7. Kind (Gesundheitsförderung Schweiz, 2009b). Die nachfolgende Abbildung der in das Monitoring der Gewichtsdaten eingebundenen Städte Basel, Bern und Zürich illustriert diese Aussage für verschiedene Schulstufen (Stamm et al., 2008).

Grafik 5. Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder verschiedener Schulstufen (drei Städte, Schuljahr 2006/2007)

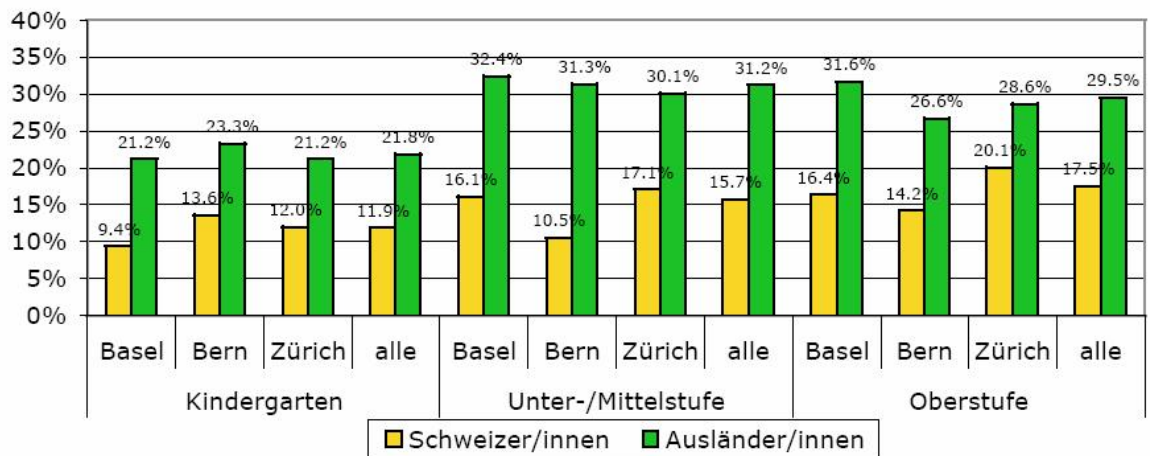


Quelle: Stamm et al., 2008b.

Das Monitoring zeigt aber auch Unterschiede nach Herkunft, wie die nachfolgende Grafik 6 verdeutlicht:

Grafik 6. Anteil der übergewichtigen SchweizerInnen und AusländerInnen auf ausgewählten Schulstufen in den Städten Basel, Bern und Zürich (Schuljahr 2006/2007)

a) Alle Kinder und Jugendlichen



Quelle: Stamm et al., 2008b.

Nach den neuesten Daten des Bundesamtes für Gesundheit zeichnet sich für das Jahr 2007 nach den Erwachsenen auch bei den Kindern eine Trendstabilisierung ab: Scheinbar verharrt die Anzahl der übergewichtigen Kinder auf dem bestehenden Niveau oder nimmt sogar ab (Bundesamt für Gesundheit, 2008a). Allerdings wird man weitere Studien abwarten müssen, um zu sehen, ob sich dieser Trend bestätigt. Als bestätigt gilt, dass Übergewicht speziell bei Kindern schwerwiegende gesundheitliche und sozioökonomische Folgen mit sich bringt. Gemäss Suter (Suter & Benz, 2004) können wir „[...] mit grosser Sicherheit annehmen, dass sich die Aussage ‚Unsere Kinder, unsere Zukunft‘ aufgrund der Entwicklungen im Körpergewicht zu ‚unsere Kinder, unsere zukünftigen Patienten‘ gewandelt hat.“

2.5 Statistische Übergewichtsdaten International

Die Übergewichtssituation in der Schweiz ist vergleichbar mit der Situation anderer Länder. Genauso wie in der Schweiz gibt es in anderen Industrienationen Hinweise auf eine steigende Prävalenz von Übergewicht bei der erwachsenen Bevölkerung und bei Kindern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass 2005 weltweit rund 1.6 Milliarden Erwachsene über 15 Jahre und mindestens 20 Millionen Kinder unter 5 Jahren übergewichtig waren; bei den Erwachsenen waren 2005 mindestens 400 Millionen klinisch fettsüchtig (WHO, 2008). Weiter hat die WHO ausgerechnet, dass bis zum Jahr 2015 rund 2.3 Milliarden Erwachsener übergewichtig und über 700 Million fettsüchtig sein werden. Übergewicht und Fettsucht galten lange als Problem der industrialisierten Länder. Unterdessen zeigt sich, dass sich das Problem auch auf Länder mit tiefem bis mittlerem Einkommen ausbreitet, wobei in diesen Ländern vorwiegend die städtischen Gebiete betroffen sind (Food and Agriculture Organisation of the United Nations, 2002).

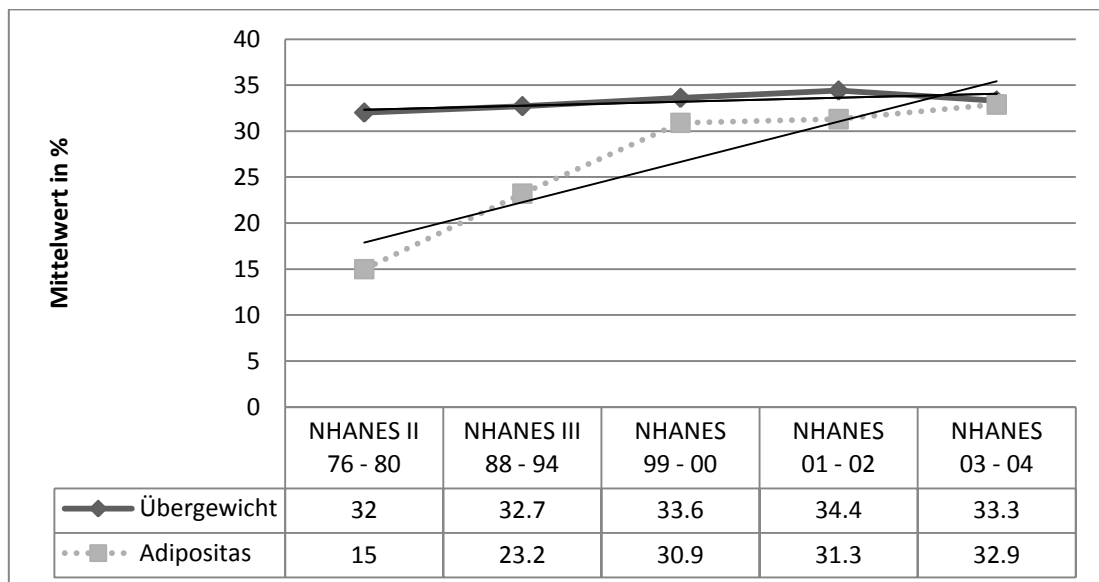
2.5.1 USA

Die USA sind gemessen am BMI das Land mit dem höchsten Anteil an Übergewicht. Resultate der Amerikanischen Gesundheits- und Ernährungsuntersuchung (NHANES) von 2003-2004 zeigen bei gemessenen Werten für Körpergrösse und -gewicht, dass rund 66% der über 20-jährigen amerikanischen Bevölkerung entweder übergewichtig oder fettleibig und fast 33% fettleibig sind. Dazu kommen 17.1% übergewichtige Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 19 Jahren. Die direkten Gesundheitskosten für diese Gewichtsprobleme beliefen sich im Jahr 2003 auf 75 Mia. \$ und beanspruchten damit rund 10% der gesamten Ausgaben im amerikanischen Gesundheitswesen. Im Moment sieht es danach aus, dass sich auch in den USA das Übergewicht stabilisiert, jedoch steigen die Werte für Fettleibigkeit (BMI 30+) weiter an. Daten der jüngsten NHANES-Studie zeigen, dass die Prävalenz von Adipositas bei Männern im Jahr 2003-2004 bei 31.1% und im Jahr 2005-2006 bei 33.3% lag. Für Frauen lagen die gleichen Werte 2003-2004 bei 33.2% und 2005-2006 bei 35.3%. Für Kinder und Jugendliche konnten zwischen den zwei Messzeitpunkten keine Veränderungen der Prävalenz festgestellt werden. Gemäss

Studie waren in den kombinierten Jahren zwischen 2003 und 2006 16.3% der 2- bis 19-Jährigen fettleibig, d.h. sie lagen auf oder über dem 95. Perzentil der 2000 BMI-Wachstumskurven (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Grafik 7. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei der erwachsenen Bevölkerung in den USA von 1976 bis 2004

Anteil in %



Quelle: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

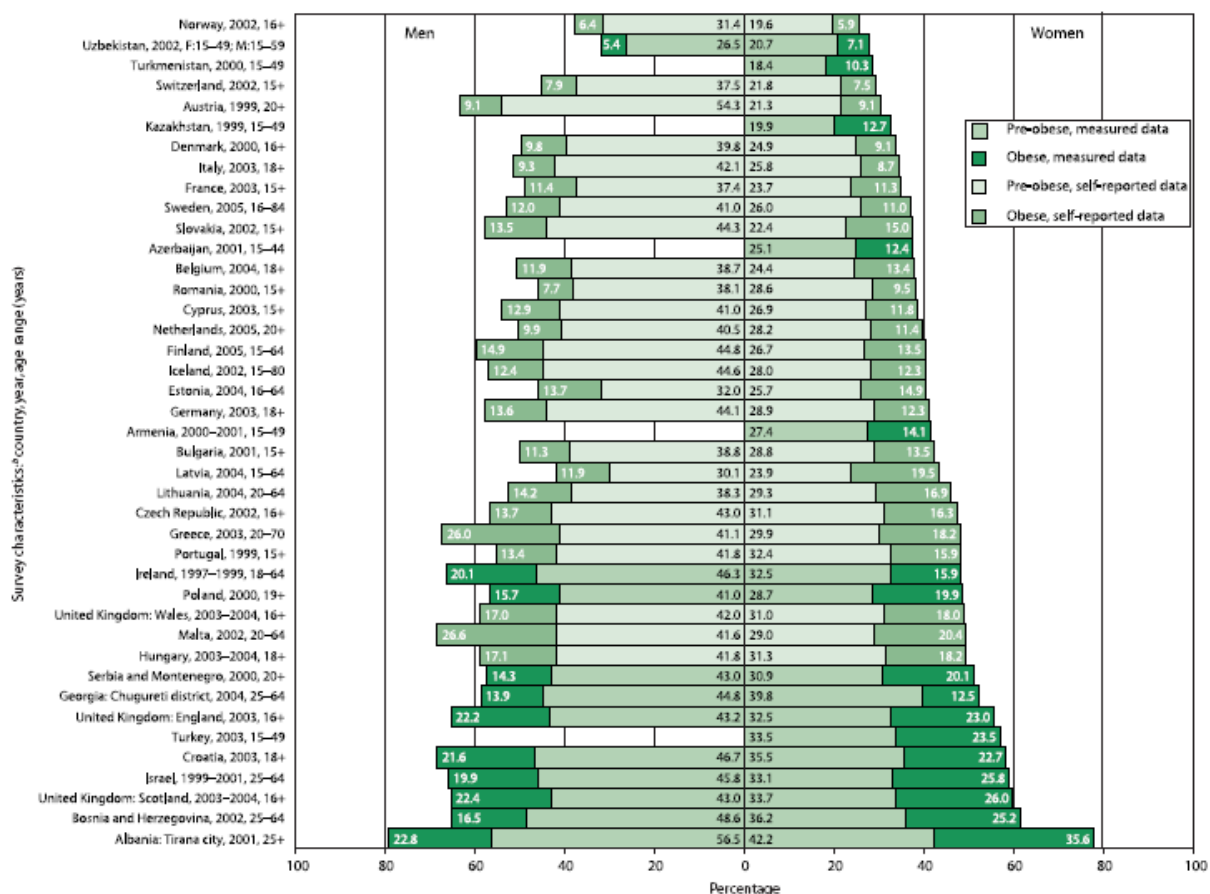
2.5.2 Europa

Obschon die Zahlen der von Übergewicht ($BMI \geq 25$) und Adipositas ($BMI > 30$) betroffenen Personen weltweit im Steigen begriffen sind, zeigte der Weltgesundheitsreport von 2002 deutlich, dass Europa mit damals fast 26.5% einen der höchsten Durchschnitts-BMI von allen WHO-Regionen aufwies. Im Report schätzte man, dass in Europa rund 400 Millionen Erwachsene übergewichtig und rund 130 Millionen fettleibig sind. Unterdessen betrifft Übergewicht in der europäischen WHO-Region zwischen 30% und 80%

der erwachsenen Bevölkerung und rund ein Drittel der Kinder, Tendenz steigend (World Health Organisation Europe, 2007). Im Factsheet 13/05 der Weltgesundheitsorganisation ist zu lesen: "Obesity poses one of the greatest public health challenges for the 21st century, with particularly alarming trends in several parts of the world, including the WHO European Region" (World Health Organization, 2005).

In den europäischen Ländern, die an der nachfolgend abgebildeten Erfassung teilgenommen haben, beträgt die Prävalenz von Übergewicht zwischen 32% und 79% bei Männern und zwischen 28% und 78% bei Frauen. Die Prävalenz von Fettleibigkeit liegt bei Männern zwischen 5% und 23%, bei Frauen zwischen 7% und 36%. Die Zahlen bedeuten, dass in zahlreichen Ländern mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung übergewichtig ist. In 14 von 36 Ländern lag die Prävalenz von Fettleibigkeit bei Männern höher als bei Frauen. In allen 36 Ländern war die Prävalenz von Übergewicht für Männer höher als für Frauen.

Grafik 8. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in den europäischen WHO-Regionen (Studien ab 1999)



* Overweight is defined as BMI ≥ 25 kg/m² and obesity as BMI ≥ 30 kg/m² (7). Overweight indicates pre-obese and obese.

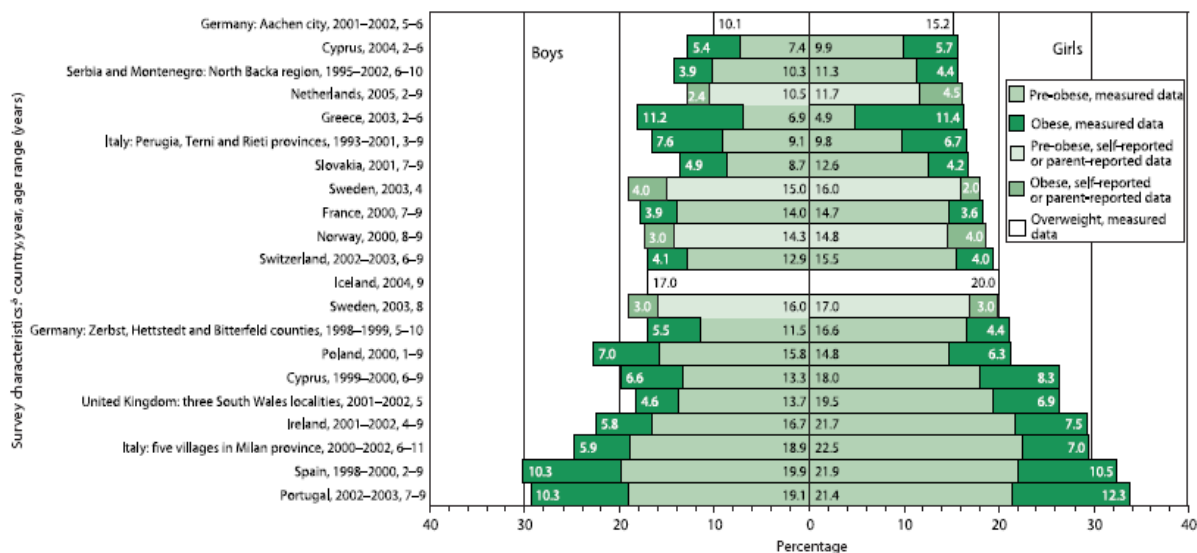
† Intercountry comparisons should be interpreted with caution owing to different data collection methods, response rates, survey years and age ranges. The sources of data used can be provided on request.

Quelle: World Health Organization Europe, 2007.

Besonders alarmierend ist die Zunahme von Übergewicht bei Kindern. 60-80% der Kinder, die vor der Pubertät übergewichtig sind, werden auch als Erwachsene übergewichtig bleiben (Suter, 2005). Gemäss verschiedenen Quellen steigt die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern in Europa seit 1970 stetig an; heute haben wir eine durchschnittlich 10-mal höhere Übergewichtsrate bei Kindern als 1970. Die WHO zählt Fettleibigkeit aktuell zu den häufigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. In der

Schweiz stieg das Übergewicht bei Kindern gemäss WHO-Daten von 4% im Jahr 1960 auf 18% im Jahr 2003. Im vereinten Königreich von England stiegen die Zahlen zwischen 1974 und 2003 von 8% auf 20%. In verschiedenen Teilen Spaniens hat sich die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern zwischen 1985 und 2002 mehr als verdoppelt. Bei den Kindern im Vor- und Primarschulalter finden sich z.Z. die höchsten Prävalenzraten für Übergewicht in Portugal (7–9 Jahre, 32%) Spanien (2–9 Jahre, 31%) und Italien (6–11 Jahre, 27%); die tiefsten Raten verzeichnen Deutschland (5–6 Jahre, 13%), Zypern (2–6 Jahre, 14%) und Serbien Montenegro (6–10 Jahre, 15%). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei Kindern in Nordeuropa die Verbreitung von Übergewicht und Fettleibigkeit bei 10-20% und im südlichen Europa bei 20-35% zu liegen scheint. Gemäss der WHO sind die Gründe für das Nord-Süd-Gefälle nicht klar. Genetische Gründe können insofern weitgehend ausgeschlossen werden, als genetisch bedingte Veränderungen in der Bevölkerung nicht in so kurzer Zeit stattfinden. Hingegen haben sich in den letzten Jahren zunehmend deutlichere Zusammenhänge zwischen Ernährungs- und Bewegungsverhalten und nichtübertragbaren Krankheiten gezeigt (WHO, 2003).

Grafik 9. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern bis 11 Jahren in den europäischen WHO Regionen (Studien ab 1999)



¹ Overweight and obesity are defined by using international age- and gender-specific cut-off points for BMI, passing through 25 kg/m² and 30 kg/m² by the age of 18 years, respectively (3). Overweight includes pre-obese and obese.
² Intercountry comparisons should be interpreted with caution owing to different data collection methods, response rates, survey years and age ranges. The sources of data used can be provided on request.

Quelle: World Health Organization, 2007.

2.6 Rückblick auf frühere Jahrzehnte

Im Bereich der internationalen Untersuchungen gehen die ersten grösseren Studien zum Thema Übergewicht auf die 1950er Jahre zurück und stammen aus den USA.

2.6.1 Framingham Heart Study

1948 begann die wichtigste epidemiologische Studie in den USA, die Framingham-Studie. Sie beinhaltet die systematische Untersuchung der Bevölkerung der Stadt Framingham im Hinblick auf Ursachen und Risiken von koronaren Herzkrankheiten und Arteriosklerose. Dazu wurden 5'209 Teilnehmer zwischen dem 30. und 60. Altersjahr beiderlei Geschlechts für die Studie gewonnen. 1971 wurden die Kinder der ersten Probanden einbezogen, so dass sich die Studie über zwei Generationen erstreckte. Im April

2002 begann der Einbezug der dritten Generation, d.h. der Enkelkinder der ursprünglichen Kohorte, und damit eine neue Studienphase. Die erste Phase der Dritten-Generation-Studie wurde im Juli 2005 mit gut 4'000 Teilnehmenden abgeschlossen. In führenden medizinischen Fachzeitschriften wurden zahlreiche Artikel zur Framingham-Studie veröffentlicht: Die Eingabe in die Literaturlatenbank von PubMed ergibt beispielsweise rund 4'500 Treffer zum Stichwort Framingham. Das Thema Übergewicht wurde in der Framingham-Studie erstmals 1967 aufgegriffen, mit der Erkenntnis, dass sportliche Aktivitäten das Risiko der Erkrankung senken, während Fettleibigkeit das Erkrankungsrisiko erhöht. PubMed enthält im Zusammenhang mit der Framingham-Studie bis heute über 200 Artikel zum Thema Übergewicht/Fettleibigkeit.

Unterdessen wurde die ursprüngliche Framingham Herz Studie (Framingham Heart Study) auf die Erforschung genetischer Faktoren ausgeweitet. Die Framingham-Studie ist ein Gemeinschaftsprojekt des National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) und der Boston University.

2.6.2 Sieben-Länder-Studie

Ebenfalls aus den 1950er Jahren stammt die Sieben-Länder-Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Ernährung und koronaren Herzkrankheiten von Ancel Keys und seinen Mitarbeitern (Keys et al., 1986). Zum einen ergab die Studie, dass die Herzinfarkthäufigkeit mit der Höhe des Cholesterinspiegels verknüpft ist, und zum anderen, dass die Infarkthäufigkeit in den südeuropäischen Ländern Spanien, Italien und Griechenland geringer ist als in den mittel- und nordeuropäischen Ländern und in den USA. Diese beiden Erkenntnisse bildeten die Grundlage für die Durchführung der sogenannten Sieben-Länder-Studie, an der 13'000 zu Beginn der Studie gesunde Männer zwischen 40 und 59 Jahren aus sieben Ländern teilnahmen. Sie wurden 15 Jahre lang beobachtet bzw. nachuntersucht, um die Häufigkeit von koronaren Herzkrankheiten und ihrer Komplikationen in den verschiedenen Ländern zu ermitteln und mit den jeweils vorhandenen Risikofaktoren (Cholesterinspiegel, Bluthochdruck, Rauch- und Essgewohnheiten) zu vergleichen. Dabei wurde mehrfach auch der Einfluss des Gewichts auf verschiedene

Krankheiten (Morbidität) und frühzeitigen Tod (Mortalität) untersucht, so z.B. von Visscher (Visscher et al., 2000).

Aus der Sieben-Länder-Studie wurde der Schluss gezogen, dass sich die mediterrane Ernährungsweise ideal zur Vorbeugung von koronaren Herzerkrankungen eigne. Die Wirksamkeit der sog. Mittelmeerdät ist auch heute noch weitgehend unbestritten. Dass sich das durchschnittliche Körpergewicht in den letzten Jahren auch im Mittelmeerraum erhöht hat, führen Experten v.a. darauf zurück, dass viele mediterrane Länder in den letzten 20 Jahren vor allem in Ballungszentren viel von ihrer traditionellen Lebensweise aufgegeben haben.

2.7 Zusammenfassung der epidemiologischen Daten

Aus den oben beschriebenen Daten geht hervor, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sowohl in Europa als auch in den USA zunimmt. Verantwortlich gemacht für die Zunahme von Übergewicht werden v.a. individuell exogene Faktoren wie ungenügende körperliche Aktivität und zu hohe Kalorienzufuhr. Endogene Faktoren wie genetische Prädisposition spielen bis anhin eine eher untergeordnete Rolle als Übergewichtsverursacher. Im Vergleich zu den USA ist die Verbreitung von Übergewicht in der Schweiz sowohl bei Erwachsenen (Suter, 2005; Suter & Schutz, 2005) als auch bei Kindern (Suter & Benz, 2004) noch wesentlich geringer. Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 (2002) leiden hierzulande 29.2% (29.4%) der über 15-Jährigen an Übergewicht, 8.1% (7.7%) an Adipositas. Damit ist mehr als ein Drittel der über 15-jährigen Schweizer Bevölkerung übergewichtig. Der Übergewichtstrend zeichnet sich auch bei den Kindern ab. Es wird geschätzt, dass 10% der Kinder der ganzen Welt im Schulalter zu viel Körperfett aufweisen. In der Schweiz ist in den Städten Basel, Bern und Zürich bereits jedes fünfte Kind übergewichtig, jedes Zwanzigste adipös. Dies ist umso bedenklicher, als übergewichtige Kinder mit etwa 80%iger Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter zu erhöhtem Körpergewicht neigen.

Wann dieser Gewichtsanstieg bei Kindern genau begonnen hat, ist schwer festzumachen. Zimmermann (Zimmermann et al., 2000) vertritt die Ansicht, dass die Zunahme des Gewichts bei Kindern in der Schweiz irgendwann in den 1980er-Jahren eingesetzt haben müsse; bis zu diesem Zeitpunkt verlief das Gewicht bei Kindern relativ stabil. Allerdings ist es schwierig, sich auf genaue Daten festzulegen und diese zu vergleichen. Dies einerseits, weil man erst spät mit gesamtschweizerischen Studien begonnen hat und andererseits, weil die Studien aufgrund methodologischer Unterschiede kaum miteinander vergleichbar sind.

Ein weiteres Hindernis für genaue statistische Angaben über den Beginn, das Ausmass und die Verbreitung des Phänomens Übergewicht liegt im Fehlen vergleichbarer repräsentativer Daten aus verschiedenen Ländern. Unterschiedliche Definitionen und Messkriterien, insbesondere was die Einordnung der Fettleibigkeit bei Kindern betrifft, erschweren die Datenvergleichbarkeit beim Studium der globalen Trends bei einer jüngeren Altersgruppe erheblich.

2.8 Ursachen von Übergewicht und Fettleibigkeit

Aus aktueller wissenschaftlicher Perspektive gilt Fettleibigkeit wie bereits erwähnt als ein Phänomen, das sich aus dem komplexen Zusammenspiel von Verhalten, Umwelt und genetischer Disposition entwickelt (Brixi & Lang, 2000; WHO, 2006).

2.8.1 Genetische Veranlagung

Auch wenn dem Verhaltensaspekt meist die grösste Bedeutung zugeschrieben wird, suchen die Genforscher seit Jahren nach defekten Erbanlagen als Ursache für krankhafte Fettleibigkeit. Aber obwohl bereits 1950 die berühmte „ob/ob-Maus“ als Tiermodell zur krankhaften Fettleibigkeit entwickelt wurde, blieb die Suche nach den entsprechenden Genen lange Zeit erfolglos. Erst 1994, als das ob-Gen (Gen obese) geklont und beschrieben wurde, zeigte sich, dass das Gen für ein Protein aus 167 Aminosäuren, das sog.

Leptin codiert. Auch beim Menschen korrespondiert der Blut-Leptin-Spiegel mit der Ausprägung von Fettleibigkeit. Im Jahr 2000 wurde mit dem MC4-Rezeptor ein weiterer genetischer Defekt identifiziert, der ebenfalls zu Fettleibigkeit führt. Weil Mäuse mit dem Defekt dieses Rezeptors fresssüchtig, fettleibig und gross sind, wird angenommen, dass Fettleibigkeit auch bei gewissen Menschen auf einen Defekt des MC4-Rezeptors zurückgeführt werden kann (Farooqi & O'Rahilly, 2000). Insgesamt sind im Bereich Fettleibigkeit bisher fünf Krankheiten beschrieben worden, die sich auf die Mutation eines einzelnen Gens zurückführen lassen. Damit wird nicht nur eine alte medizinische Faustregel umgestossen, die besagt, dass Fettleibigkeit ohne Kleinwuchs immer ernährungsbedingt sei, sondern Fettleibigkeit wird zudem als Störung mit Krankheitswert positioniert. Welche Gene jedoch tatsächlich für die erbliche Komponente verantwortlich sind, ist weitgehend ungeklärt (Vainio & Bianchini, 2002). Nebst genetischen / medizinischen gibt es eine ganze Reihe anderer Versuche, die Ursache(n) von Fettleibigkeit zu erklären.

2.8.2 Essverhalten und körperliche Aktivität

Bei der Entstehung von überhöhtem Körpergewicht spielt die übermässige Kalorienaufnahme genauso eine Rolle wie die Qualität der Nahrungsmittel. Gemäss WHO (World Health Organisation, 2003) sind die heute häufig konsumierten, energiedichten und nährstoffarmen Nahrungsmittel sowie die grossen Portionen die Hauptursache von Übergewicht. Dagegen schützt nach Aussage der WHO regelmässige körperliche Aktivität, hingegen kann ein Bewegungsmangel zu Übergewicht beitragen. Einen etwas anderen Akzent setzt der Kulturhistoriker Schwartz. Zwar ist auch Schwartz der Meinung, Fettleibigkeit sei das Resultat einer Esssucht. Diese Esssucht wird gemäss dem Autor jedoch durch den Kapitalismus verursacht (Schwartz, 1986). Weiterer Erklärungsansätze beziehen sich eher auf soziale Faktoren.

2.8.3 Verhaltens- und Umweltfaktoren

Verschiedene Wissenschaftler schliessen die rein genetische Regulation des Körpergewichts mit der Begründung aus, dass genetische Veränderungen nicht in so kurzer Zeit stattfinden können wie dies für die Adipositasprävalenz der Fall ist (World Health Organisation, 2003). Allerdings herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass sich Verhaltens- und Umweltfaktoren bei einer gewissen genetischen Veranlagung stärker auswirken und häufiger zu einem Energieungleichgewicht führen (Racette, Deusinger, & Deusinger, 2003). Ellrott und Pudel wiederum sehen den Grund für Übergewicht vor allem in psychologischen Verhaltensweisen: Ein gezügeltes Essverhalten (z.B. Diät) mit einzelnen Zusammenbrüchen dieser kognitiven Kontrolle ist mit einem höheren Übergewichtsrisiko assoziiert als flexible Kontrollen (Ellrott & Pudel, 1998). Der Ökonom Luttwak leitet seine Erklärung für die überproportionale Fettleibigkeit der Unterschicht aus drei Regeln her, die er der calvinistischen Doktrin des Puritanismus entnimmt (Luttwak, 1999). Und schliesslich bietet sich neben der Kapitalismuskritik auch die Zivilisationstheorie als Erklärungsmodell an. Elias' (Elias, 1969) Beobachtungen zur allmählichen Zivilisierung des Essens werden von Soziologen für eine Interpretation der Esssucht beigezogen, in deren Zentrum die Entfesselung eines unterdrückten Triebs in Kombination mit einer Tabuisierung steht.

Die kurze Übersicht über zitierte Ursachen von Übergewicht und Fettleibigkeit soll verdeutlichen, dass für die Ursache(n) von Übergewicht bis heute kein einheitlicher und ausschliesslicher Erklärungsansatz gefunden wurde. Nach aktuellem Stand des Wissens muss Fettleibigkeit als heterogene Störung betrachtet werden, die auf verschiedene Ursachen zurückzuführen ist. Dabei gilt die Grundregel, dass Übergewicht dann entsteht, wenn die tägliche Energieaufnahme langfristig den körperlichen Energieverbrauch übersteigt. Diese positive Energiebilanz kann genetische, biochemische, soziale, psychologische oder andere Gründe haben.

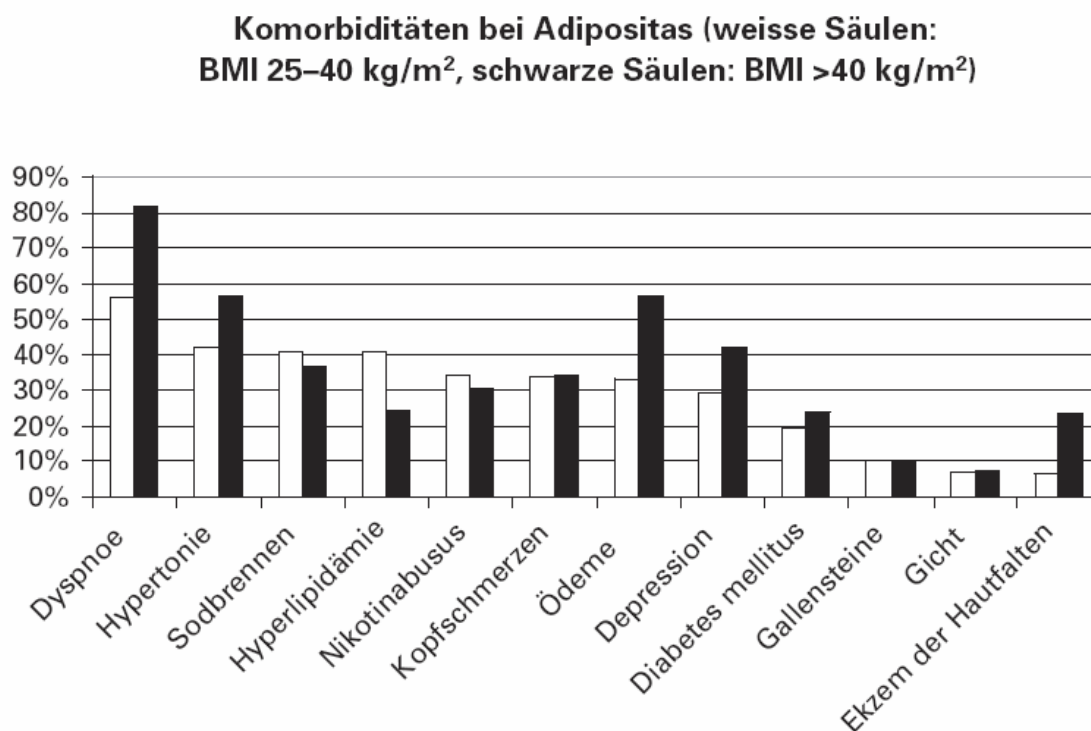
2.9 Folgen von Übergewicht und Fettleibigkeit

2.9.1 Gesundheitliche Folgen

Etwas eindeutiger als bei Beginn, Ausmass und Ursachen stellt sich die Situation bei den gesundheitlichen Folgen von Übergewicht dar: Die Risiken für verschiedene Krankheiten und frühzeitigen Tod steigen mit zunehmendem Body Mass Index (BMI) an (Fontaine & Allison, 2004; James et al., 2004; Manson, Skerrett, & Willett, 2004). Heute gilt es als grundsätzlich erwiesen, dass erhöhtes Körpergewicht einen Risikofaktor darstellt für medizinische und soziale Folgekrankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Stoffwechselstörungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Gelenkbeschwerden, Atem-, Lungen- und Schlafprobleme, Krebserkrankungen, soziale und psychische Leiden.

Die nachfolgende Grafik illustriert das Zusammentreffen von Krankheiten und Störungen (Komorbiditäten) bei 299 übergewichtigen und adipösen Patienten der Adipositas-Sprechstunde am Kantonsspital Basel. Die Befunde wurden anlässlich der Eintrittsuntersuchungen der Patienten ins Spital erhoben. Aus der Grafik geht hervor, dass zu Behandelnde mit morbider Adipositas häufiger Komorbiditäten aufweisen als diejenigen mit geringerem Übergewicht (in Prozent der Befragten).

Grafik 10. Auftreten von Krankheiten und Störungen bei Übergewichtspatienten am Kantonsspital Basel



Quelle: Keller, 2002.

Was das Mortalitätsrisiko anbelangt, bestätigen verschiedene Untersuchungen, dass Übergewicht das Mortalitätsrisiko sowohl für Frauen als auch für Männer nachweislich erhöht (siehe zum Beispiel Bray, 2003). Andere Untersuchungen zeigen, dass erst ein BMI-Wert von über 35 zu einer signifikanten Steigerung der Mortalitätsrate führt (Flegal, Graubard, Williamson, & Gail, 2005). Detaillierte Informationen zum Thema Fettleibigkeit und Mortalität vermittelt auch der Übersichtsartikel von Solomon und Manson (Solomon & Manson, 1997).

2.9.2 Psychosoziale Folgen

Übergewicht ist nicht nur mit physischen, sondern auch mit psychosozialen Folgen und Erkrankungen assoziiert. Verschiedene Studien zeigen, dass adipöse im Vergleich zu weniger korpulenten Menschen an Lebensqualität einbüßen (Williamson & O'Neil, 2004). Die Sorgen um Gewicht und Körperform beginnen im frühen Kindesalter und stellen ein langanhaltendes reales Alltagsproblem dar. So zeigen beispielsweise Untersuchungen mit Kindern im Alter vom Kindergarten bis zur Adoleszenz übereinstimmend negative Haltungen / Einstellungen gegenüber Dicken, positive Haltungen / Einstellungen gegenüber Normalgewichtigen und gemischte Gefühle gegenüber dünnen Figuren (Brylinsky & Moore, 1994; Counts, Jones, Framer, & Strauss, 1986; Powlisha, Serbin, Doyle, & White, 1994; Sigelman, Miller, & Whitworth, 1986; Staffieri, 1972; Thelen, Powell, Lawrence, & Kuhnert, 1992). Etliche dieser Studien belegen, dass die Stigmatisierungstendenz vom Kindergarten bis zur späten Kindheit zunimmt (Brylinsky & Moore, 1994), andere finden keine Zunahme der Stigmatisierung in Abhängigkeit vom Alter (Stager & Burke, 1982) und schliessen daraus, dass die frühen Kinderjahre prägend sind für negative Einstellungen.

Inhaltlich basieren Körpermass-Stigmatisierungen bei Kindern auf der Vorstellung, dass dicke Kinder in Persönlichkeit und Verhalten von Normalgewichtigen abweichen. In Untersuchungen im Zusammenhang mit der kognitiven Entwicklungstheorie¹ wurde beobachtet, dass sich vor allem kleinere Kinder stark auf externe Personenmerkmale konzentrieren. Im Vorschulalter unterscheiden Kinder grob-global, in der Annahme, dass sich diejenigen, die sich in einer Dimension wie Körpermass ähnlich sind, auch in anderen Dimensionen wie Verhalten, Temperament etc. gleichen. Mit zunehmendem Alter achten Kinder vermehrt auch auf Merkmale der Persönlichkeit und erkennen, dass Menschen, die gleich aussehen, nicht unbedingt gleich handeln müssen. Aus dieser theoretischen Sicht müsste man annehmen, dass Stigmatisierungstendenzen mit dem Alter abnehmen. Die Tatsache, dass dies oft nicht zutrifft, wird damit erklärt, dass Kinder im

¹ Die strukturalistische kognitive Entwicklungstheorie, eine umfassende Theorie der Entwicklung des Denkens und der Intelligenz des Kindes, geht zurück auf den Schweizer Psychologen Jean Piaget (1896-1980).

Grundschulalter spezifische kulturelle Stereotypen erlangen. Gemäss der Theorie des sozial-kognitiven Lernens von Albert Bandura² (Bandura & Kober, 1979) sind die Ursprünge der kindlichen Stigmatisierungstendenzen im kulturellen und sozialen Umfeld zu finden.

In der einfachsten Form bedeutet das, dass Körpermass-Stereotypen einerseits auf den persönlichen Erfahrungen von abweichendem Verhalten von Individuen mit vom Durchschnitt abweichenden Körpermassen beruhen, oder aber sich auf die Weitergabe kultureller / sozialer Erwartungen stützen, wie sie beispielsweise im Fernsehen (Kultivierungsansatz von Gerbner) vermittelt werden (Gerbner, 1969). Wenn die Erfahrung aus dem realen Leben, in dem der Dicke langsamer und unsportlicher ist, durch die Mediendarstellung verfestigt wird, ergibt sich quasi eine Bestätigung für den Zusammenhang zwischen Medien und Realität. In ihrer Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum, Stereotypisierung von Dicken, Körpermass-Standards und Essstörungen bei Schülern wies Harrison (Harrison, 2000) nach, dass der Fernsehkonsum von Jungs positiv korreliert ist mit negativen Stereotypen gegenüber übergewichtigen Frauen.

Die kulturellen Erwartungen sowohl von Kindern wie auch von Erwachsenen werden von der Vorstellung geprägt, dass übergewichtige Personen unattraktiv, schmutzig, moralisch und emotional abgestumpft, faul und antriebslos seien (Crandall, 1994). Im Alltag werden Übergewichtige deshalb von anderen stigmatisiert und diskriminiert (Cramer & Steinwert, 1998; Crandall, 1994; Wadden & Fabricatore, 2003). Sie haben schlechtere Chancen bei der Arbeitssuche, bei Beförderungen und Lohnforderungen, werden im Gesundheitswesen schlechter behandelt und bei der Ausbildung von Lehrern und Mitschülern vernachlässigt. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen die auf sie projizierten (negativen) Werte internalisieren und sich selbst im gleichen negativen Licht sehen wie sie von der Gesellschaft wahrgenommen werden (Peterman & Pudell, 2003).

² Die Theorie des sozial-kognitiven Lernens von Albert Bandura geht davon aus, dass Verhaltenskonsequenzen durch Gedanken und durch soziale Interaktionen im Zeitablauf vermittelt werden.

2.9.3 Materielle Folgen

Abgesehen von den gesundheitlichen und psychosozialen Folgen verursacht Übergewicht auch materielle Kosten für das Individuum und die Gesellschaft. Neben den Behandlungskosten (Nutzung der Ressourcen für die Übergewichtsbehandlung und die damit verbundenen Folgeerkrankungen) fallen auch makroökonomische Kosten (Produktivitätsverlust aufgrund beruflicher Absenz, Invalidität und frühzeitiger Tod) ins Gewicht (Cateron, Franklin, & Colditz, 2004). Das Bundesamt für Statistik zitiert in seinem Bericht über „die Kosten der Adipositas in der Schweiz“ (Schneider & Schmid, 2004) eine Schätzung der Infostelle für Adipositas, wonach sich die gesamten Kosten der Adipositas in der Schweiz auf rund 3.9 Milliarden Franken pro Jahr belaufen und das öffentliche Gesundheitswesen mit 2.3 Milliarden belasten. Der Bericht schätzt die von Übergewicht und Adipositas und deren Folgeerkrankheiten insgesamt verursachten Kosten (= direkte und indirekte Kosten) in der Schweiz im Jahr 2001 auf CHF 2'691 Millionen. Berücksichtigt man dabei eine Schwankungsbreite von +/- 20%, lagen die tatsächlichen Kosten zwischen CHF 2'153 und 3'229 Mio. pro Jahr. Auf die direkt mit der Adipositas verbundenen Therapiekosten für Medikamente, operative Eingriffe und Ernährungsberatung fallen „nur“ CHF 43 Mio. (1.6% der Gesamtkosten). Den Löwenanteil machen die 18 berücksichtigten Folgeerkrankheiten aus mit einem Anteil von 98.4%, wobei eine Hälfte dem Übergewicht, die andere der Adipositas anzurechnen ist. Verschiedene Parameter wie Prävalenz, relative Risiken, Kosten der Krankheit beeinflussen diese Kosten. Veränderungen der Prävalenz um +/- 20% beispielsweise können die Kosten um rund 13% steigern / senken. Teilt man die gesamten Kosten auf die Anzahl übergewichtiger (n=177 Mio.) und adipöser (n = 0.46 Mio.) Personen in der Schweiz auf, ergeben sich für 2001 in der Schweiz CHF 777 pro übergewichtige und CHF 2'857 pro adipöse Person. Zum Vergleich: Die direkten medizinischen Kosten für die Folgen missbräuchlichen Alkoholkonsums betragen in der Schweiz für das Jahr 2001 zwischen 460 und 672 Mio. Schweizerfranken (Kostenbasis 1998), d.h. mehr als die Hälfte weniger als die Kosten für Übergewicht und Adipositas.

In ihrem Bericht halten Schneider und Schmid fest, dass

„[...] die hier beschriebenen medizinischen und volkswirtschaftlichen Kosten einen hohen Preis darstellen für die Tatsache, dass die Adipositas noch immer ungenügend als Krankheit anerkannt und behandelt wird, weder von den Betroffenen noch von der Ärzteschaft, den Krankenkassen als auch den zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Adipositas weiterhin als ein „Lifestyle“-Thema zu behandeln und als nicht-interventionswürdig zu betrachten, muss unter der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung (massive Zunahme von Übergewicht und Adipositas in den kommenden Jahrzehnten) als gesundheitliche ‚Zeitbombe‘ bezeichnet werden, die einen entsprechenden menschlichen Tribut an Leiden (Morbidität und Mortalität) als auch an finanziellen Aufwendungen (Gesundheitskosten) erfordern wird.“ (Schneider & Schmid, 2004, S. 65).

Schneider und Schmid gehen davon aus, dass die klinische Relevanz von Übergewicht und Adipositas hierzulande in der Vergangenheit stark unterschätzt wurde, weil „Übergewicht [...] vorwiegend als kosmetisches Problem (Frage des Aussehens) gewertet und [...] nicht als Schrittmacher für eine hohe Inzidenz von Komorbiditäten und für eine insgesamt erhöhte Mortalität angesehen [wurde]“ (Schneider & Schmid, 2004, S. 1). Die Autoren stellen also einerseits fest, dass die Übergewichtsproblematik in der Schweiz bis anhin aus einem ästhetischen Blickwinkel betrachtet wurde und stellen diesem Blickwinkel andererseits eine medizinische Betrachtungsweise des Themas gegenüber. Damit werfen sie zwei Grundfragen auf, die im nächsten Teil dieser Studie im Rahmen einer Medien-Inhaltsanalyse beantwortet werden sollen:

1. In welche(n) thematischen Bezugsrahmen stellt die Deutschschweizer Presse das Thema Übergewicht?
2. Wie verändern sich diese Bezugsrahmen, bzw. die Darstellungen des Phänomens über die Zeit?

Die Annahme lautet, dass Übergewicht von den untersuchten Printmedien im Verlauf der letzten 50 Jahre vermehrt von einem ästhetischen in einen medizinischen Bezugsrahmen gestellt wurde. Diese Vermutung wird gestützt durch die Tatsache, dass die erste

Schweizerische Gesundheitsbefragung auf das Jahr 1992 zurückgeht. Ab diesem Zeitpunkt hat man auf politisch-institutioneller Ebene systematisch damit begonnen, (Über-)Gewicht als Faktor zur Beurteilung der Volksgesundheit in die offiziellen Gesundheitsstatistiken der Schweiz einzuschliessen. 1992 könnte in diesem Sinn zumindest aus politisch-institutioneller Sicht das Startjahr sein für eine medizinisch-gesundheitliche Übergewichtsbetrachtung und damit der Auslöser eines potentiellen Medizinalisierungsprozesses in der Schweiz. In den nachfolgenden Kapiteln soll u.a. festgestellt werden, ob die erste Schweizerische Gesundheitsbefragung einen zeitlichen und inhaltlichen Bezug hat zu den Übergewichtsdarstellungen in der Publikumspressen bzw. in der wissenschaftlichen Literatur. Damit nähert man sich der Klärung der Frage, ob der angenommene Medizinalisierungsprozess von Übergewicht mehr die Folge eines medizinisch-wissenschaftlichen oder eines politisch-sozialen Prozesses darstellt.

3 Theoretische Fundierung der Inhaltsanalyse

Dass die Massenmedien eine wichtige Quelle für Übergewichtsinformationen darstellen, zeigt sich u.a. an der steigenden Tendenz von Patienten, sich medizinische Informationen direkt zu beschaffen (Schlesinger, 2002). Dabei wurde belegt, dass (potentielle) Patienten ihre Informationen mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit den Massenmedien entnehmen als wissenschaftlichen Studien (Carlsson, 2000; Nelkin, 1987). Mit Blick auf die moderne Differenzgesellschaft bestätigt Luhmann: „Was wir über unsere Gesellschaft, ja über die Welt, in der wir leben, wissen, wissen wir durch die Massenmedien“ (Luhmann, 2004, S. 9) Die Funktion der Medien besteht darin, für die Herstellung und Bereitstellung von sozialen Themen zur öffentlichen Diskussion zu sorgen (Rühl, 1980). Mit der Thematisierungsfunktion verknüpft ist der politisch-normative Aspekt der Problemanerkennung. Innerhalb der kollektiven Kommunikationsprozesse können die Medien gemäss Bonfadelli und Meier „[...] auf soziale Probleme aufmerksam machen bzw. diese verschweigen, was den angestrebten sozialen Wandel beschleunigen oder verlangsamen kann; sie können soziale Probleme unterschiedlich thematisieren, d.h. je andere Ursachen, Akteure und Lösungen in den Vordergrund stellen“ (Bonfadelli & Meier, 1993, S. 12). Dabei konstituieren soziale Bedingungen, Strukturen und Situationen allein jedoch noch keine sozialen Probleme (Groenemeyer, 1997, S. 17). Erst wenn Gegebenheiten als Probleme definiert und akzeptiert sind, können sie zu sozialen Problemen werden (Sobal, 1999; Spector & Kitsuse, 1977). Diese Tatsache lässt sich an zahlreichen Themen belegen, die aus heutiger Sicht als äusserst problematisch gelten, jedoch in ihrem historischen und gesellschaftlichen Zusammenhang als unproblematisch wahrgenommen wurden und daher keine gesellschaftliche Aufmerksamkeit erregten. Dazu zählen beispielsweise Sklaverei, Kinderarbeit, Frauendiskriminierung usw. Damit stellt sich die Frage, *wie* soziale Probleme konstruiert werden.

3.1 Konstruktion sozialer Probleme

Groenemeyer gibt darauf folgende Antwort: „Die erfolgreiche Etablierung von Werten und Interessen als soziale Probleme ist an die Mechanismen und Strukturen der Selekti-

vität des jeweiligen politischen Systems gebunden“ (Groenemeyer, 1997, S. 21). Dabei bildet die Definition und Konstitution von Themen eine fundamentale Form politischer Macht und sozialer Kontrolle, denn in Abhängigkeit von der Art der Thematisierung von Sachverhalten können sich jeweils unterschiedliche Aufmerksamkeitsgrade und Lösungsansätze ergeben. Allerdings gibt es auch den umgekehrten Fall, nämlich dass soziale Bedingungen, die mit Erfolg als soziale Probleme etabliert wurden, von gewissen Gruppen bestritten werden. Exemplarisch dafür steht die gerade in jüngster Zeit von verschiedenen Wissenschaftlern geäußerte Ansicht, dass die Gewichtsproblematik in den öffentlichen Gesundheitsprioritäten übertrieben werde und deshalb heruntergestuft werden müsse (Campos, 2004; Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver, & Gaesser, 2006; Ernsberger & Haskew, 1987; Gaesser & Blair, 2002). Als Basis für ihre Forderung zitieren die genannten Wissenschaftler eine im Jahr 2005 veröffentlichte Studie des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) die besagt, dass erst ein BMI-Wert von über 35 zu einer signifikanten Steigerung der Mortalitätsrate führt und dass leicht übergewichtige Personen mit einem BMI zwischen 25 und 30 die tiefste Mortalitätsrate aufweisen (Flegal et al., 2005).

Die genannten Beispiele verdeutlichen, dass die Bestimmung sozialer Probleme nicht primär über ihre gesellschaftliche Schadenskategorie, sondern über ihre soziale Definition als Problem innerhalb der Gesellschaft erfolgt. Blumer (Blumer, 1971, S. 298) bemerkt dazu: „Soziale Probleme sind im wesentlichen Produkte eines Prozesses kollektiver Definition und sie existieren nicht unabhängig davon als eine Konstellation objektiver sozialer Bedingungen mit einer eigenen Ausstattung.“ Als Bedingung für die Entstehung eines sozialen Problems gilt, dass das Problem im Kontext kollektiver anstatt privater Zuständigkeiten definiert sein muss. Private Probleme müssen zu öffentlichen Themen gemacht werden, damit sie zu sozialen Problemen werden können. Mills (Mills, 1959) prägte dafür die Unterscheidung zwischen „private trouble“ und „public issue“. Dabei lässt sich nicht aus jedem privaten Problem ein public issue machen. Ausgangspunkt für die öffentliche Thematisierung ist die „Konstruktion und Definition von Sachverhalten, die Leiden oder Unbehagen verursachen und mit einer moralischen Entrüs-

tung, Empörung oder einem Gefühl von Ungerechtigkeit verbunden sind“ (Groenemeyer, 1997, S. 20).

Man kann davon ausgehen, dass die Kontroversen um das Thema Übergewicht, die mit zu hohem Körpergewicht verbundenen Gesundheitsrisiken sowie sein Human Interest-Faktor die Medienpräsenz des Themas angeregt haben. Dabei kann mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die mediale Darstellung des Themas die öffentliche Wahrnehmung und Meinung über diese Themen ebenso beeinflusst wie die Einschätzung möglicher Lösungsansätze für das Problem (McCombs & Shaw, 1972; Ryan, 1991; Snow & Benford, 1988; Tarrow, 1992; Tuchman, 1978). Bezüglich des Einflusses von Mediendarstellungen hat sich beispielsweise gezeigt, dass die amerikanische Öffentlichkeit die Folgen von leichtem Übergewicht als schlimmer einschätzt als sie eigentlich sind. Diese Fehleinschätzung beruht auf der Tatsache, dass in der amerikanischen Mediendarstellung kaum Unterschiede gemacht werden zwischen moderatem und starkem Übergewicht, was dazu führt, dass die Gesundheitsrisiken stark übergewichtiger Personen vom Publikum automatisch auf alle Übergewichtsklassen übertragen werden (Saguy & Almeling, 2005). Aus dieser Perspektive ergibt sich die dringliche Forderung nach einem besseren Verständnis darüber, wie die Massenmedien Informationen in einer der Öffentlichkeit zugänglichen Sprache darstellen (Epstein, 1998).

Zu den wichtigsten Theorien in der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, die den Medieneinfluss auf die öffentliche Wahrnehmung und das öffentliche Verständnis erklären, zählen das Agenda-Setting und das Framing. Das Begriff Agenda-Setting erklärt die Thematisierungsfunktion der Massenmedien, d.h. wie die journalistische Auswahl bestimmter Geschichten dazu führt, dass die ausgewählten Themen vom Publikum als wichtig wahrgenommen werden und damit die öffentliche Agenda bestimmen (McCombs & Shaw, 1972). Das Framing befasst sich mit der massenmedialen Einbettung bestimmter Themen in subjektive Interpretationsrahmen (Entman, 1993). Aufgrund seiner theoretischen Relevanz für die vorliegende Arbeit wird der Framingansatz nachfolgend detaillierter erläutert.

3.2 *Framing*

Unter Framing versteht man die Auswahl und Betonung von „some aspects of a perceived reality [...] in such a way as to promote a particular problem definition“ (Entman, 1993). Das Konzept des Frames beschreibt ein multi-paradigmatisches Forschungsfeld, das nach Ansicht verschiedener Wissenschaftler noch nicht als eigentliche Medientheorie bezeichnet werden kann, weil es noch nicht ausgereift ist im Bezug auf eine einvernehmlich akzeptierte Terminologie, Methodologie und Empirie (D'Angelo, 2002; Dahinden, 2006; Van Gorp, 2005). Der Framing-Ansatz wird auch als *zerstreutes* Forschungsgebiet bezeichnet (Scheufele, 1999), weil bis anhin sowohl ein theoretischer Konsens innerhalb der Framing-Forschung fehlt als auch sein Stellenwert innerhalb der Kommunikations- und Medienwissenschaft ungeklärt ist. Was diese Feststellung bedeutet für die Zukunft des Framing-Ansatzes, fasst Dahinden wie folgt zusammen:

„Ob Framing als schwammiges und kurzlebiges Modekonzept bald wieder in Vergessenheit geraten wird, oder ob es sich zu einem Paradigma entwickeln wird, das als Integrationsbasis für die Kommunikations- und Medienwissenschaft dienen kann, hängt wesentlich davon ab, ob es den Framing-Forschern gelingen wird, sich sowohl über die theoretischen und empirischen Gemeinsamkeiten des Konzepts zu verständigen“ (Dahinden, 2006, S. 320).

Die Zunahme an Forschungsarbeiten im Bereich Framing in den letzten Jahren (siehe dazu: Entman, 1993; Iyengar, 1991; McCombs, Llamas, Lopez-Escobar, & Rey, 1997; Scheufele, 1999) belegt die steigende Beliebtheit des Framing-Ansatzes. Speziell auch im Gesundheitsbereich wächst das wissenschaftliche Interesse an der Darstellung von Gesundheitsthemen in nicht gesundheitsspezifisch orientierten Massenmedien seit den frühen 1980er Jahren (Kline, 2006). Bei der empirischen Untersuchung von Frames konzentriert sich das Forschungsinteresse vor allem auf zwei Arten von Forschungsfragen. Einerseits geht es um Frame-Wirkungen, d.h. um die Frage, welche Wirkungen bestimmte Darstellungsmuster auf die Probanden ausüben. Diese Frames werden unter dem Stichwort Rezipientenframes zusammengefasst. Andererseits geht es um Frame-Identifikation als Ausdruck eines gesellschaftlich prägenden Diskurses.

3.2.1 Rezipientenframes

Ein Auslöser für zahlreiche Wirkungsstudien zu Gesundheitsthemen war die klassische Untersuchung von Tversky und Kahnemann zur Theorie der rationalen Wahl und individuellen Nutzenmaximierung (prospect theory), die nachfolgend etwas detaillierter vorgestellt werden soll (Tversky & Kahneman, 1981).

Die empirische Untersuchung von Tversky und Kahnemann befasst sich mit den zentralen Entscheidungsprozessen auf der Rezipientenseite. Sie beinhaltet ein Experiment, bei dem zwei Gruppen von Testpersonen nachfolgende Aufgabe lösen müssen:

Stellen Sie sich vor, dass sich die USA auf den Ausbruch einer ungewöhnlichen asiatischen Krankheit vorbereitet, an der voraussichtlich 600 Personen sterben werden. Zur Bekämpfung dieser Krankheit werden zwei alternative Strategien vorgeschlagen. Wissenschaftlichen Schätzungen beurteilen die Wirkung dieser Strategien wie folgt:

1. Testgruppe:

- a) Wenn Strategie A ergriffen wird, werden 200 Personen überleben.
- b) Wenn Strategie B ergriffen wird, beträgt die Wahrscheinlichkeit ein Drittel, dass 600 Personen überleben werden und zwei Drittel, dass niemand überleben wird.

Welche der beiden Strategien würden Sie empfehlen?

2. Testgruppe:

- c) Wenn Strategie C ergriffen wird, werden 400 Personen sterben.
- d) Wenn Strategie D ergriffen wird, beträgt die Wahrscheinlichkeit ein Drittel, dass niemand sterben wird und zwei Drittel, dass 600 Personen sterben werden.

Welche der beiden Strategien würden Sie empfehlen?

Mathematisch unterscheiden sich die Ergebnisse der Strategiealternativen a), b), c) und d) nicht. Wenn aus einer Gruppe von 600 Personen 200 überleben ist das das gleiche,

wie wenn aus der erwähnten Gruppe 400 Personen sterben. Die Resultate zeigen jedoch, dass die Auswahlpräferenzen von der Formulierung, d.h. dem Framing der Antworten abhängig sind: 72% der Befragten haben Strategie a) gewählt, 28% Strategie b), 22% Strategie c) und 78% Strategie d). Die Resultate lassen sich wie folgt verallgemeinern: Wird die Situation positiv geframt als Überleben, wird eine Strategie der Risikovermeidung gewählt. Wird die Situation hingegen negativ als Sterben geframt, steigt die Risikobereitschaft. Tversky und Kahnemann widerlegen mit dieser Studie die vorherrschende Vorstellung von rationalem Verhalten, das auf Konsistenz und Kohärenz bei Entscheidungen basiert.

Die beschriebenen Handlungspräferenzen sind durch weitere Untersuchungen bestätigt worden. In der Gesundheitskommunikation haben beispielsweise McNeil et. al (McNeil, Parker, Sox, & Tversky, 1982) festgestellt, dass sich Ärzte und Patienten bei der Krebsbehandlung deutlich weniger für einen operativen Eingriff entscheiden, wenn die entsprechenden Behandlungsstatistiken die Resultate des chirurgischen Eingriffs in Sterbens- anstatt in Überlebensraten beschreiben. Hallahan (Hallahan, 1999) kam zur Einsicht, dass Patienten eher bereit sind, wenig erprobte Therapien durchführen zu lassen, wenn das Ziel der Therapie als Erhaltung des menschlichen Lebens dargestellt wird und nicht als Mittel zur Schmerzreduktion.

3.2.2 Frame als gesellschaftlich prägender Diskurs

Im Gegensatz zum Rezipientenframe geht es bei den kognitiven Aspekten von Medieninhalten um Frame-Identifikation als Ausdruck eines gesellschaftlich prägenden Diskurses. Dabei basiert die Framing-Theorie auf der Idee, dass die Art der Mediendarstellung einen Einfluss darauf hat, wie das Publikum über ein Ereignis oder einen Tatbestand denkt (Gamson & Modigliani, 1989; Scheufele, 1999). Solche Framing-Effekte können erklärt werden mit dem assoziativen Netzwerkmodell des Gedächtnisses. Dabei wird das menschliche Hirn als ein mentales Netzwerk aufgefasst, das aus miteinander verknüpften kognitiven Knoten besteht (Price, Tewksbury, & Powers, 1997). Gemäss dieser Betrachtung aktivieren die Aspekte, die in einer Medienbotschaft hervorgehoben werden (d.h.

die Frames, die in einer Geschichte präsentiert werden) gewisse Gedanken oder Gefühle im Kopf des Publikums, so dass selbiges in vorhersehbarer Weise reagiert. Andere Studien zeigen, dass Individuen die Mediendarstellung als eine Form von Heuristik oder kognitiver Abkürzung zur Interpretation komplexer Ereignisse verwenden (Gamson & Modigliani, 1989; Scheufele & Lewenstein, 2005). Nach Ball-Rokeach & De Fleur dürfte letzteres vor allem auf gefährliche Krankheiten mit epidemischem Potential zutreffen, weil die Mehrheit des Publikums in Normalfall über keine direkten Erfahrungen im Umgang mit ihnen verfügt (Ball-Rokeach & DeFleur, 1976).

3.2.3 Definition des Frame-Konzepts

Was seine Definition anbelangt, existieren zahlreiche Interpretationen von Framing. Zentrale und häufig zitierte operationale Definitionen für das Frame-Konzept stammen beispielsweise von Gamson und Modigliani („*central organizing idea*“); (Gamson & Modigliani, 1987, S. 143), Gitlin („*principles of selection, emphasis, and presentation composed of little tacit theories about what exists, what happens and what matters*“), (Gitlin, 1980, S. 6) oder Pan und Kosicki („*idea through which political debate unfolds*“), (Pan & Kosicki, 2001, S. 39). Die vermutlich am häufigsten zitierte Framedefinition geht auf Entman zurück:

„To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating text, in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation and/or treatment recommendation“ (Entman, 1993, S. 52).

Frames bezwecken nach dieser Definition einerseits die *Selektion* von wahrgenommenen Realitätsaspekten, weil durch das Framing bestimmte Aspekte der wahrgenommenen Realität betont und andere ignoriert werden. Andererseits führt das Framing zu einer *Strukturierung* der Kommunikationstexte, da Frames zu Interpretationsmustern werden, mit denen sich Informationen nicht nur sinnvoll einordnen sondern auch effizient verarbeiten lassen. Entman (Entman, 1993) zählt vier definierende Elemente auf, die einen Frame charakterisieren: *Problemdefinition, Ursachenzuschreibung, moralische Bewertung, Lösungsempfehlung*.

Die Vielzahl von Definitionen zeigt, dass die Begriffsauffassung und -bestimmung von Framing stark geprägt ist vom jeweiligen Autor. Dennoch ist allen hier genannten Definitionen die Idee von Selektion und Hervorhebung gemeinsam: Framing als eine Möglichkeit, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Merkmale eines Tatbestandes zu lenken und andere Merkmale zu vernachlässigen. Im Sinne der Klarheit fordert Dahinden, dass der Framing-Begriff analytisch präzisiert werden müsse in Abgrenzung zu weiteren theoretischen Ansätzen, die bei genauerer Betrachtung Gemeinsamkeiten aufweisen zum Framing. Er bietet zu diesem Zweck eine wesentlich ausführlichere, integrative Definition von Frames an:

„Frames sind **Deutungsmuster**, die sich in allen Phasen von massenmedialen Kommunikationsprozessen (PR, Journalismus, Medieninhalte, Publikum) identifizieren lassen. Frames haben auf all diesen Ebenen vergleichbare Funktionen: Sie **strukturieren Informationen** in Form von abstrakten, themenunabhängigen Deutungsmustern, welche **Komplexität reduzieren** und die **Selektion** von neuen Informationen leiten. Von **Nachrichtenfaktoren** unterscheiden sich Frames durch ihre höhere Komplexität und mehrdimensionale Struktur. Sie setzen sich aus mehreren Elementen zusammen, zu denen die **Problemdefinition**, die **Identifikation von Ursachen**, die **Bewertung** durch moralische Urteile sowie die Benennung von **Handlungsempfehlungen** gehören. Durch diese mehrdimensionale Struktur geben Frames eine **dichte Beschreibung** von Themen, die mehr bieten als dies in traditionellen standardisierten Inhaltsanalysen möglich ist. Frames teilen mit dem Konzept der **Metapher** die Eigenschaft, dass von Einzelfällen abstrahiert wird auf allgemeinere Muster. Viele Frames werden in der kommunikations- und Medienwissenschaft auch mit den Namen von bekannten Metaphern oder gar Mythen benannt. Gleichzeitig ist aber festzuhalten, dass nicht alle Frames in Form von Metaphern auftreten, und dass ebenso wenig alle Metaphern mit Frames gleichzusetzen sind. Vom Begriff des **Themas** (engl. Issue) unterscheiden sich Frames durch ihre Universalität und Themenunabhängigkeit. Frames haben auch **Bewertungsfunktionen**. Sie unterscheiden sich aber von dichotomen Bewertungen, wie sie der **Bias-Ansatz** für Medieninhalte untersucht, durch die explizite Benennung von Bewertungskriterien (Bsp. Moral, Wirtschaftlichkeit, Fortschritt etc.). Auf der Ebene des individuellen Bewusstseins werden **Einstellungen** ebenfalls Bewertungsfunktionen zugeschrieben. Einstellungen sind aber mit Frames nicht gleichzusetzen, weil sie objektbezogen und themenspezifisch sind und in der Forschungspraxis auch

ohne weiteren Bezug zu kognitiven Strukturen untersucht werden. Schliesslich weist das kognitionspsychologische Konzept des **Schemas** einige Gemeinsamkeiten mit dem hier definierten Frame-Begriff auf. Wir verzichten hier aber auf die Verwendung des Schema-Begriffs, weil zum einen dadurch der integrative Ansatz der Framingtheorie für PR, Journalismus, Medieninhalte, Publikum terminologisch ausgeblendet wird und weil zum anderen der Schemabegriff oft auf Objekte angewandt wird, die wegen ihrer tiefen Komplexität hier nicht von Interesse sind“ (Dahinden, 2006, S. 193).

Diese analytische Definition von Dahinden (2006) ist für die vorliegende Arbeit insofern interessant, als sie das Forschungsfeld des Framings nicht nur im engeren, sondern auch im weiteren Sinn übersichtsartig umreisst und abgrenzt. Leider lässt sich aus dieser ausführlichen Beschreibung jedoch kaum eine operationale Präzisierung ableiten, wie sie beispielsweise mit der oben zitierten operativen Definition nach Entman (1993) vorliegt. Nach Bortz und Döring (Bortz & Döring, 1995, S. 61) „*standardisiert [eine operationale Definition] einen Begriff durch die Angabe der Operationen, die zur Erfassung des durch den Begriff bezeichneten Sachverhalts notwendig sind, oder durch die Angabe der messbaren Ereignisse, die das Vorliegen des Sachverhalts anzeigen*“. In diesem Sinn wird das konkrete Frame-Verständnis auch mit der Definition von Dahinden weiterhin der stillschweigenden Übereinkunft zwischen Leser und Forscher überlassen (Entman, 1993, S. 52).

„Die mangelnde Integration [...] von Forschungserkenntnissen“ (Dahinden, 2006, S. 21) führt u.a. dazu, dass sich in der Literatur zahlreiche Arbeiten finden, in denen die Framing-Terminologie im Titel keine inhaltliche Entsprechung findet in der Methodologie oder umgekehrt, wo anderslautende Bezeichnungen wie Schema, Bezugsrahmen, Labeling u.ä. auf das verweisen, was hier unter Frame, bzw. Framing verstanden wird. Zu letztgenannter Kategorie gehört beispielsweise die oben präsentierte Untersuchung von Tversky und Kahnemann (Tversky & Kahneman, 1981), in der die Autoren den Frame-Begriff nur implizit aufgrund ihrer experimentellen Vorgehensweise definieren, nämlich als „*unterschiedliche sprachliche Formulierung von objektiv identischen Entscheidungen*“ (zitiert aus Dahinden, 2006, S. 54). Grundsätzlich lässt sich jedoch sagen, dass

Framing ein sehr zentraler Ansatz ist im Bereich von Medienanalysen. Framing wurde u.a. im Bereich politischer Ereignisse (Cappella & Jamieson, 1996; Iyengar, 1991; Scheufele, 1999), technologischer Gefahren (Gamson & Modigliani, 1989) oder kontroverser wissenschaftlicher Themen wie Stammzellenforschung (Nisbet, Brossard & Kroepsch, 2003), Biotechnologie (Nisbet & Huge, 2006), globale Erderwärmung (McComas & Shanahan, 1999) oder gesundheitsbezogener Ereignisse (Clarke, McLellan & Hoffmann-Goetz, 2006; Wallis & Nerlich, 2005) angewendet.

3.2.4 Medienframing von Übergewicht

Unter den gesundheitsbezogenen Ereignissen finden sich verschiedene Studien zum Thema Übergewicht: Unter dem Titel: "Talking about Obesity: News Framing of Who Is Responsible for Causing and Fixing the Problem" untersuchen Kim und Willis in amerikanischen Presse- und Fernsehnachrichten, wie das Übergewichtsproblem von den Medien geframt wird (Kim & Willis, 2007). Im Speziellen analysieren sie, wie die Medien die Frage der Verantwortlichkeit für die Ursachen und Lösungen des Problems darstellen. Dabei zeigen ihre Daten, dass während der letzten 10 Jahre signifikant mehr persönliche Gründe und Lösungsansätze als gesellschaftliche Verantwortungszuschreibungen dargestellt wurden. In letzter Zeit beobachteten die Autoren jedoch zunehmen einen Ausgleich zwischen individualistischen und gesellschaftlichen Verantwortungszuschreibungen. Die Darstellung von gesellschaftlichen Gründen hat stark zugenommen, während sich die Darstellung von persönlichen Lösungsansätzen reduziert hat. Um Transformationseffekte von Risikoverhalten zwischen der individuellen und der sozialen Ebene geht es in der Medieninhalts-Studie von Chang et al. (Chang & Christakis, 2002). Aufgrund ihrer Untersuchung von medizinischen Textbüchern im Zeitraum von 1927 bis 2000 stellen die Autoren fest, dass übergewichtige Individuen im Verlaufe der Jahre zunehmend weniger verantwortlich gemacht werden für ihren Zustand. Während sie am Anfang der Messperiode als soziale Parasiten dargestellt wurden, haben sie sich im Verlauf der Jahre zu medizinischen Opfern der Gesellschaft gewandelt. Chang et al. zeigen am Beispiel des Übergewichts-Diskurses auf, dass ein vermeintlich schlüssiges, gefestigtes Wissensobjekt, unabhängig von experimentellen Beweisen, im diskursiven Umfeld

zwischen Ursachensuche und sozialer Schuld- und Lösungszuweisung eine rasche Bedeutungswandlung durchmachen kann. Aufschlussreich ist auch die Studie von Lawrence (Lawrence, 2004) „Framing Obesity“. Mittels einer Inhaltsanalyse der *New York Times* von 1985 bis 1996 (deren Daten sie ergänzt durch eine Untersuchung zur Fernsehdarstellung von Übergewicht sowie eine Datenbank-Recherche der zehn wichtigsten amerikanischen Tageszeitungen) untersucht die Autorin, ob Übergewicht im Hinblick auf bestimmte Risikokategorien systematisch dargestellt wird. Sie geht davon aus, dass erst die systematische Darstellung von *Übergewicht als Gesundheitsrisiko für alle*, nicht nur für einzelne Bevölkerungsgruppen; als *Gesundheitsrisiko, das durch das Umfeld* und nicht vom Einzelnen *verursacht wird*; als *Risiko, das unfreiwillig eingegangen wird* und als *Risiko, das bewusst durch andere provoziert wird*, einen politischen Kurswechsel ermögliche. Dabei stellt Lawrence fest, dass sich nur die Darstellung von Übergewicht als Umfeldproblem in die gewünschte Richtung bewegt hat. Bei den Dimensionen unfreiwillig und bewusst geschaffenes Risiko trifft das nicht zu und die Darstellung als Gesundheitsrisiko für alle ist unsicher. Auch wenn die Autorin in ihrer Studie zu keinen eindeutigen Schlüssen gelangt, was einen Kurswechsel anbelangt, ist die Untersuchung im Hinblick auf ihre Unterscheidung zwischen individueller/öffentlicher Sphäre sehr aufschlussreich. In der Public Health-Forschung gilt es als erwiesen, dass Gesundheitsprobleme vor allem dann zum Gegenstand breiter politischer Lösungen werden, wenn sie vom privaten/individuellen in den sozialen/öffentlichen Darstellungsbereich wechseln (Aronowitz, 2008; Beauchamp, 1976; Crossley, 2004; Garrett, 2001; Kirkwood & Brown, 1995; Stone, 1997). Die Framingforschung bestätigt, dass unterschiedliche Medienframes nicht nur zu einem unterschiedlichen Problemverständnis, sondern auch zu unterschiedlichen Lösungsmassnahmen führen (W. A. Gamson & Gamson, 2002; Snow & Benford, 1988; Tarrow, 1992). Wird Übergewicht beispielsweise als soziales, politisches oder ökonomisches Problem betrachtet, zielen mögliche Lösungsansätze auf Umfeldveränderungen statt auf individuelle Massnahmen ab. Wird es als natürliche und erwünschte Form biologischer Diversität verstanden, fokussieren Lösungsansätze auf die Förderung sozialer Toleranz. Ein Framing als Folge ungesunder Ernährung kann zur moralischen Verurteilung Betroffener als Abweichler führen (Gusfield, 1984). Wichtige epi-

demiologische Studien (darunter beispielsweise die bereits zitierte Framingham-Studie) haben Übergewicht als „vermeidbare“ Krankheitsursache dargestellt und mit der Rauchproblematik verglichen (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004). Für zahlreiche führende Übergewichtsforscher bildet Übergewicht ein typisches „Risikoverhalten“ (Saguy & Riley, 2005). In diesem Sinn sind die Ausdrücke *Übergewicht* und *Fettleibigkeit* keine wertneutralen Bezeichnungen, sondern Darstellungsweisen von Übergewicht als Risikofaktoren für Krankheit oder eigentliche Krankheiten. Anders gesagt: Körpergewicht wird medizinalisiert (Conrad, 1992b), anstatt dass es als politisches oder als Bürgerrechts-Problem geframt wird, wie das verschiedene Anspruchsgruppen fordern (Cooper, 1998; LeBesco, 2004; Saguy & Almeling, 2005; Saguy & Riley, 2005; Sobal, 1995; Wann, 1999).

Über die Medizinalisierung von Zuständen, d.h. das Framing von Zuständen als medizinisches Problem und seine Auswirkungen, wird in der Wissenschaft seit Ende der 1960er Jahre intensiv geforscht.

3.2.5 Medizinalisierung

Medizinalisierung ist die Übersetzung des englischen Ausdrucks *medicalization*. Das Konzept beschreibt einen Prozess, in dessen Verlauf nichtmedizinische Alltagsprobleme zunehmend als medizinische Pathologien definiert und behandelt werden. Ausschlaggebend für die Beurteilung, ob ein Thema medizinalisiert ist, ist seine Definition. Wird ein Problem in medizinischen Begriffen definiert, werden zu seiner Beschreibung medizinische Ausdrücke verwendet und wird das Problem zudem in einen medizinischen Rahmen gestellt oder medizinisch behandelt, handelt es sich um ein medizinalisiertes (statt zum Beispiel um ein juristisches oder ökonomisches) Problem (Conrad, 1992a; Illich & Lindquist, 1975; Riessman, 1983). Dabei kann die Medizinalisierung eines Themas auf einem gedachten Kontinuum von *überhaupt nicht medizinalisiert* zu *total medizinalisiert* graduelle Ausprägungsstufen umfassen (Teilmedizinalisierung). Als fast vollständig medizinalisierte Pathologien führt Conrad (Conrad, 2007) Tod, Geburt und schwere Geistesgestörtheit an. Drogenabhängigkeit und Menopause sind teilweise medizinalisierte

und sexuelle Abhängigkeit und Partnermissbrauch sind nur leicht medizinalisierte Themen. Da Medizinalisierung einen bidirektional verlaufenden Prozess darstellt, ist auch eine Entmedizinalisierung denkbar in dem Sinne, als das Thema nicht länger in medizinischen Begriffen definiert wird und eine medizinische Therapie nicht länger angezeigt scheint. Ein Beispiel dafür ist die Homosexualität, ein Thema das seit den 70er Jahren entmedizinalisiert ist. Allgemein geht der Trend der letzten Jahre jedoch eher Richtung Medizinalisierung.

Wenn ein sozial abweichender Zustand medizinalisiert wird, verändern sich damit typischerweise seine Verantwortungszuschreibungen. Unter biomedizinischem statt moralischem Gesichtspunkt wird die individuelle Verantwortung tendenziell reduziert und der Lösungsansatz umfasst therapeutische anstelle von bestrafenden Massnahmen. Als Beispiele für medizinalisierte Abweichungen führt Conrad (Conrad, 2007) nebst Essstörungen unter anderem Alkoholismus, Geistesgestörtheit, Drogenabhängigkeit, sexuelle Dysfunktionen und Lernschwierigkeiten an. Wurden beispielsweise Adipöse früher als faul und antriebslos moralisch verurteilt, so werden sie heute als krankhaft Abhängige anerkannt und therapiert. Das gleiche gilt für Betrunkene, die früher als Ruhestörer kriminalisiert und verhaftet wurden.

Die ersten Studien von Pitts (Pitts, 1968a) und Conrad (Conrad, 1975) zum Phänomen der Medizinalisierung konzentrierten sich noch auf die Medizinalisierung von Abweichungen (medicalization of deviance). Aber bereits kurz darauf erkannte die Forschung, dass der Medizinalisierungsansatz (medicalization thesis) (Ballard & Elston, 2005) auf eine breite Palette menschlicher Probleme anwendbar ist (Freidson, 1970; Illich, 1976; Zola, 1972). Heute deckt die Medizinalisierung fast alle Lebensbereiche ab.

Aufgrund seiner Präferenz für therapeutische Massnahmen wird das medizinische Modell im Vergleich mit anderen Ansätzen oft als humanitäres Model bezeichnet (Becker & Nachtigall, 1992), das für den Einzelnen grosse Erleichterung bringen kann. Beispielsweise kann eine medizinische Diagnose eine breite Palette von menschlichen Problemen rechtfertigen, wie bereits Parsons (Parsons, 1951) in seiner klassischen Formulierung der

Krankenrolle aufgezeigt hat. Stellvertretend für weitere Autoren, die die Ansicht vertreten, dass eine konstruktive Medizinalisierung zur Verbesserung des individuellen Wohlbefindens beitragen könne, soll hier die Aussage von Broom und Woodward (Broom & Woodward, 1996, S. 373) bei der Untersuchung des chronischen Ermüdungssyndroms zitiert werden: „[...] medical explanations can provide coherence to patients' symptoms, validations and legitimation of their troubles, and support for self-management of their problems.“

Trotz seiner Vorteile wird das medizinische Modell auch kritisiert, zum Beispiel für seine wissenschaftliche Eingeschränktheit und seine theoretische Anbindung an den Individualismus (Coreil, Levin, & Jaco, 1985; Crawford, 1980; Riessman, 1983). Weil die Krankheit als Problem im Individuum angesiedelt ist, dient der einzelne menschliche Körper als Zielgrösse für Wahrnehmung, Erklärung, Diagnose und Eingriff: „Healthism situates the problem of health and disease at the level of the individual with solutions formulated at that level as well“ (Edgley & Brissett, 1990, S. 159). Dies führt nach Stein dazu, dass die Aufmerksamkeit von drängenden sozialen Problemen abgelenkt wird, weil jede Person mit ihrem persönlichen Wohlbefinden befasst ist (Stein, 1982, S. 641). Conrad bestätigt diesen Befund: Sobald eine Fokussierung auf isolierte Individualfaktoren wie Lebensstil oder persönliches Verhalten erfolgt, werden soziale Probleme tendenziell individualisiert (Conrad, 1992a) und strukturelle Konditionen wie soziokulturelle, umweltbedingte oder materielle Einflussgrössen werden vernachlässigt. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Gesundheitskampagnen: Medizinische Kampagnen für einen gesünderen Lebenswandel basieren oft auf der impliziten Annahme, dass Verhalten frei veränderbar sei. Dabei werden Systemzwänge heruntergespielt und die individuelle Verantwortung überbetont (Coreil et al., 1985; Crawford, 1980). Zusammenfassend wird dem Medizinalisierungs-Ansatz demnach das Potential attestiert, die Zuschreibung von individueller Verantwortung sowohl zu reduzieren (z.B. in der Krankenrolle) als auch auszubauen (z.B. bei Gesundheitskampagnen). Diese Kontroverse zeigt, dass die medizinische Betrachtungsweise unterschiedliche Folgen haben kann für die Wahrnehmung von Verantwortung (Lowenberg & Davis, 1994).

Verschiedene Wissenschaftler vertreten den Standpunkt, dass eine Ausweitung der Medizinalisierung dazu führe, dass die medizinisch-soziale Kontrolle über das Individuum verstärkt werde, oder mit anderen Worten: Dass die medizinische Kontrolle lediglich andere Formen sozialer Kontrolle ersetze (Edelman, 1977; Pitts, 1968b; Zola, 1972). Weitere Kritiker bemängeln, dass Medizinalisierungsstudien fälschlicherweise dazu tendierten, Individuen als passiv oder unkritisch gegenüber der Ausweitung der Medizindomäne wahrzunehmen (Williams & Calnan, 1996). Einige Forscher vertreten die Meinung, dass Medizinalisierung überschätzt werde und neue Modelle wie beispielsweise *Managed Care* automatisch zu einer Beschneidung der Medizinalisierung führen würden (Barsky & Borus, 1995).

Einige Wissenschaftler vermuten, dass Übergewicht von gewissen Anspruchsgruppen bewusst als Bedrohung für das Gesundheitssystem oder als Epidemie dargestellt wird, um öffentliche Investitionen in Forschung und Behandlung zu fördern oder um staatliche Sicherheitsvorkehrungen im Zusammenhang mit Gewichtsbehandlungen, gewichtsreduzierenden Medikamenten und operativen Eingriffen zu lockern (Oliver, 2006; Saguy & Riley, 2005). Aus ökonomischer Sicht bemängelt Crain (Crain, 2005) die Tatsache, dass die Medizinalisierung v.a. zu einer Rentabilitätssteigerung und Marktausweitung bei Pharma- und Biotechunternehmen geführt hat. Greene (Greene, 2007, S. 16) bestätigt, dass der historische Zusammenhang zwischen Risikodiagnosen und risikoreduzierenden Medikamenten dazu geführt habe, dass beide Kategorien in der modernen Geschichte von Gesundheit und Medizin zentrale Rollen spielen: „The material success of the pharmaceutical industry and the expansion of both pharmaceutical research and pharmaceutical marketing have created an awareness of diseases as markets that can be redefined in term of specific drug products“. Ein Artikel in der New York Times vom 17. Mai 2004 besagt, dass der Umsatz von verhaltensbeeinflussenden Medikamenten für Kinder im Zeitraum zwischen 2000 und 2003 um 77% gewachsen und damit zu einem der wichtigsten und am schnellsten expandierenden Umsatzzweige der Pharmaindustrie geworden sei (Freudenheim, 2004). Conrad (Conrad, 2007) kommt am Beispiel von Ritalin zu

ähnlichen Resultaten: „[...] the marketing of Ritalin and hormone replacement therapy played a role in the medicalization of hyperactivity and menopause.“ Faktoren wie beispielsweise neue Produkte der Pharmaindustrie, die kassenpflichtige Zulassung eines Medikaments oder die Kostengutsprachen-Praxis von Krankenkassen haben demnach das Potential, Medizinalisierungstendenzen zu verstärken oder zu bremsen.

Zum Aufschwung des Medizinalisierungsprozesses in der Gesellschaft tragen nebst den Industrien (z.B. Anbieter im Bereich Pharma, Fitness, Food usw.) vor allem Ärzte, Patientenorganisationen, Aktivistenbewegungen, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und weitere Beteiligte bei. Medizinalisierung ist eine kollektive Handlung, an der verschiedene Akteure beteiligt sind. Patienten und andere Laien können vor allem dann aktiv zur Medizinalisierung ihrer Probleme beitragen, wenn sie unterstützt werden von medizinischen Fachleuten. Verschiedene Studien bestätigen die Macht und den Einfluss aktiver Betroffener, die sich kollektiv zusammenschließen und mit Hilfe medizinischer Experten gemeinsam eine medizinische Definition und die Anwendung einer medizinischen Diagnose auf ihr Problem erwirkt haben (Barker, 2002; Riessman, 1983; Rossol, 2001). Beispielsweise geht die diagnostische Zuschreibung des prämenstruellen Syndroms (PMS) auf die Frauenbewegung (Riessman, 1983), die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf die Vietnam Veteranen Bewegung (Scott, 1990) und Aids auf die Homosexuellenbewegung (Neville, 1996) zurück.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Art und Weise, in der eine Gesellschaft ein Phänomen erkennt, definiert, benennt und kategorisiert, die sozialen Vorstellungen über das Phänomen und den Umgang mit besagtem Phänomen prägen und damit - via Krankheitsauffassungen, Konsummuster, Wahrnehmung von Lösungsansätzen, politischer Haltung usw. - die Volksgesundheit beeinflussen. Die wissenschaftliche Forschung kann Diskussionen bezüglich der Notwendigkeit öffentlicher Interventionen vorantreiben und damit Individuen helfen, ihre persönliche Gesundheit zu pflegen. Allerdings zeigt die Forschung auch, dass institutionalisierte Mechanismen oft dazu führen, dass Journalisten wie auch Wissenschaftler Themen dramatisieren, um die öffentliche

Aufmerksamkeit zu gewinnen: „Few scientific studies accompany their cassettes with a sense of perspective – a gentle reminder that there is a difference between statistical and personal risk [...]. Perhaps we do this because the language of crisis and imminent doom seem in a mass society to be the only way to get anyone’s attention” (Edgley & Brissett, 1990, S. 268). Saguy und Almeling haben festgestellt, dass sich die Medien überdurchschnittlich häufig aufmerksamkeitsregender Metaphern und Ausdrücke bedienen, um Übergewicht zu beschreiben (Saguy & Almeling, 2008). Ferner neigen Journalisten insbesondere bei der Darstellung von wissenschaftlichen Inhalten dazu, die Symbolik über den Inhalt zu stellen, indem sie Forschungsergebnisse bevorzugt als eine Reihe dramatischer Ereignisse präsentieren und umstrittene Theorien darstellen, als wären sie geprüfte Fakten (Gieryn & Figert, 1990; Nelkin, 1987). Die selektive Darstellung führt automatisch dazu, dass sich das Mediensystem stärker auf individuelle als auf soziostrukturelle Darstellungsmuster stützt (Saguy & Almeling, 2008). In den Nachrichten werden personenzentrierte Präsentationen bevorzugt, in denen Einzelschicksale stellvertretend für komplexere, schwerer verständliche Zusammenhänge stehen. Das bedeutet letztlich, dass Medien dazu neigen, soziale Probleme eher dem Individuum als dem System zuzuschreiben (Lawrence, 2004). Saguy und Almeling bestätigen diesen Befund. Sie kommen in ihrer Untersuchung darüber, wie die Medien wissenschaftliche Informationen für Laien aufbereiten und filtern zum Schluss, dass sowohl in wissenschaftlichen Studien als auch in den Medien häufiger individuelle Faktoren für Übergewicht genannt werden als sozio-strukturelle oder genetische und dass die Medien die Darstellung der individuellen Schuldzuschreibung anheizen (Saguy & Almeling, 2008). Die genannten Tendenzen führen dazu, dass die Medien dazu neigen, komplexe soziale Prozesse in einfache Melodramen zu verwandeln, in denen komplizierte Zusammenhänge auf moralische Geschichten reduziert werden (Schudson, 1989).

Bei der vorliegenden Untersuchung zur Darstellung von Übergewicht in Deutschschweizer Tageszeitungen kann also erwartet werden, dass die Medien das Thema alarmistisch / dramatisch, sensationsorientiert und personenzentriert darstellen, oder mit anderen Worten: dass eine Art Boulevardjournalismus die Berichterstattung dominieren wird.

3.3 *Boulevardjournalismus*

Wer von Boulevardjournalismus oder Boulevardmedien spricht, bezieht sich auf die meist stillschweigende Zuschreibung bestimmter Kriterien, die im Gegensatz stehen zu Qualitätsjournalismus, bzw. Qualitätsmedien. Folglich scheint es an dieser Stelle angebracht, mit einer Definition von Qualitätsmedien zu beginnen. Qualitätsmedien sind Medien, die „‘besonders herausragen und ausstrahlen‘, die eher Spezialisten als Generalisten beschäftigen, die die ‚Welt von oben statt von unten‘ betrachten und die ‚klassische Themenbereiche‘ wie Politik, Wirtschaft, Kultur, Gesellschaft und Sport prioritär bearbeiten, sich an Eliten richten, zitiert werden und sich gemeinwohlorientiert geben“ (Blum, 2008, zitiert nach Wyss, 2010, S. 1).

Auch wenn die vorliegende Qualitätsdefinition „über eine – noch beliebig zu ergänzende – Liste von Merkmalsausprägungen“ (Wyss, 2010, S. 1) verschiedene Experten im Bereich Publizistikwissenschaft nicht zu befriedigen vermag, soll sie in dieser Arbeit im Sinne einer praktischen Arbeitsdefinition und mangels besserer Alternative bestehen. Denn, so Wyss: „Trotz jahrzehntelanger publizistikwissenschaftlicher Qualitätsforschung bleiben jedoch entsprechende Konzeptionen zur journalistischen Qualität eher ohne theoretischen Gehalt“ (Wyss, 2010, S. 1). Ein Hauptproblem bei der Qualitätsdiskussion bildet das Fehlen einer theoretischen Gesamtkonzeption. Geht man davon aus, dass sich Medienqualität aus den Aspekten Inhalt, Form, Technik und Gebrauch zusammensetzt, wird ersichtlich, dass in die Definition von Qualität objektiv messbare Faktoren genauso wie wechselseitige Vereinbarungen und subjektive Variablen hineinspielen. Insbesondere der *Mediengebrauch* ist eng mit dem subjektiven Mediennutzen verknüpft, mit dem der Rezipient sein Wissen erweitert und seine Bedürfnisse befriedigt. In diesem Sinn lassen sich „Leistung wie auch Qualität [...] nicht aus einer einzigen Perspektive messen und beurteilen (Jarren & Wessler, 2002, S. 151). Aus anwendungsorientierter Sicht bestärken Oehmichen und Schneider, beide in der Medienforschung des Hessischen Rundfunks tätig, den Befund von Jarren:

„Generell herrscht Einigkeit darüber, dass Qualitätseigenschaften von Programmleistungen nicht messbar sind, dass sie nicht mit Hilfe einer für objektiv gehaltenen Matrix festgestellt werden können, eine Quantifizierung – wie sie in der messbaren Einschaltquote steckt – ist hier unmöglich. Es gibt keine objektiv gültige Vorgehensweise, unterschiedliche Qualitäten trennscharf zu identifizieren und voneinander zu unterscheiden. Die einzige Möglichkeit der Objektivierung der Erkenntnisse besteht darin, die eingesetzten Verfahren zur Beurteilung von Qualität in allen ihren Teilen und Einzelschritten zu explizieren, kontinuierlich kritisch zu überprüfen und der internen und externen Diskussion zu unterwerfen“ (Oehmichen & Schneider, 2008, S. 15).

Blum et al. bestätigen, dass der Qualitätsbegriff in den Medien in Zukunft noch wesentlicher Klärung bedarf: „Qualität und Qualitätsmedien sind in der publizistik- und kommunikationswissenschaftlichen Forschung vielfach verwandte Begriffe, allerdings bislang ohne allzu grossen theoretischen Gehalt“ (Blum, Bonfadelli, Imhof, & Jarren, 2008, S. 3)

Weitgehende Einigkeit scheint unter den Experten hingegen darüber zu herrschen, dass Qualitätsmedien zunehmend unter ökonomischen Druck geraten, weil fraglich ist, ob der Markt sie auf Dauer noch finanzieren kann. Tatsächlich kann man beobachten, dass aufgrund der intra- und intermedialen Konkurrenzsituation im deutschsprachigen Raum zahlreiche Medien seit Mitte der 1980er Jahre ihr Kommunikationsverhalten Richtung Massenattraktivität verändern (Dulinski, 2003). Dieser Trend hat in der Journalismusforschung die Beschäftigung mit der Qualität von medialen Angeboten im Allgemeinen (Arnold, 2008; Held & Russ-Mohl, 2000) und mit dem Konzept einer Boulevardisierung im Besonderen angeregt. In der Kommunikator- bzw. Journalismusforschung lassen sich verschiedene Journalismustypologien unterscheiden, z.B. nach der Art des Mediums, nach thematischen Schwerpunkten, nach dem eigenen Berufs- und Selbstverständnis usw. Der Boulevardjournalismus lässt sich keiner dieser Typologien eindeutig zuordnen. Gemäss Dulinski (Dulinski, 2003, S. 92) stellt der Boulevardjournalismus eine besondere Art des journalistischen Handelns dar, „die nach ganz eigenen Redaktionsprinzipien und Spielregeln funktioniert und den einen Extrempol auf einer ima-

ginären Qualitätsachse markiert, die von ‚seriösem‘ (Elite-)Journalismus auf der einen Seite bis vulgär-populärem (Massen-)Journalismus auf der anderen Seite reicht“.

Bruck und Stocker (Bruck & Stocker, 1996) beschreiben mit dem Boulevardformat Aspekte des materiellen und formal-sprachlichen Erscheinungsbildes des massenkommunizierten Textes, der nach einer bestimmten Produktionsorganisation, spezifischen journalistischen Routinen und Nachrichtenwertorientierungen verlangt. Die äussere Erscheinungsform ist geprägt von visueller Auffälligkeit mit grossformatigen, oft farbigen Fotos, dicken Schlagzeilen und eingefärbten Kästen. Der Aufbau ist gekennzeichnet durch die fehlende Ressortenteilung, einen hohen Anteil an Kolumnen und Unterhaltung, einen grossen Serviceteil mit Cartoons, Witzen, Ratgeberspalten, Kochrezepten, Horoskopen, Rätseln u.a.. Auf Reportagen und längere Berichte wird in der Boulevardzeitung verzichtet.

Dulinski (Dulinski, 2003, S. 80) charakterisiert Boulevardjournalismus in Abgrenzung zu anderen Journalismen im Wesentlichen aufgrund von fünf Indikatoren:

1. Den Aspekt des Layouts / der Präsentation: reisserische Aufmachung, Platzierung
2. Den Aspekt der Verzerrung: Ausschmückung, Übertreibung, Verfälschung, Sexualisierung, Katastrophierung, Spektakularisierung, Kriminalisierung
3. Den Aspekt der Dekontextualisierung: Hintergrundlosigkeit, Detailbetonung und Spotlight-Charakter des Beitrags
4. Den Aspekt der Serialisierung: Ereigniserstreckung
5. Den Aspekt der Personalisierung, des „Human Interest“: Personalisierte Narration.

Nach erfolgter Klärung der theoretischen Grundlagen kann an dieser Stelle zur Inhaltsanalyse der Deutschschweizer Presse übergeleitet werden. Die Medieninhaltsanalyse soll Aufschluss darüber geben, in welche(n) thematischen Bezugsrahmen die Deutschschweizer Presse das Thema Übergewicht stellt und wie sich diese Bezugsrahmen, bzw. die Darstellungen des Phänomens über die Zeit verändern. Zu diesem Zweck werden in der Untersuchung systematisch Informationen dazu erhoben, wie sich die untersuchten

Printmedien mit dem Thema Übergewicht auseinandersetzen, d.h. ob und wie das Phänomen in der medialen Öffentlichkeit thematisiert wird, welche Definitionen, Ursachen, Folgen und Lösungsansätze (Entman, 1993) verstärkt präsentiert werden und ob Darstellungsunterschiede zwischen den einzelnen Zeitungen und im Zeitverlauf feststellbar sind. Analyseinstrument bildet eine klassische Inhaltsanalyse.

3.4 Die Inhaltsanalyse als Instrument zur Untersuchung von Medieninhalten

Unter dem Begriff Inhaltsanalyse versteht man in den Sozialwissenschaften eine empirische Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit. Die im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreiteten Definitionen der Inhaltsanalyse stammen von Merten (Merten, 1995) und Früh (Früh, 1998). Nach Merten (1995, S. 59) handelt es sich um „eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht manifesten Kontextes geschlossen wird.“ Früh (1998, S. 27) definiert die Inhaltsanalyse wie folgt: „Die Inhaltsanalyse ist eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen, meist mit dem Ziel einer darauf gestützten interpretativen Inferenz auf mitteilungsexterne Sachverhalte.“

Für beide Autoren stellt die Inhaltsanalyse eine Methode zur Erhebung empirischer Daten dar. Im Unterschied zu Früh betont Merten in seiner Definition stärker den erklärenden Anspruch, derweil für Früh die Beschreibung der wissenschaftlichen Kriterien im Zentrum steht (Bonfadelli, 2002). Dabei bezeichnet die *empirische Methode* nach Früh die Art und Weise, in der die Inhaltsanalyse zu wissenschaftlichen Erkenntnissen führt. „Empirisch ist das Vorgehen dann, wenn das durch die Forschungsfrage (Konstruktebene) bezeichnete Erkenntnisobjekt ein wahrnehmbares bzw. intersubjektiv identifizierbares Korrelat in der Realität besitzt“ (Früh, 1998, S. 27). Damit der Wahrnehmungsakt wissenschaftliche Kriterien erfüllt, muss er durch die Angabe nachprüfbarer Kriterien reproduzierbar gemacht werden. Dieses Vorgehen wird in der Definition als *systematisch und intersubjektiv nachvollziehbare Methode* bezeichnet. Die Systematik beinhaltet ei-

nerseits die „klar strukturierte Vorgehensweise beim Umsetzen der Forschungsaufgabe in eine konkrete Forschungsstrategie und andererseits [...] deren konsequente, durchgängig invariante Anwendung auf das Untersuchungsmaterial. Zur Umsetzung in konkrete Forschungsoperationen gehören die Formulierung empirisch prüfbarer Hypothesen, die Festlegung des relevanten Untersuchungsmaterials, die Definition der Analyse-, Codier- und Messeinheiten, die Entwicklung des Kategoriensystems mit Definitionen und allgemeinen Codieranweisungen sowie die Überprüfung von Validität und Reliabilität“ (Früh, 1998, S. 39). Die Validität beantwortet die Frage nach der Gültigkeit der Untersuchung, d.h. danach, ob das Forschungsinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll. Die Reliabilität misst die Verlässlichkeit des Messinstrumentes anhand des Kriteriums der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse. Die Inhaltsanalyse ist verlässlich, wenn derselbe Codierer beim erneuten Codieren des Textmaterials zu den gleichen Ergebnissen kommt wie vorher (Intracoder-Reliabilität) bzw. wenn verschiedene Codierer beim Codieren desselben Textmaterials übereinstimmend zu denselben Ergebnissen kommen (Intercoder-Reliabilität). Die Offenlegung des Verfahrens und die Intersubjektivität bilden Bestandteile der Objektivität. Gemäss Früh müssen die Ergebnisse „intersubjektiv nachvollziehbar und damit auch reproduzierbar, kommunizierbar und kritisierbar sein“ (Früh, 1998, S. 40).

Grundsätzlich werden unter dem Begriff Inhaltsanalyse zahlreiche unterschiedliche Verfahren [im Bezug auf Ziel, Perspektive, Instrumente und Mittel der Analyse. Anmerkung der Autorin] subsumiert (Merten, 1995, S. 47), die sich in ihrer konkreten Vorgehensweise deutlich voneinander unterscheiden können. Die vorliegende Teiluntersuchung befasst sich vom Untersuchungsmaterial her mit der wissenschaftlichen Analyse von Kommunikationsvorgängen anhand von Texten (Mitteilung) in Deutschschweizer Tageszeitungen (Medium) und ist in diesem Sinn als Medieninhaltsforschung zu bezeichnen. Das zentrale Forschungsziel dieser Studie besteht darin, Medieninhalte zu analysieren, d.h. „erstens die Medienrealität zu beschreiben, und zweitens zu erklären, wieso die Medienrealität so ist, wie sie ist“ (Bonfadelli, 2002, S. 14). Aus mediensoziologischer Sicht soll beantwortet werden, welche Inhalte mit welcher Referenz zur Realität durch

die Medien transportiert werden (McQuail, 1994, zitiert in Bonfadelli, 2002, S. 12). Die vorliegende Medien-Analyse unternimmt demnach den Versuch, die als sekundäre Realität bezeichnete Medienrealität im Bezug auf das Thema Übergewicht zu erfassen und zu beschreiben (Früh, 1998; Merten, 1995; Schulz, 1989).

Der grosse Vorteil der Methode der quantitativen Inhaltsanalyse liegt darin, dass sie verlässliche und quantifizierende Aussagen über grosse Textmengen erlaubt, wie sie beispielsweise bei der Analyse von Massenmedien anfallen (Bonfadelli, 2002). Auf Basis repräsentativer Stichproben können so Vergleiche sowohl zwischen verschiedenen Medien (Intermedia-Vergleich) als auch Trendaussagen im Zeitverlauf (Intramedien-Vergleich) gemacht werden. Als Nachteil wird der quantitativen Inhaltsanalyse aus ideologiekritischer Sicht vorgeworfen, dass ihre Reliabilität einhergehe mit einer eingeschränkten Validität. Dies deshalb, weil sich die Analyse nur auf manifeste Inhalte (Berelson, 1952) beziehe und die Häufigkeit, mit der bestimmte Themen auftreten, mit deren Bedeutung gleichgesetzt würde (Bonfadelli, 2002). Früh (Früh, 1998) setzt der Einschränkung auf manifeste Inhalte entgegen, dass die Inhaltsanalyse zwar tatsächlich nur das erfassen kann, was dasteht, dies aber auch Umschreibungen und eindeutige Hinweise auf gemeinte Bedeutungen sein können. Wenn in einer Definition klar festgelegt ist, was als Bedeutung gemeint ist, kann der Codierer die Texte darauf prüfen, ob die gemeinte Bedeutung direkt oder indirekt zum Ausdruck gebracht wird. Wie weit der Codierer die Textinformation interpretieren darf, wird in der Codiererschulung geübt und im anschliessenden Reliabilitätstest überprüft (Früh, 1998, S. 52). Ein weiterer Einwand von Früh bezieht sich auf die Bezeichnung *quantitative* Inhaltsanalyse. Der Autor lehnt die Bezeichnung quantitativ im Gegensatz zu qualitativ mit der Begründung ab, dass „die Inhaltsanalyse zwar quantifizierend vorgeht, die quantitative Analyse dabei aber immer der qualitativen Analyse folgt und beide deshalb keinen sinnvollen Gegensatz bilden können. Jede Beobachtung bzw. Identifizierung eines inhaltlichen Textmerkmals ist zunächst ein „qualitativer“ Analyseakt, dessen zählend-quantifizierende Weiterverarbeitung diesen Charakter nicht aufhebt“ (Früh, 1998, S. 38).

Trotz vielfach geäußelter Kritik an der Methode reiht sich die vorliegende Inhaltsanalyse zum Thema Übergewicht in ein produktives Feld ein. Speziell auch im Gesundheitsbereich wächst das wissenschaftliche Interesse an der Darstellung von Gesundheitsthemen in nicht gesundheitsspezifisch orientierten Massenmedien seit den frühen 1980er Jahren (Gerbner, 1981; Kline, 2006; Payne, Ratzan, & Baukus, 1989; Turow & Coe, 1985). Die Gründe für das steigende Medieninteresse an Gesundheitsfragen ordnet Bonfadelli u.a. in der Medienberichterstattung über technische Innovationen und deren Risiken, die sich in den 1980er Jahren etabliert hat (Bonfadelli, 2002). Verstärkt wird das Medieninteresse zusätzlich durch den Umstand, dass seit den 1990er Jahren in Nachschlagewerken und Lehrbüchern zum Thema Gesundheitskommunikation vermehrt Beispiele aus den Populärmedien zitiert werden (Beck et al., 2004; Geist-Martin, Ray, & Sharf, 2003). Dabei stellt Kline (Kline, 2006) in ihrem Forschungsüberblick zur medialen Darstellung von Gesundheitsthemen im letzten Jahrzehnt fest, dass sich die Mehrheit der Inhaltsanalysen auf journalistische Inhalte, insbesondere Zeitschriften und Zeitungen bezieht. Dieser Befund steht im Gegensatz zum Erkenntnis von Neuendorf (Neuendorf, 1990), wonach der Löwenanteil an sozialwissenschaftlichen Studien auf das Unterhaltungsfernsehen entfällt.

Was die Themenstruktur anbelangt, unterscheidet Bonfadelli (Bonfadelli, 2002, S. 37) bei seiner Aufzählung von medienanalytischen Studien zu Gesundheitsfragen Inhaltsanalysen zu Angebot und Themenstrukturen im Bereich Gesundheit, Untersuchungen zum Image von Ärzten, Analysen zur Qualität der Gesundheitsberichterstattung sowie Untersuchungen zum Potential der Medien bezüglich gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Kline (Kline, 2006, S. 45) unterteilt die gesundheitsbezogenen Inhaltsanalysen in: Untersuchungen zur Auswirkung von Mediendarstellungen auf Erkenntnis und Verhalten, Werbeanalysen für rezeptfreie und rezeptpflichtige Medikamente und Untersuchungen zu ausgewählten soziokulturellen Gruppen (z.B. Rasse oder ethnische Zugehörigkeit) oder Krankheiten (z. B. Diabetes, HIV).

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die meisten verbreiteten Krankheiten von AIDS (Hoffman-Goetz, Shannon, & Clarke, 2003) über Osteoporose (Wallace & Ballard, 2003) bis zu Brustkrebs (Jones, 2004) inhaltsanalytisch untersucht wurden. Nach Kline (Kline, 2006) beschränkt sich dabei ein Grossteil der Untersuchungen auf die Frage, ob die Medien die untersuchten Gesundheitsthemen angemessen repräsentieren (siehe dazu auch Bentele, 1993; Schulz, 1989). Die Mehrheit dieser Untersuchungen will aufgrund einer indirekt oder direkt angenommenen sozialen Verantwortung bestimmte Leistungen der Medien ermitteln. Dabei, so die Autorin, kommt eine überwiegende Mehrheit der Analysen zum Schluss, dass die Massenmedien die primäre Wirklichkeit nicht repräsentieren, sondern eine eigene Medienwirklichkeit konstruieren. „This research suggests that media representations are still suspect - fraught with inaccuracies, misleading and problematic themes, and images that stereotype and stigmatize“ (Kline, 2006, S. 46).

Aus erkenntnistheoretischer Sicht bestätigt Kline damit den Befund zahlreicher Autoren, dass das Paradigma der Realitätsspiegelung durch die konstruktivistische Position in Frage gestellt wird (siehe dazu auch Bentele, 1993; Bonfadelli, 2002; Geist-Martin et al., 2003; Schulz, 1989). Vor allem im Gesundheitsbereich, wo die Grenzen zwischen gesund und krank oft fließend verlaufen, sind Wertungen, die das Vorhandensein absoluter, objektiv messbarer Kriterien für eine richtige oder falsche, vollständige oder unvollständige Darstellung implizieren, aus gemässigt konstruktivistischer Sicht als problematisch zu werten (siehe dazu auch Geist-Martin et al., 2003).

4 Inhaltsanalytische Untersuchung der Publikumspresse

4.1 Empirisches Vorgehen

Die Problemstellung und damit die Untersuchungsfrage der vorliegenden Medienanalyse (Primäranalyse) lautet: *Wie berichtet die Deutschschweizer Presse über das Thema Übergewicht?* Diese generelle Fragestellung beinhaltet im Bezug auf das Thema Übergewicht einerseits Vergleiche zwischen den Zeitungen und andererseits Trendaussagen im Zeitverlauf:

- In welche(n) Bezugsrahmen stellen die einzelnen Zeitungen das Thema Übergewicht?
- Wird Übergewicht in den untersuchten Zeitungen medizinalisiert?
- Wie verändern sich die Bezugsrahmen, bzw. das Phänomen selbst über die Zeit?

4.1.1 Auswahl des Untersuchungsmaterials

Untersucht wird die Berichterstattung zum Thema Übergewicht in den drei Deutschschweizer Tageszeitungen *Neue Zürcher Zeitung (NZZ)*, *Tages-Anzeiger (TA)* und *Blick (Bli)*.

Für die Auswahl der zu untersuchenden Printmedien waren vor allem vier Kriterien massgebend: Die Zeitungen sollen Nationalcharakter haben, d.h. die Ausgaben sollen möglichst dicht verbreitet sein, wobei Auflagezahlen und Streudichten Hinweise über den Nationalcharakter geben. Die Printmedien sollen ohne Unterbrechung mindestens seit den 1960er Jahren erscheinen und lückenlos zugänglich sein. Es soll die grösste Schweizer Sprachregion untersucht werden. Und schliesslich sollen die ausgewählten Tageszeitungen unterschiedlichen Zeitungstypen angehören.

Die drei ausgewählten Tageszeitungen NZZ, TA und Blick erfüllen diese Kriterien. Sie repräsentieren die Schweizer Medienlandschaft zwar nicht im statistischen Sinn, können aber insofern als repräsentativ für die Schweizer Presse bezeichnet werden, als ihnen in der Schweizer Medienlandschaft eine gewisse Vorreiter- und Thematisierungsfunktion

zukommt. Aufgrund ihres Einflusses auf die öffentliche Meinungsbildung werden die drei Tageszeitungen gemeinhin als Leitmedien für andere Schweizer Publikationsorgane bezeichnet. Weil die im Sample vertretenen Zeitungen die vorgegebenen Kriterien lückenlos erfüllen, scheint ein Schluss vom vorliegenden Sample auf die gesamte Deutschschweizer Tagespresse zulässig, auch wenn aus forschungsökonomischen Gründen keine zusätzlichen Zeitungen miteinbezogen wurden.

4.1.2 Beschreibung der Zeitungen

Neue Zürcher Zeitung

Die Neue Zürcher Zeitung ist eine der ältesten heute noch erscheinenden deutschsprachigen Zeitungen. Die erste Ausgabe erschien 1780 unter dem Namen Zürcher Zeitung, seit 1821 heisst sie Neue Zürcher Zeitung. Die überregionale Zürcher Tageszeitung verkauft heute rund 143'000 Exemplare pro Tag (WEMF 2008). Ihre Reichweite beträgt 7.7%. Die NZZ gilt bei ihren 299'000 Lesern als Qualitäts- oder Elitezeitung.

Tages-Anzeiger

Der Tages-Anzeiger, kurz auch Tagi oder TA, ist eine überregionale Zürcher Tageszeitung die seit 1893 erscheint. Der Tages-Anzeiger hat unter den Schweizer Abonnementszeitungen mit einer Auflage von rund 214'000 Exemplaren (WEMF 2008) eine der höchsten Auflagen. Die Forumszeitung erreicht täglich 534'000 Leser. Sie verfügt in der Deutschschweiz über eine Reichweite von 27.9%. Der Tages-Anzeiger gilt neben dem Blick und der Neuen Zürcher Zeitung als eine der führenden Zeitungen der deutschsprachigen Schweiz.

Blick

Der Blick ist mit einer verkauften Auflage von 231'000 Exemplaren (WEMF 2008) nach der Gratiszeitung 20 Minuten die zweitgrösste Tageszeitung der Schweiz. Die unabhängige, überregionale Boulevardzeitung wurde 1959 lanciert und erreicht heute täglich 694'000 Leser.

Für die Untersuchung ist die gesamte Berichterstattung in allen Rubriken der drei Zeitungen relevant. Ausgewählt wurden die für die Codierung relevanten Beiträge durch die Suche nach Schlüsselbegriffen im Titel und im Lead. Für die Recherche griff man auf die archivierten Originalausgaben der Zeitungen (Printausgaben, Mikrofiches), bzw. ab 1995, auf die Datenbank des Medienarchivs *Swissdox* zurück.

4.1.3 Untersuchungszeitraum und Stichprobe

Der Untersuchungszeitraum umfasst die Periode vom 01.01.1955 bis zum 31.12.2005. Für die drei Zeitungen werden beginnend mit dem Jahr 1955, bzw. für den seit 1959 erscheinenden Titel *Blick* beginnend mit dem Jahr 1960, in jedem fünften Kalenderjahr (1955, 1960, 1965 usw.) alle Werktags-Ausgaben von Montag bis Freitag des besagten Jahres berücksichtigt. Die Samstags- und Sonntagsausgaben sind deshalb ausgeschlossen, weil nicht alle Zeitungen im gesamten Beobachtungszeitraum Wochenendausgaben aufweisen. Damit sind für die drei Deutschschweizer Blätter 11 Stichjahre x 3 Zeitungen x 52 Wochen x 5 Tage relevant. Eine Besonderheit präsentiert die *Neue Zürcher Zeitung* (NZZ), die bis 1969 jeweils mit täglich drei Ausgaben - einer Morgen-, einer Mittags- und einer Abendausgabe - erschien. 1969 erfolgte die Umstellung von drei auf zwei Ausgaben pro Tag, seit 1974 erscheint die NZZ einmal täglich. In die Analyse einbezogen werden alle Ausgaben des jeweiligen Tages. Dieses Vorgehen ist statistisch insofern unproblematisch, als die NZZ im besagten Zeitraum zwischen 1955 und 1974 pro Tag höchstens einen Beitrag zum Thema Übergewicht publiziert hat. Nach der Datenbereinigung konnten 80 NZZ-Artikel, 90 TA-Artikel und 263 *Blick*-Artikel codiert und ausgewertet werden (Total n=433 Beiträge). Im Detail gliedert sich die Stichprobe nach Untersuchungsjahr und Zeitung wie folgt:

Tabelle 10. Artikelanzahl nach Untersuchungsjahr und Zeitung

Untersuchungsjahr	NZZ (n)	TA (n)	Blick (n)	Total (n)
1955	1	3	0	4
1960	4	0	6	10
1965	0	0	2	2
1970	2	1	23	26
1975	5	9	13	27
1980	6	7	6	19
1985	6	0	34	40
1990	4	11	32	47
1995	11	12	23	46
2000	15	17	100	132
2005	26	30	24	80
Total	80	90	263	433

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

1955 hat sich deshalb als Startjahr angeboten, weil sich die Übergewichtsforscher generell einig sind, dass das Thema Übergewicht vermehrt in den 1950er Jahren aufgekommen ist. Wie im letzten Kapitel dargestellt, gehen auch die ersten grösseren Studien aus den USA zum Thema Übergewicht auf die 1950er Jahre zurück. Eine Analyse ab 1950 war nicht möglich, da der Blick erst seit 1959 erscheint. Schliesslich fiel die Wahl des Anfangsdatums im Sinne eines Kompromisses auf 1955. Mit dem Endzeitpunkt von 2005 wird so ein halbes Jahrhundert Übergewichts-Mediengeschichte untersucht. Damit liegt der Reiz der Daten unter anderem in ihrer zeitlichen Ausbreitung.

4.1.4 Instrument, Kategorienentwicklung und Tests

Codebuch und Codebogen (Appendix A) sind auf Basis einer theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung entstanden. Codiereinheit bildet der einzelne Zeitungsbeitrag. Im Mittelpunkt des Interesses steht die Frage, welche Themen im Text angesprochen werden, bzw. welche Kategorien auf den gesamten Text bezogen sind. Aus ökonomischen und methodischen Gründen, die sich aus dem Untersuchungsziel ergeben, kann inhaltlich auf eine differenziertere Gewichtung der Themen verzichtet werden.

Das Codebuch erhebt bei den inhaltlichen Merkmalen der Beiträge die Stilform (tatsachenbetont, meinungsbetont, erfahrungsbetont, Interview, Service, Anderes), die Einteilung in Haupt- oder Nebenthema und den Inhalt des Beitrags (Anleitungen und Ratschläge zu Diät / Essen, Turnen und Sport, Produkte und Dienstleistungen, Liebe und Sex, Offizielle Erkenntnisse). Diese inhaltlichen Unterteilungen sind das Resultat einer explorativen Voranalyse. Die nachfolgende Kategorie Übergewichtsdefinition mit den Vorgaben Body Mass Index, Idealgewicht, Bauchumfang, Taille-Hüft-Verhältnis und Andere entstanden aufgrund einer vorgängigen Literatur-Recherche. Auf die gleiche Weise wurden die Betroffenen, Angehörigen / Freunde, Arzt / Psychiater, Wissenschaftler, Politiker, Pharma- / Industrievertreter, WHO, BAG, Krankenkasse und Individuen / Gruppen eruiert, die in der Kategorie Urheber zusammengefasst sind. Bei den potentiell Betroffenen wurde erfasst, wer sie sind und ob sie explizit als Betroffene, bzw. Nicht-Betroffene dargestellt werden. Zur Überprüfung dessen, ob einzelne Aussagen, die gemäss explorativer Vorstudie in Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht besonders häufig vorkommen, im Beitrag vorhanden sind, wurden die potentiellen Aussagen in die vier framedefinierenden Hauptkategorien unterteilt: Problembeschreibung, Ursachen, Folgen, Massnahmen (Entman, 1993). Erhoben wurde jeweils das Vorhandensein und nicht die Stärke der Ausprägung.

Das gesamte Textmaterial wurde von der Forscherin selbst sowie einer weiteren Wissenschaftlerin codiert (2 Codierer). Nach der Codiererschulung wurde der Reliabilitätstest nach Holsti (Holsti, 1969) zwei Mal durchgeführt. Ein erstes Mal wurden unmittelbar nach der Schulung 30 Texte von beiden Codierern verschlüsselt und anschliessend auf ihre Übereinstimmung überprüft, ein zweiter Test erfolgte nach 100 codierten Texten anhand einer Stichprobe von 20 Texten. Im ersten Fall ergab der Reliabilitätstest eine Intercoder-Reliabilität von 0.85, im zweiten von 0.96. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität des Messinstrumentariums das Textmaterial verlässlich und intersubjektiv abbildet. Die Forscher-Codierer-Validität ist dadurch belegt, dass sich die Forscherin am Test beteiligt hat (Früh, 1998).

4.1.5 Auswahl und Erfassung der relevanten Beiträge

Für die Untersuchung sind alle Artikel relevant, die in der Überschrift und / oder auf Bildern das Thema Übergewicht ansprechen. Gesucht wird nach expliziten Schlüsselbegriffen wie: Fettleibigkeit, Adipositas, Body Mass Index, Diät, Essstörung, Übergewicht, Obesity. Aber auch weniger explizite Nennungen, Umschreibungen oder eindeutige Hinweise auf gemeinte Bedeutungen wie beispielsweise Spaghettikurven, ausladende Formen u.ä. können auf relevante Beiträge hinweisen. Bei der Erfassung von Aussagen zählt im Zweifelsfall der wahrgenommene Haupteindruck, den diese vermitteln, auch wenn sich der Wortlaut nicht genau deckt mit der Vorgabe auf dem Codebogen. Zur Überprüfung der Relevanz wird der Lead gelesen. Handelt es sich um einen Beitrag, der das Übergewicht von Menschen behandelt, ist er einzuschliessen. Ausgeschlossen werden Beiträge, die das Übergewicht von Tieren behandeln, sowie reine Kochrezepte oder Diätanleitungen ohne expliziten Bezug zu Übergewicht.

Die relevanten Beiträge wurden im Vorfeld der Analyse im Archiv der Zentralbibliothek Zürich (ZBZ) gesucht, auf ihre Zugehörigkeit überprüft und für die Analyse nummeriert und geordnet. Anschliessend wurden die Texte im Rotationsverfahren auf die beiden Codierer verteilt und die Zuteilung in einem Bearbeitungsplan festgehalten. Nach der Codierung wurden die Daten der erfassten Fälle (Artikel) als Rohdatensatz in SPSS eingegeben und daraus mittels Grundauszählung ein bereinigter Systemdatensatz erstellt, der aus insgesamt 433 Artikeln besteht. Die Analyse erfolgte in MS Excel. Untersucht wurde hypothesengeleitet.

4.2 Herleitung der Hypothesen

4.2.1 Entwicklung von Hypothese 1

Die Untersuchung der Fragestellung: *Wie berichtet die Deutschschweizer Presse über das Thema Übergewicht* erfolgt, wie mehrfach erwähnt, in den drei Deutschschweizer Tageszeitungen Neue Zürcher Zeitung (NZZ), Tages-Anzeiger (TA) und Blick (Bli). Die Tatsache, dass es sich dabei um drei qualitativ unterschiedliche Zeitungstypen handelt, erhöht die Repräsentativität der Stichprobe im Bezug auf die gesamten Deutschschwei-

zer Tageszeitungen einerseits. Andererseits sind bei den drei Zeitungen aufgrund ihrer qualitativen Blattmerkmale Unterschiede in der Darstellung des Themas Übergewicht zu erwarten. Vor allem die Forschungserkenntnisse zum Thema Sensationsjournalismus (Dorsch-Jungsberger, 1993; Dulinski, 2003) legen den Schluss nahe, dass die Darstellung des Themas Übergewicht in der Boulevardzeitung Blick nicht nur formal, sondern auch inhaltlich von der Präsentation der anderen zwei Qualitätszeitungen abweichen könnte. Diese möglichen intermedialen, zeitungstypimmanenten Differenzen müssen vorab festgestellt werden, da die vermittlungstechnischen Besonderheiten der Zeitungen das Vorgehen zur Untersuchung der potentiellen Medizinalisierung von Übergewicht beeinflussen können.

Die Ausführungen zum Boulevardjournalismus weisen darauf hin, dass sich bei intermedialen Themenvergleichen Aspekte des Zeitungsformates mit Aspekten des Untersuchungsgegenstandes vermischen könnten. Diese Feststellung wirkt sich auf die Hypothesenbildung zur nachfolgenden Inhaltsanalyse aus. Für die Untersuchung von Übergewicht in der Boulevardzeitung Blick, der Forumszeitung Tages-Anzeiger und der Elitezeitung Neue Zürcher Zeitung dürfte beispielsweise ein Vergleich der Artikellänge als Indiz für die Fundiertheit, mit der das Thema im jeweiligen Artikel behandelt wird, problematisch ausfallen, da die Boulevardzeitung gattungsbedingt keine längeren Beiträge publiziert. Intermediale Unterschiede im Beitragsumfang zwischen Blick und NZZ sind folglich eher als Charakteristika des Boulevardjournalismus denn als Beweis für die Fundiertheit der Themenbehandlung zu interpretieren.

Die nachfolgende Tabelle soll das eben Gesagte illustrieren:

Tabelle 11. Seitenumfang nach Zeitung

Anteil in % (aufgrund von Rundungsdifferenzen ergibt das Total nicht 100%)

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %
Weniger als 1 Seite A4	60	76	90
1 Seite A4	18	7	2
Mehr als 1 Seite A4	8	10	6
2 Seiten A4	5	3	0
Mehr als 2 Seiten A4	5	2	1
3 Seiten A4	3	1	0
Mehr als 3 Seiten A4	3	1	0

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Ein zweites Beispiel, das vermutlich eher auf gattungs- als auf themenbedingte Zeitungsunterschiede bei der Darstellung von Übergewicht verweist, ist die Bebilderung von Beiträgen. Im Gegensatz zur Qualitätszeitung ist für die reisserisch aufgemachte Boulevardzeitung die Visualisierung durch Bilder zur Verstärkung des Eindrucks von Unmittelbarkeit und Authentizität (Bruck & Stocker, 1996) eine typische Stilkomponente. Auch bei diesem Beispiel gilt folglich, dass häufiger bebilderte Beiträge im Blick weniger als Indiz für die Wichtigkeit und die Aufmerksamkeit des Themas zu werten sind, als vielmehr ein vermittlungstechnisches Merkmal der Gattung Boulevardjournalismus widerspiegeln.

Tabelle 12. Bildanteil nach Zeitung

Anteil in % (aufgrund von Rundungsdifferenzen ergibt das Total nicht 100%)

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %
Keine Bilder/Grafiken	88	72	53
Bilder/Grafiken ergänzen Text	13	28	41
Nur Bilder/Grafiken	0	0	5

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Aus den Ausführungen zu den gattungsbedingten Zeitungsunterschieden wird klar, dass das Thema Übergewicht von den drei Zeitungen in unterschiedliche Bezugsrahmen gestellt werden könnte. Diese potentiellen Unterschiede sind auf die zu erwartenden materiellen und formal-sprachlichen Unterschiede zwischen den Zeitungsformaten zurückzuführen. Als Konsequenz aus dem Gesagten müssen die einzelnen Zeitungen im Hinblick auf die Fragestellung *Wie berichtet die Deutschschweizer Presse über das Thema Übergewicht?* differenzierter untersucht werden. Diese Analyse erfolgt anhand der operationalisierten Hypothesen 1):

Hypothese 1:

Die untersuchten Zeitungen weisen im Bezug auf die Darstellung von Übergewicht formale und inhaltliche Unterschiede auf.

Hypothese 1a)

Die Boulevardzeitung Blick behandelt Übergewichtsthemen über die gesamte Untersuchungsperiode betrachtet häufiger als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung TA.

Die Hypothese leitet sich ab aus den allgemeinen Erkenntnissen zur Boulevardisierung, insbesondere aus den Resultaten einer Titelanalyse von Schaffer (Schaffer, 1995). Die Forscherin identifiziert in ihrer Untersuchung der vier bedeutendsten US-amerikanischen Boulevardzeitungen nachfolgende Themenkategorien als typisch für das Boulevardformat: Sex, Skandal, Tragödie, übernatürliche Phänomene, abweichendes / verwerfliches Verhalten, Service / Tipps, Prominente. Da sich das Thema Übergewicht für die Umsetzung in allen der genannten Kategorien eignet, liegt die Vermutung nahe, dass die Boulevardzeitung *Blick* Übergewicht häufiger behandelt als die Qualitätszeitung *NZZ*, die sich vor allem auf sachliche Informationen stützt oder die Forumszeitung *TA*, die nebst sachlichem Qualitätsjournalismus vor allem regionale Serviceinformationen anbietet.

Hypothese 1b)

Die Boulevardzeitung Blick behandelt das Thema Übergewicht alarmistischer als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung Tages-Anzeiger.

Die alarmistische Qualität der Boulevardzeitung ist inhaltlich einerseits auf ihre Themenkategorien (siehe Hypothese 1a) zurückzuführen. Gemäss Dulinski (Dulinski, 2003, S. 93) nehmen „Geschichten von Gewalt, Verbrechen und Katastrophen [...] weit- aus mehr Platz ein als politische und wirtschaftliche Nachrichten. Darüber hinaus wird Prominenten und Stars viel Aufmerksamkeit gewidmet, Sport findet breite Berücksichtigung.“ Andererseits ist Boulevardjournalismus gekennzeichnet durch seine besondere Art der Sinnkonstruktion. Bruck und Stocker (Bruck & Stocker, 1996, zitiert in Dulinski, 2003, S. 93) unterscheiden vier typische Stilkomponenten des Boulevardformates:

1. Familiarisierung/Personalisierung: Die Nähe zur privaten Erfahrungswelt der Rezipienten wird durch die Schilderung persönlicher Erlebnisse von Prominenten und normalen Lesern erzielt. Tier- und Kindergeschichten gehören dazu.
2. Simplifizierung: Konstruktion von übersichtlichen Weltbildern und Reduktion komplexer gesellschaftlicher Vorgänge auf Personen und Einzelfaktoren.

3. Melodramatisierung: Diskursive Zuspitzung persönlicher Tragödien zur Verstärkung der Angstlust. Übertragung der gesellschaftlichen Verantwortung für Katastrophen an eine übergeordnete Schicksalsinstanz.
4. Visualisierung: V.a. durch Bild. Im Text durch detaillierte optische Beschreibung oder plakative Metaphern. Auswahl des Bildmaterials nach Kriterien von Schock und Kitzel. Die Visualisierung dient der Verstärkung des Eindrucks von Unmittelbarkeit und Authentizität.

Auf Basis der theoretischen Erkenntnisse über den Boulevardjournalismus scheint die Annahme plausibel, dass das Thema Übergewicht im Blick v.a. im Zusammenhang mit Sex, Skandal und Tragödie, d.h. in alarmistischer Weise dargestellt wird. Im Sinne einer thematischen Simplifizierung ist eine vermehrte Reduktion des Themas Übergewicht auf persönliche Einzelfaktoren wie Schönheit / Figur und Diät zu erwarten. Vom Stil her dürften im Blick individuelle Erfahrungsberichte der Leser (Personalisierung, Melodramatisierung) zum Thema Übergewicht mehr Platz einnehmen als offizielle Erkenntnisse (tatsachenbetonter Stil).

Hypothese 1c)

Der Themenkomplex Übergewicht unterliegt in der Boulevardzeitung Blick stärkeren saisonalen Schwankungen als in der Neuen Zürcher Zeitung und dem Tages-Anzeiger.

Wenn man davon ausgeht, dass sich im Blick ein Grossteil der Übergewichtsbeiträge den Themen Schönheit / Diät / Figur widmet, liegt die Vermutung nahe, dass in der Boulevardzeitung in der (Vor-)Badesaison, d.h. im Frühling und Sommer mehr Beiträge zum Thema Übergewicht erscheinen als im Herbst / Winter. Die Vermutung gründet auf der Strategie von Boulevardmedien, alltägliche Informationen sensationell zu verpacken. Zu diesen Verpackungsstrategien zählen die Aktualisierung / Spektakularisierung, die einem Ereignis oder Zustand eine Bedeutsamkeit verleihen, die aufgrund seines Datums und seiner Tragweite nicht gerechtfertigt ist. Die Katastrophierung / Tragödisierung hingegen

überzeichnet Sachverhalte, um Entsetzen zu bewirken (Dulinski, 2003, S. 81). In diesem Sinn kann man annehmen, dass der Blick das Thema Diät/Figur, und insbesondere die Katastrophierung von überflüssigen Kilos, vor allem vor- und während der Badesaison vermehrt inszeniert.

Sollte sich Hypothese 1) *Die untersuchten Zeitungen weisen im Bezug auf die Darstellung von Übergewicht formale und inhaltliche Unterschiede auf* bestätigen, müssten diese Unterschiede in die Untersuchung von Hypothese 2) einfließen; eine Konsequenz daraus wäre, dass die Medizinalisierung u.a. für alle drei Zeitungen getrennt untersucht werden müsste.

4.2.2 Entwicklung von Hypothese 2

Empirische Befunde aus anderen Ländern belegen eine Medizinalisierung von Übergewicht im Verlauf der letzten 50 Jahre (Conrad, 2007; Levenstein, 1993; Sobal, 1995). Conrad (Conrad, 2007, S. 136) beschreibt die Situation für die Vereinigten Staaten wie folgt: „Obesity is an increasing problem in our society and has become more medicalized recently in a number of ways, from a spate of epidemiological studies showing the increase in obesity and body fat among Americans to the huge rise in intestinal bypass operations.” Sobal (Sobal, 1995, S. 67) hingegen ist der Meinung, dass bereits seit den 1990er Jahren eine Ent-Medizinalisierung eingesetzt habe: „During this century fatness has moved from a moral conception of fat as badness, to the medicalization of obesity as sickness, to the demedicalization of large body size as politically acceptable.” Für die Schweiz liegen nach heutigen Erkenntnissen der Autorin keine vergleichbaren Studien vor, die eine potentielle Medizinalisierung des Themas Übergewicht in den helvetischen Medien systematisch untersucht haben. Jedoch verleihen Schneider und Schmid (Schneider & Schmid, 2004, S. 65) in ihrem Bericht zu den Kosten der Adipositas in der Schweiz ihrer Überzeugung Ausdruck (siehe Kapitel 2.9.3), dass die Medizinalisierung von Adipositas hierzulande noch nicht erfolgt ist.

Die Autoren gehen davon aus, dass die klinische Relevanz von Übergewicht und Adipositas hierzulande in der Vergangenheit stark unterschätzt wurde, weil Übergewicht

„[...]vorwiegend als kosmetisches Problem (Frage des Aussehens) gewertet und [...] nicht als Schrittmacher für eine hohe Inzidenz von Komorbiditäten und für eine insgesamt erhöhte Mortalität angesehen [wurde]“ (Schneider & Schmid, 2004, S. 1).

Ein besseres Verständnis darüber, ob und wenn ja, wie und in welchem Ausmass das Wissensobjekt Übergewicht in der deutschsprachigen Presse medizinalisiert wurde, kann zur Lösung des Problems beitragen. In diesem Sinn soll Hypothese 2) Aufschluss darüber geben, ob Übergewicht ein Thema ist, das in den Deutschschweizer Zeitungen medizinalisiert wurde.

Hypothese 2:

Übergewicht ist ein Thema, das im Verlauf der Zeit medizinalisiert wurde in der Deutschschweizer Presse, bzw. in den einzelnen Zeitungen.

Hypothese 2a)

Übergewicht wird als medizinisches Problem definiert. In der Regel wird es als Risikofaktor / Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit dargestellt.

Übergewicht kann wie jedes Problem aus jedem beliebigen Blickwinkel betrachtet und entsprechend definiert werden, so z.B. als moralische Verfehlung, als kriminelle Handlung, als Krankheit, als Systemfehler usw. Wie in der Einleitung zu diesem Kapitel beschrieben, wurde das Thema Übergewicht in den USA gemäss Sobal (Sobal, 1995) im Zeitverlauf zuerst in einem ethisch / moralischen, dann in einem medizinischen und schliesslich in einem politischen Bezugsrahmen behandelt. Dabei liegt der Schlüssel zur Medizinalisierung in der Definition. Hypothese 2a) basiert auf der Medizinalisierungsdefinition von Conrad (Conrad, 2007, S. 4), gemäss der Medizinalisierung einen Prozess beschreibt, „by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders.“ Die Annahme einer potentiellen Medizinalisierung von Übergewicht scheint auch deshalb plausibel zu sein, als die medizinische Definition im Zusammenhang mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen meist den Vorrang hat über andere Fachgebietet (Zola, 1972).

Hypothese 2b)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht in einen medizinisch-wissenschaftlichen Definitionsrahmen gestellt wird, werden im Beitrag medizinisch qualifizierte Experten zitiert.

Gusfield (Gusfield, 1975) schlägt in seiner Analyse über angemessene Kontrollinstanzen vor, man müsse untersuchen, wie eine Instanz die Vorherrschaft über ein soziales Problem erlange und damit seine Kennzeichnung erreiche. Geht man also davon aus, dass Übergewicht ein medizinisch definiertes Thema ist, liegt der Schluss nahe, dass medizinische Experten sogenannten wissenschaftliche Erkenntnisse und Fakten verbreiten, die die Einordnung von Übergewicht als medizinisches Problem bestätigen. Durch diese Bestätigung wird der Medizinalisierung des Problems weiteren Auftrieb verliehen (Autoreferenzialität). Gleichzeitig gewinnen sowohl die medizinischen Experten als auch das publizierende Medium an Glaubwürdigkeit und Image, sofern angesehene Experten zu Wort kommen (Becker, 1967).

Hypothese 2c)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Folgen als medizinisch-gesundheitlich (im Gegensatz zu ästhetisch und gesellschaftlich) beschrieben

In Abhängigkeit davon, wie die Folgen eines Themas dargestellt werden, kann sich dieses in unterschiedliche Richtungen entwickeln. So zeigen sich beispielsweise Schneider und Schmid (Schneider & Schmid, 2004) überzeugt, dass die hohen medizinischen und volkswirtschaftlichen Kosten, die aus den Folgen von Adipositas resultieren, die Quitting dafür sind, dass Adipositas noch immer als Lifestyle-Thema und nicht als Gesundheitsproblem verstanden wird. Durch die Definition von Normen werden automatisch Maßstäbe geschaffen. Im Fall von Übergewicht führt die moralische Beurteilung zu erhöhter Aufmerksamkeit bezüglich der Folgen von Verhalten, die ästhetische Definition

fokussiert auf körperliche Folgen für die Schönheit und die medizinische Norm führt zu einer Fokussierung auf medizinisch-gesundheitliche Folgen.

Hypothese 2d)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Ursachen als individuell nicht beeinflussbar beschrieben und das Individuum wird von der Verantwortung entlastet.

Durch die Medizinalisierung eines Sachverhaltes verschiebt sich die individuelle Verantwortungszuschreibung. Bei einer Konzeption von moralischer Verfehlung / Sünde werden die Betroffenen für ihr Verhalten verantwortlich gemacht, bei Krankheit entfällt diese individuelle Verantwortungszuschreibung oder wird zumindest stark reduziert (Conrad, 1992a; Dorfman, 2007; Freidson, 1970; Kirkwood & Brown, 1995; Lawrence, 2004; Parsons, 1951). “That is, when the cause is seen as biological and subject to ‘medical excuse’, the individual is no longer considered responsible for the behavior”, so Conrad (Conrad, 2007, S. 152). Diese Verantwortungsverschiebung hat u.a. soziale und politische Auswirkungen, denn Verantwortungszuschreibungen und Lösungszuständigkeiten werden in Abhängigkeit von den identifizierten Ursachen vorgenommen (Stone, 1997). Individualisierende Bezugsrahmen schreiben die Problemursachen Individuen, oft den Betroffenen zu; systembetonende Bezugsrahmen erweitern den Fokus und schieben die Verantwortung auf Regierung, Politik und weitere soziale Kräfte (Conrad, 1992b; Fisher, Gandy Jr, & Janus, 1981; Kirkwood & Brown, 1995; Lawrence, 2004). „Previous research suggests that public health problems become amenable to broad policy solutions when those problems can be reframed in systemic terms”, so Lawrence (Lawrence, 2004, S. 56).

Hypothese 2e)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden medizinische Mittel als Lösungsansatz vorgeschlagen.

Das gezielte Marketing von medizinischen Lösungen zur Beseitigung von Alltagsproblemen und die Bereitschaft der Konsumenten, diese Lösungen nachzufragen und zu erwerben, haben einer schnell wachsenden Industrie im Bereich der Medizinalisierung Vorschub geleistet. Für Conrad (Conrad, 2007, S. 153) bilden die marktgetriebenen Formen der Medizinalisierung eine der grössten Veränderungen im Bereich Medizinalisierung der letzten 30 Jahre: „Medical entrepreneurs, including pharmaceutical and biotechnology companies, along with some medical experts, have been marketing medical solutions for a range of human problems.“ Eine mögliche Verschiebung des Bezugsrahmens von einer moralischen Problemsicht mit bestrafenden Lösungsmassnahmen zu einer medizinischen Problemsicht mit therapeutischen Lösungen dürfte in diesem Sinn zu einer vermehrten Darstellung von medizinischen Technologien wie Medikamenten, Operationen oder genetischen Behandlungen als Lösungsansatz führen.

4.2.3 Hypothesen im Überblick

Nachfolgend sind zur Übersicht noch einmal beide Haupthypothesen samt Unterhypothesen aufgeführt:

Hypothese 1:

Die untersuchten Zeitungen weisen im Bezug auf die Darstellung von Übergewicht formale und inhaltliche Unterschiede auf.

Hypothese 1a)

Die Boulevardzeitung Blick behandelt Übergewichtsthemen über die gesamte Untersuchungsperiode betrachtet häufiger als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung TA.

Hypothese 1b)

Die Boulevardzeitung Blick behandelt das Thema Übergewicht alarmistischer als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung Tages-Anzeiger.

Hypothese 1c)

Der Themenkomplex Übergewicht unterliegt in der Boulevardzeitung Blick stärkeren saisonalen Schwankungen als in der Neuen Zürcher Zeitung und dem Tages-Anzeiger.

Hypothese 2:

Übergewicht ist ein Thema, das im Verlauf der Zeit medizinisiert wurde in der Deutschschweizer Presse, bzw. in den einzelnen Zeitungen.

Hypothese 2a)

Übergewicht wird als medizinisches Problem definiert. In der Regel wird es als Risikofaktor / Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit dargestellt.

Hypothese 2b)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht in einen medizinisch-wissenschaftlichen Definitionsrahmen gestellt wird, werden im Beitrag medizinisch qualifizierte Experten zitiert.

Hypothese 2c)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Folgen als medizinisch-gesundheitlich (im Gegensatz zu ästhetisch und gesellschaftlich) beschrieben.

Hypothese 2d)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Ursachen als individuell nicht beeinflussbar beschrieben und das Individuum wird von der Verantwortung entlastet.

Hypothese 2e)

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden medizinische Mittel als Lösungsansatz vorgeschlagen.

4.3 Auswertung der Themenanalyse

Die Auswertung der Daten im Hinblick auf die Problemstellung *Wie berichtet die Deutschschweizer Presse über das Thema Übergewicht?* ergibt nachfolgende Resultate:

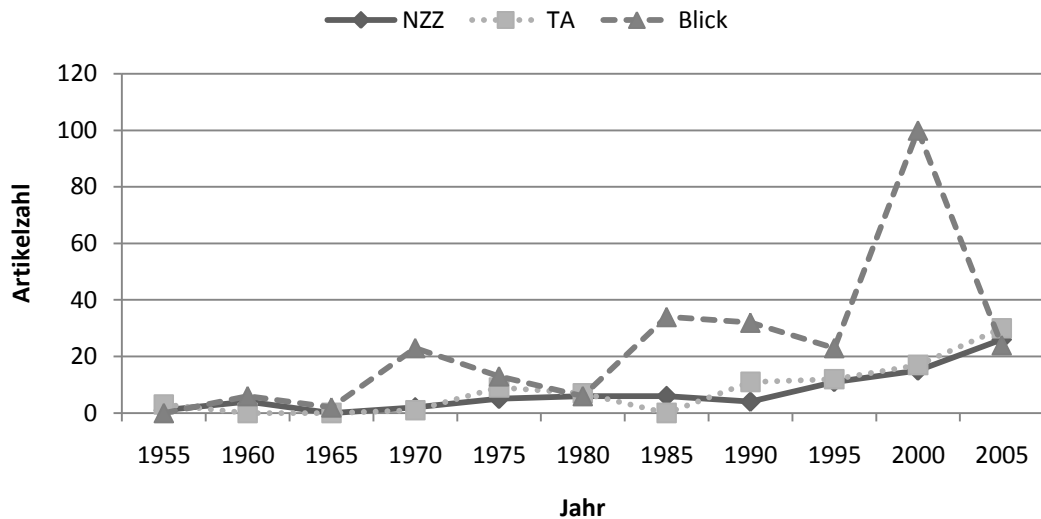
Hypothese 1a)

Die Boulevardzeitung Blick behandelt Übergewichtsthemen über die gesamte Untersuchungsperiode betrachtet häufiger als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung TA.

Aus der Frequenzanalyse ist ersichtlich, dass sich die Anzahl der Beiträge aus der Stichprobe (n=433) wie folgt auf die drei Tageszeitungen verteilen: NZZ 80 Artikel, TA 90 Artikel, Blick 263 Artikel. Diese Daten bestätigen grundsätzlich die Hypothese, dass der Blick das Thema Übergewicht im Betrachtungszeitraum vergleichsweise häufiger aufgreift als die NZZ oder der Tages-Anzeiger.

Grafik 11. Artikelanzahl nach Zeitung und Jahr

Jährliche Anzahl an Artikeln



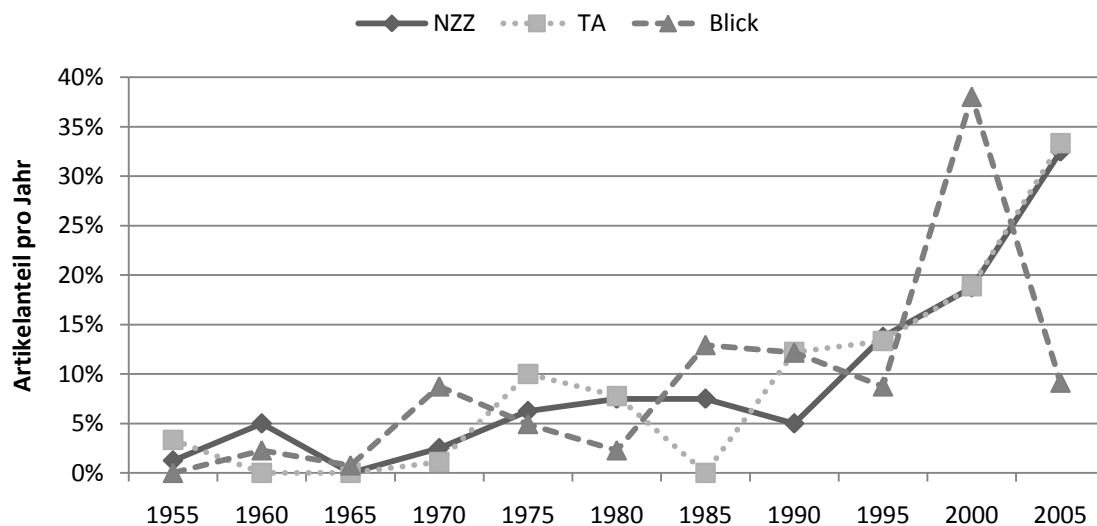
Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Die normalisierte Auswertung offenbart trotz Unterschieden bei der absoluten Frequenz relativ betrachtet bei der NZZ, dem TA und dem Blick die gleiche Tendenz: die Themenfrequenz, mit der Übergewicht dargestellt wird, nimmt über den Beobachtungszeitraum hinweg bei allen drei Tageszeitungen im gleichen Masse zu. Der Anstieg der Thematisierungshäufigkeit widerspiegelt eine reale Zunahme des Übergewichtsphänomens in der sozialen Wirklichkeit, wie sie beispielsweise durch die Schweizerischen Ernährungsberichte dokumentiert wird (Eichholzer, Camenzind-Frey, Matzke, Amadò, & Ballmer, 2005a). Ebenfalls gemeinsam ist allen drei Zeitungen eine Beitragsbaisse zwischen 1980 und 1990: Der Blick kommt 1980 auf 2% (Vorperiode 5%), der TA 1985 auf 0% (Vorperiode 8%) und die NZZ 1990 auf 5% (Vorperiode 8%). Dafür steigt die Thematisierungshäufigkeit nach 1990 vor allem bei der NZZ und dem TA tendenziell stärker an als in der Periode davor. Dieses Wachstum könnte damit zusammenhängen, dass u.a. die in der Schweiz ab Anfang der 1990er Jahre präsentierten Daten der repräsentativen Studien zur Prävalenz von Übergewicht (1991: Heureka, 1992/1997/2002/2007: Schwei-

zerische Gesundheitsbefragung; 1984/1988/1992: MONICA; 1993-1998: LuftiBus, 2000: Nutri-Trend) die Medienaufmerksamkeit für das Thema angeregt haben. Der Ausschlag vom Blick hingegen geht zurück auf eine Diätserie im Jahr 2000, bei der das Thema Übergewicht 10 Tage lang intensiv behandelt wurde.

Grafik 12. Artikelanteile nach Zeitung und Jahr

Jährlicher Anteil an Artikeln in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Aufgrund der Übereinstimmungen bei der Thematisierungshäufigkeit kann die Dimension Zeit auf Grund ihres synchronen Verlaufs bei allen drei Zeitungen keinen Beitrag dazu leisten, Unterschiede zwischen den Medien festzustellen. Die nachfolgenden Analysen zur Überprüfung von Hypothese 1) basieren deshalb auf zeitlich kumulierten Werten pro Zeitung.

Wie oben dargestellt, hat die Datenauswertung ergeben, dass der Blick das Thema Übergewicht grundsätzlich häufiger aufgreift als die beiden Vergleichszeitungen. Bei dieser Frequenzanalyse wurde jedoch nicht differenziert nach Beiträgen, in denen Übergewicht

das Hauptthema darstellt, und solchen, in denen Übergewicht als Nebenthema fungiert. Nach dem dieser Untersuchung zu Grunde liegenden Codebuch ist ein Hauptthema dadurch gekennzeichnet, dass der Begriff Übergewicht oder Synonyme davon im Titel oder Lead vertreten sind. Es muss klar ersichtlich sein, dass es im Beitrag um Übergewicht geht, z.B. „Das Problem der Fettleibigkeit aus medizinischer Sicht“. Bei der Darstellung als Nebenthema wird Übergewicht oft als Ursache (Auslöser) oder Folge eines anderen (Haupt-)Ereignisses zitiert, ohne jedoch für den Gesamtbeitrag von zentraler Bedeutung zu sein, so z.B. „Warnung vor Schlankheitsmitteln aus dem Appenzell“.

Gemäss den vorliegenden Auswertungen behandeln 55% der NZZ-Beiträge, 50% der TA-Beiträge und 68% der Blick-Beiträge Übergewicht als Hauptthema. Geht man davon aus, dass die Unterscheidung in Haupt- und Nebenthema ein Indiz darstellt für die Wichtigkeit, die dem Thema vom jeweiligen Medium zugeschrieben wird, dann zeigt sich, dass Übergewicht für den Blick ein wichtigeres Thema darstellt als für die NZZ und den Tagesanzeiger. Dass Übergewicht in 90% dieser Blickartikel als Kurzbeitrag von weniger als einer A4-Seite präsentiert ist und dass fast die Hälfte der Beiträge bebildert sind, dürfte themenunabhängig auf den gattungsbedingten Boulevardstil zurückzuführen sein.

Schlussfolgerung zu Hypothese 1a)

Die Analyseresultate bestätigen Hypothese 1a) grundsätzlich, *die Boulevardzeitung Blick behandelt Übergewichtsthemen über die gesamte Untersuchungsperiode betrachtet häufiger als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung TA*. Dieses Resultat dürfte darauf zurückzuführen sein, dass sich das Thema Übergewicht für alle Themenkategorien des Boulevardjournalismus (Sex, Skandal, Tragödie, übernatürliche Phänomene, abweichendes Verhalten, Service/Tipps, Prominente (Schaffer, 1995, S. 30) eignet und deshalb von der Boulevardzeitung Blick gern und häufig aufgenommen wird. Absolut betrachtet, über den Zeitraum von 50 Jahren, hat der Blick das Thema Übergewicht rund drei Mal häufiger aufgegriffen als die NZZ oder der TA. Relativ betrachtet stellt man für alle drei Zeitungen fest, dass die Thematisierungshäufigkeit im Verlauf der Jahre bei al-

len drei Zeitungen im gleichen Masse ansteigt. Aufgrund der normalisierten Daten verhalten sich folglich alle drei Zeitungen gleich bezüglich der Häufigkeitsentwicklung des Themas Übergewicht. Ferner wird Übergewicht in allen drei Zeitungen in mindestens der Hälfte aller untersuchten Beiträge als Hauptthema behandelt. Hingegen dürfte die Dominanz von bebilderten Kurzbeiträgen zum Thema Übergewicht nicht auf eine themenspezifische, sondern auf eine vermittlungstechnische Eigenschaft der Gattung Boulevardzeitung zurückzuführen sein.

Hypothese 1b)

Die Boulevardzeitung Blick behandelt das Thema Übergewicht alarmistischer als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung Tages-Anzeiger.

Für die typisch alarmistische Wirkung des Boulevardformats ist die Art und Weise ausschlaggebend, in der der Sinn eines Themas konstruiert wird. Inhaltlich wird die narrative Inszenierungspraxis des Boulevardstils durch die Thematisierung und den Stil geprägt. Typische Boulevardthemen sind Schilderungen persönlicher Lesererlebnisse, Einzelfaktoren als Reduktion komplexer gesellschaftlicher Vorgänge sowie Tragödien. Die Auswertung der erhobenen Daten ergibt, dass von den Themen, die im Vorfeld der Co-debucherstellung durch eine explorative Analyse identifiziert wurden, *individuelle Erfahrungen* der Leserschaft und *Diät* im Blick den höchsten Themenanteil ausmachen. Individuelle Erfahrungsberichte enthalten emotionale Schilderungen im Zusammenhang mit Übergewicht; unter Diät werden Anleitungen und Ratschläge für kontrolliertes Essen, Schlankheitskuren, Fasten und Gewichtsverlust im Zusammenhang mit Essen und Trinken subsummiert. Zusammen stellen die beiden Themen einen Anteil von über 50% der Blickbeiträge. In der NZZ finden sich zum Themenkomplex Übergewicht mehrheitlich *offizielle Erkenntnisse* und Statements zum Themenkomplex Gewicht, Ernährung, Bewegung, präsentiert aus medizinischer und wissenschaftlicher Sicht. Im TA machen *offizielle Erkenntnisse* sowie *Produkte/Dienstleistungen* den Löwenanteil an den Themen aus. In die Kategorie Produkte fallen marktorientierte Angebote von Produkten und

Dienstleistungen aus Industrie und Handel im Zusammenhang mit Gewicht, Schlankheit, Abmagerungskuren, so z.B. Medikamente, Schlankheitswickel, Fettness-Zentren, Diät-hotels usw.

Tabelle 13. Themenanteil nach Zeitung

Anteil in % (das Total ergibt nicht 100%, da statistisch unbedeutende Kategorien wie beispielsweise „Anderes“ hier nicht dargestellt werden)

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %	Total (n=433) %
Diät	10	7	24	18
Turnen / Sport	5	10	3	5
Produkte / Dienstleistungen	6	17	7	9
Liebe / Sex	0	0	2	1
Offizielle Erkenntnisse	58	47	20	33
Individuelle Leser-Erfahrungen	6	6	27	19
Aussehen, Ästhetik, Figur, Schönheit	3	7	13	9

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Aus der Perspektive der einzelnen Themen haben über alle drei Zeitungen hinweg betrachtet offizielle Erkenntnisse mit 33% durchschnittlich den grössten Anteil am Themenkomplex Übergewicht, gefolgt von individuellen Erfahrungsberichten (19%), wie man sie beispielsweise in Leserbriefen und Reportagen findet. An dritter Stelle steht das Thema Diät (18%), das dominiert wird von Anleitungen und Ratschlägen.

Was den Berichtsstil der Presse anbelangt, unterscheiden sich die drei Zeitungen vor allem bei den tatsachen- und den erfahrungsbetonten Aussagen. Obschon der Tatsachenstil bei allen drei Presseerzeugnissen den Hauptanteil ausmacht, liegt er beim Blick mit 60% anteilmässig 16% unter der NZZ und dem TA. Unter tatsachenbetonten Beiträgen werden hier alle Texte verstanden, die aktuelles Geschehen oder Hintergrundinformationen sachlich darstellen. Solche Beiträge besitzen eine vermittelnde Funktion und sind in der

Regel in einer nüchternen, faktenbetonten Sprache geschrieben. Der Tatsachenstil wird in allen drei Zeitungen vor allem dazu verwendet, um offizielle Erkenntnisse, die Resultate aus wissenschaftlichen Studien, Daten und Statistiken zu verbreiten. Im Gegensatz dazu machen erfahrungsbetonte Beiträge im Blick 17% aus, derweil sie im TA 4% und in der NZZ gerade mal 1% betragen. Erfahrungsbetonte Texte stellen Erlebtes wie beispielsweise persönliche Erfahrungen in lebendiger und anschaulicher Form dar. Sie sind erlebnisbetont, angereichert mit Milieu- und Situationsschilderungen, Beispielen und auch subjektiven Eindrücken des Autors oder von Drittpersonen. Es handelt sich dabei um Äusserungen von Laien (im Gegensatz zu Experten). Die Erfahrungsbeiträge im Blick sind meist Kurzbeiträge von Lesern, die ihre personalisierten Dramen als Antwort auf Aufforderungen der Blickredaktion (*schicken Sie uns Ihre Erfahrungen zu diesem Thema*) einreichen. Der im Vergleich zu Blick und TA leicht höhere Anteil an meinungsbetonten Beiträgen in der NZZ geht darauf zurück, dass bei der NZZ oft externe Experten ihre Meinung zum Thema äussern, um tatsachenbetonte Beiträge zu stützen. Die meinungsbetonten Beiträge berichten weniger über das aktuelle Geschehen, sondern bewerten bereits berichtetes Geschehen fundiert, beleuchten seine Bedeutung aus Expertensicht, drücken datenbasierte Meinungen aus, vermitteln wichtige Zusatzinformationen oder stellen neue Zusammenhänge her. Bei den Service-Hinweisen widerspiegelt der TA-Anteil von 8% vor allem den Lokalbezug der Zeitung. Diese Servicebeiträge beziehen sich mehrheitlich auf Angebote von Selbsthilfegruppen und Institutionen, die in der Region Zürich tätig sind. Dagegen beinhalten die 5% Servicebeiträge im Blick meist regional unabhängige Hinweise; dazu gehören sogenannte Experten, die Leseranfragen beantworten, Lesertelefone, Terminkalender, Veranstaltungshinweise, konkrete Hilfsmittel wie Rechnungshilfen zum BMI, Kalorientabellen, Sportübungen für Problemzonen usw.

Tabelle 14. Stil nach Zeitung

Anteil in % (das Total ergibt nicht 100%, da statistisch unbedeutende Kategorien wie beispielsweise „Anderes“ hier nicht dargestellt werden)

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %	Total (n=433) %
Tatsachenbetont	76	76	60	66
Meinungsbetont	16	11	14	14
Erfahrungsbetont	1	4	17	12
Interviews	3	0	3	2
Service	1	8	5	5

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Schlussfolgerung zu Hypothese 1b)

Macht man die Definition von alarmistisch an den Variablen Thema und Stil fest, bestätigen die Analysresultate Hypothese 1b) tendenziell: *Die Boulevardzeitung Blick behandelt das Thema Übergewicht alarmistischer als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung Tages-Anzeiger.*

Zu Übergewicht dominieren im Blick die Themen *individuelle Erfahrungsberichte* sowie *Diätanleitungen*. Dabei zielen die Schilderungen persönlicher Lesererlebnisse und Tragödien darauf ab, die Aufmerksamkeit des Lesers durch Emotionalität, Schuldzuschreibungen, Übertreibungen und Melodramatisierungen zu wecken. Die Reduktion der Übergewichtsproblematik auf das Thema Diät soll dem Leser den inhaltlichen Zugang erleichtern, ohne ihn durch umfassendere gesellschaftliche Zusammenhänge zu verwirren. Insofern kann im Blick durchaus von einer alarmistischen Tendenz der Themendarstellung gesprochen werden. Im Gegensatz dazu dominieren in der NZZ *offizielle Erkenntnisse* und im Tages-Anzeiger *offizielle Erkenntnisse* und *Produkte / Dienstleistungen*. Unter offizielle Erkenntnisse werden Verlautbarungen von Ämtern und Stellen wie z.B. dem Bundesamt für Gesundheit, dem Bundesamt für Statistik aber auch wissenschaftliche Erkenntnisse wie Fortschritte bei der Erforschung eines Übergewichtsgens

oder ähnliches subsummiert. Produkte hingegen umfassen marktorientierte Angebote von Produkten und Dienstleistungen aus Industrie und Handel im Zusammenhang mit Gewicht, Schlankheit, Abmagerungskuren.

Vom Stil her machen tatsachenbetonte Beiträge zwar bei allen drei Zeitungen den Hauptanteil aus. Beim Blick liegt der relative Anteil an dieser Stilgattung jedoch 16% unter der NZZ und dem TA. Im Gegensatz dazu machen erfahrungsbetonte Beiträge im Blick fast einen Fünftel aller Artikel aus, derweil sie im TA bei 4% und in der NZZ bei 1% liegen. Bei den meinungsbetonten Beiträgen sind die Unterschiede zwischen den Zeitungen relativ gering. Der im Vergleich zu Blick und TA leicht erhöhte Anteil in der NZZ geht auf den vermehrten Beizug externer Experten zurück. Service-Hinweisen finden sich vor allem im TA und im Blick, jedoch kaum in der NZZ. Auch in dieser Hinsicht kann von einer alarmistischen Sinnkonstruktion gesprochen werden.

Hypothese 1c)

Der Themenkomplex Übergewicht unterliegt in der Boulevardzeitung Blick stärkeren saisonalen Schwankungen als in der Neuen Zürcher Zeitung und dem Tages-Anzeiger.

Die Auswertungen zeigen für die NZZ kaum saisonale Unterschiede; Übergewicht ist in der Qualitätszeitung ein Ganzjahresthema. Der Tages-Anzeiger präsentiert im Herbst (September, Oktober, November) tendenziell einen leicht höheren Anteil an Übergewichtsthemen als in den anderen Jahreszeiten und für den Blick ist der Winter (Dezember, Januar, Februar) die Übergewichtssaison.

Tabelle 15. Saisonale Unterschiede nach Zeitung

Anteil in %

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %
Frühling (März, April, Mai)	29	23	27
Sommer (Juni, Juli, August)	24	18	19
Herbst (September, Oktober, November)	26	36	21
Winter (Dezember, Januar, Februar)	21	23	33

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Betrachtet man die Verteilung einzelner Themenschwerpunkte über alle Medien gesehen nach Jahreszeit, sind ebenfalls Schwankungen erkennbar. Beispielsweise ist das Thema Diät im Frühling (März, April, Mai) in den untersuchten Zeitungen (23%) am prominentesten vertreten. Aber auch über Produkte/Dienstleistungen wird häufig im Frühjahr berichtet (14%). Der Sommer (Juni, Juli, August) verzeichnet – allerdings auf allgemein tiefem Niveau - einen leicht erhöhten Anteil an Beiträgen zu Turnen und Sport (7%). Offizielle Erkenntnisse im Sinn von statistischen Daten finden sich vermehrt im Herbst (46%); und der Winter privilegiert die Darstellung von individuellen Erfahrungen, z.B. im Form von Leserbriefen (34%).

Tabelle 16. Themen nach Saison

Anteil in % (das Total ergibt nicht 100%, da unbedeutende Kategorien wie beispielsweise „Anderes“ hier nicht dargestellt werden)

	Diät (n=76) %	Turnen / Sport (n=21) %	Produkte / DL (n=39) %	Liebe / Sex (n=5) %	Offizielle Er- kenntnisse (n=141) %	Individuelle Erfahrungen (n=82) %	Ästhetik (n=41) %
Frühling	23	6	14	1	28	10	11
Sommer	18	7	6	2	29	18	14
Herbst	11	5	9	0	46	13	10
Winter	19	2	6	2	27	34	4
Total (n=433)	18	5	9	1	33	19	9

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Verfeinert man die Analyse durch die Betrachtung der einzelnen Monate, bestätigen und verstärken sich die Tendenzen, die sich in der Aufteilung nach Jahreszeiten abgezeichnet haben.

Tabelle 17. Themen nach Monat

Anteil in % (das Total ergibt nicht 100%, da unbedeutende Kategorien wie beispielsweise „Anderes“ hier nicht dargestellt werden)

	Diät (n=76) %	Turnen / Sport (n=21) %	Produkte / DL (n=39) %	Liebe / Sex (n=5) %	Offizielle Er- kenntnisse (n=141) %	Individuelle Erfahrungen (n=82) %	Ästhetik (n=41) %
Januar	19	3	8	3	22	43	0
Februar	20	2	4	2	18	45	4
März	8	11	17	0	28	11	17
April	6	9	24	0	36	12	6
Mai	44	0	4	2	23	6	13
Juni	15	8	3	0	20	30	20
July	30	0	9	4	39	4	9
August	10	14	10	5	33	10	10
September	14	6	6	0	53	17	6
Oktober	14	9	3	0	49	11	11
November	5	0	21	0	36	10	13
Dezember	17	3	7	0	53	3	7
Total (n=433)	18	5	9	1	33	19	9

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Schlussfolgerung zu Hypothese 1c)

Verfolgt man die Darstellung von Übergewicht generell im Jahresverlauf, zeigen sich keine nennenswerten saisonalen Schwankungen. Hingegen präsentiert der Tages-Anzeiger im Herbst und der Blick im Winter anteilmässig etwas mehr Übergewichtsbeiträge. Vergleicht man diese Daten mit den Themenanteilen nach Jahreszeiten, stellt man fest, dass im Herbst grundsätzlich das Thema „offizielle Erkenntnisse“ und im Winter „Individuelle Erfahrungen“ dominiert. Für die NZZ hingegen ist Übergewicht ein Ganzjahresthema, das kaum saisonalen Schwankungen unterliegt. Die Betrachtung nach einzelnen Monaten bestätigt und verstärkt dieses Resultat. Damit kann Hypothese 1c) *Der Themenkomplex Übergewicht unterliegt in der Boulevardzeitung Blick stärkeren saisonalen Schwankungen als in der Neuen Zürcher Zeitung und dem Tages-Anzeiger*

nur teilweise bestätigt werden. Es zeigt sich zwar, dass Übergewichtsthemen im Blick im Gegensatz zur NZZ saisonalen Schwankungen unterliegen, allerdings zeichnen sich die gleichen Schwankungen auch für den Tages-Anzeiger ab.

Zusammenfassende der Schlussfolgerungen zu Hypothese 1)

Die vorliegenden Auswertungen bestätigen Hypothese 1) weitgehend: *Die untersuchten Zeitungen wiesen im Bezug auf die Darstellung von Übergewicht inhaltliche und formale Unterschiede auf.* Absolut betrachtet behandelt die Boulevardzeitung Blick Übergewichtsthemen in der 50jährigen Betrachtungsperiode rund drei mal häufiger als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung Tages-Anzeiger und bestätigt damit die in Hypothese 1a) geäußerte Vermutung, dass die Boulevardzeitung Blick Übergewichtsthemen über die Untersuchungsperiode hinweg häufiger behandelt als die Qualitätszeitung NZZ oder die Forumszeitung TA. Keine intermediären Unterschiede zeigt hingegen die normalisierte Frequenzbewertung: alle drei Zeitungen weisen eine parallel verlaufende Tendenz zur Zunahme der Darstellungshäufigkeit im Verlauf der Zeit auf. Hypothese 1b), wonach die Boulevardzeitung Blick das Thema Übergewicht alarmistischer behandelt als die Qualitätszeitung NZZ und die Forumszeitung Tages-Anzeiger, bestätigt sich unter den hier getroffenen Annahmen ebenfalls tendenziell. Besagte Annahmen gehen davon aus, dass der Befund *alarmistisch* anhand der Ausprägungen *Thema* und *Stil* gemessen werden kann. Dabei zeigt die Analyse, dass sich der Blick von der NZZ und vom Tages-Anzeiger inhaltlich u.a. darin unterscheidet, als der Blick Themen wie *Diät* und *individuelle Erfahrungen* häufiger darstellt als *offizielle Erkenntnisse*. Auch vom Stil her finden sich im Blick deutlich weniger tatsachenbetonte Beiträge als in der NZZ und im Tages-Anzeiger. Beides wird als Indiz dafür gewertet, dass der Blick das Thema Übergewicht alarmistischer darstellt als die beiden Vergleichszeitungen. Nur teilweise bestätigt hat sich hingegen die in Hypothese 1c) formulierte Annahme, dass der Themenkomplex Übergewicht in der Boulevardzeitung Blick stärkeren saisonalen Schwankungen unterliegt als in der Neuen Zürcher Zeitung und dem Tages-Anzeiger. Die jahreszeitlichen Schwankungen von Blick und Tages-Anzeiger bewegen sich in einem ver-

gleichbaren Rahmen, so dass eher die NZZ, die kaum saisonale Unterschiede aufweist, die Ausnahme bildet.

Die erkannten Unterschiede bei den drei untersuchten Zeitungen in der Darstellung von Übergewicht (Hypothese 1) müssen bei der Untersuchung von Hypothese 2) berücksichtigt werden. Auf Basis der Feststellung, dass zwischen den einzelnen Zeitungen materielle und inhaltliche Unterschiede bestehen, muss die Medizinalisierungs-Hypothese für jede einzelne Zeitung geprüft werden. Ferner wird der Faktor Zeit, der zur Überprüfung der Hypothesen 1b) und 1c) zeitweilig ausgeblendet wurde, in Hypothese 2) bei der Analyse der einzelnen Zeitungen wieder aufgenommen. Dieser Wiedereinschluss erfolgt trotz der Schwierigkeit, dass am Anfang der Messperiode kaum Daten vorhanden sind. Der Grund für die Massnahme liegt in der Natur der Medizinalisierung: Medizinalisierung ist ein Prozess, der sich im Verlauf der Zeit entwickelt und dessen Ausprägung alle Abstufungen von schwach bis stark erreichen kann. Im Gegensatz zu einem dichotom messbaren Ereignis wie beispielsweise on/off, das zu einem definierten Zeitpunkt eindeutige Resultate liefert, kann auf die Medizinalisierung des Themas Übergewicht nur annäherungsweise aus der Messung gewisser Indizien zu verschiedenen Zeitpunkten geschlossen werden.

Unter Berücksichtigung der in Hypothese 1) gewonnenen Erkenntnisse kann an dieser Stelle zur Untersuchung der um den Zusatz: *bzw. in den einzelnen Zeitungen* ergänzten Hypothesen 2) übergegangen werden.

Hypothese 2a:

Übergewicht wird als medizinisches Problem definiert. In der Regel wird es als Risikofaktor/Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit dargestellt.

Übergewicht als Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit

Die Frequenzanalyse ergibt, dass in 73 von total 433 Zeitungsbeiträgen explizit erwähnt wird, dass Übergewicht ein Risiko für Folgekrankheiten darstelle. Das Gegenteil davon,

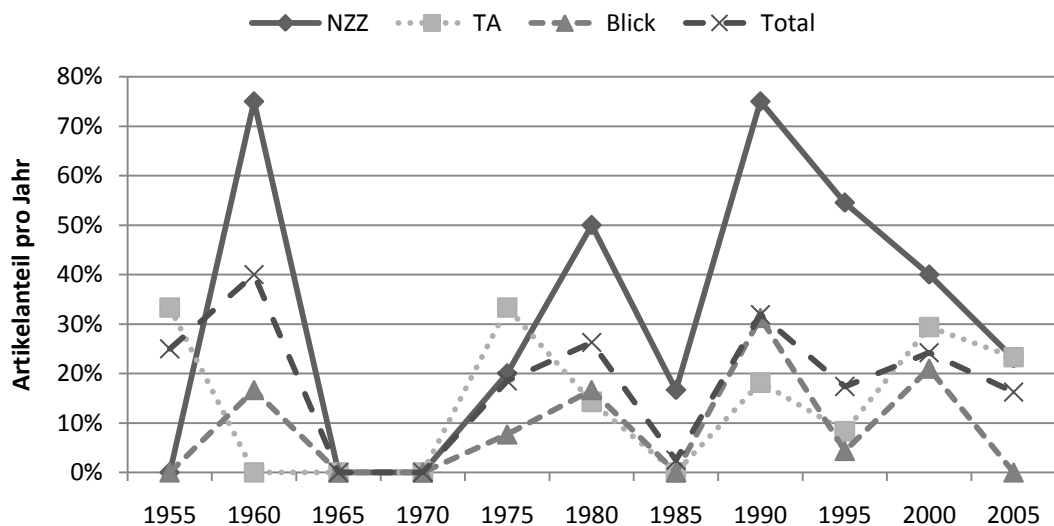
nämlich die explizite Aussage, dass Übergewicht kein Risiko für Folgeerkrankungen darstelle, findet sich lediglich in einem Blick-Beitrag. Die Definition von Übergewicht als Krankheit ist mit 18 Nennungen (n=433, 4.2%) deutlich seltener als die Risikodefinition und konzentriert sich vorwiegend auf den Tages-Anzeiger (10%) und die NZZ (10%). Im Blick kommt sie kaum vor (0.4%). Die Definition von Übergewicht als Vorstufe für weitere Krankheiten oder als Krankheit entwickelt sich ab 1975 bei allen drei Zeitungen wellenförmig mit Höhepunkten zu Beginn der 1980er sowie Mitte der 1990er Jahre. Über den gesamten Messzeitraum betrachtet wird die Aussage in 33% der NZZ-Beiträge, in 22% der TA-Beiträge und in 13% der Blick-Beiträge verbreitet. Bei der NZZ erreichen entsprechende Risiko-Beiträge innerhalb der Zeitperiode von 1988 bis 1998 einen Anteil von über 50%. Ein Leser, der alle drei Zeitungen liest, wird somit in jedem sechsten Zeitungsbeitrag zum Thema Übergewicht mit der Aussage konfrontiert, dass erhöhtes Körpergewicht ein Risiko für Folgeerkrankungen darstelle.

Der Höhepunkt in den 1980er Jahren ist vermutlich weniger auf den spezifisch medizinischen Bezugsrahmen zurückzuführen, als vielmehr auf ein allgemein steigendes Interesse an der Übergewichtsthematik. Da sich der erste und der zweite Schweizerische Ernährungsbericht von 1975 und 1984, die auf Initiative und unter Autorenschaft von Mitgliedern der Eidgenössischen Ernährungscommission (EEK) publiziert wurden, noch kaum mit Gewichtsfragen befasst haben, scheint eine Verbindung der Ernährungsberichte mit den Darstellungshöhepunkten in diesem Fall unwahrscheinlich. Hingegen liegt die Vermutung nahe, dass die Warnungen der WHO vor einer Übergewichtsproblematik die nationalen Aktivitäten im Bereich gesundes Körpergewicht gefördert haben, was zum zweiten Darstellungshöhepunkt in den 1990er Jahren geführt haben dürfte. Insbesondere erreichten die ersten Berichte zum Thema Übergewicht die Schweiz Anfangs der 1990er Jahre aus den USA. Ab diesem Zeitpunkt wurde klar, dass eine tendenzielle Zunahme von Übergewicht feststellbar ist und dass Übergewicht einen Risikofaktor für verschiedene Krankheiten darstellt. Dass das Thema in der Schweiz wichtig wurde, zeigt sich u.a. an der Tatsache, dass seit Anfangs der 1990er Jahre vermehrt helvetische Übergewichtsstudien durchgeführt wurden. Speziell die 1992 einsetzenden Schweizerischen

Gesundheitsbefragungen mit ihrer expliziten Erwähnung des Morbiditätsrisikos von Übergewicht dürften zur öffentlichen Wahrnehmung des Themas Übergewicht und im speziellen zur öffentlichen Wahrnehmung von Übergewicht als Risiko für Folgekrankheiten beigetragen haben. Ebenfalls auf die beginnenden 1990er Jahre geht die helvetische Thematisierung von Essstörungen und Anorexie zurück (Buddeberg-Fischer, Gnam, Klaghofer, & Buddeberg, 1998). Betrachtet man schliesslich noch die Entwicklungen in der Industrie mit energie- und fettverminderten Lebensmitteln, kann man sagen, dass die Welle der Light-Produkte Ende der 1980er Jahre aufgekommen ist und sich nach Höhepunkten ebenfalls um 1991/1992 seither abflacht (Leisibach & Keller, 1998). Daraus kann man schliessen, dass Anfangs der 1990er Jahre von Konsumentenseite bereits ein Bedürfnis für diese Art von Produkten vorhanden war, dass viele Leute bereits etwas tun wollten für ihr Körpergewicht.

Grafik 13. Übergewicht als Risiko für Folgekrankheiten oder als Krankheit

Jährlicher Anteil an Artikeln in %



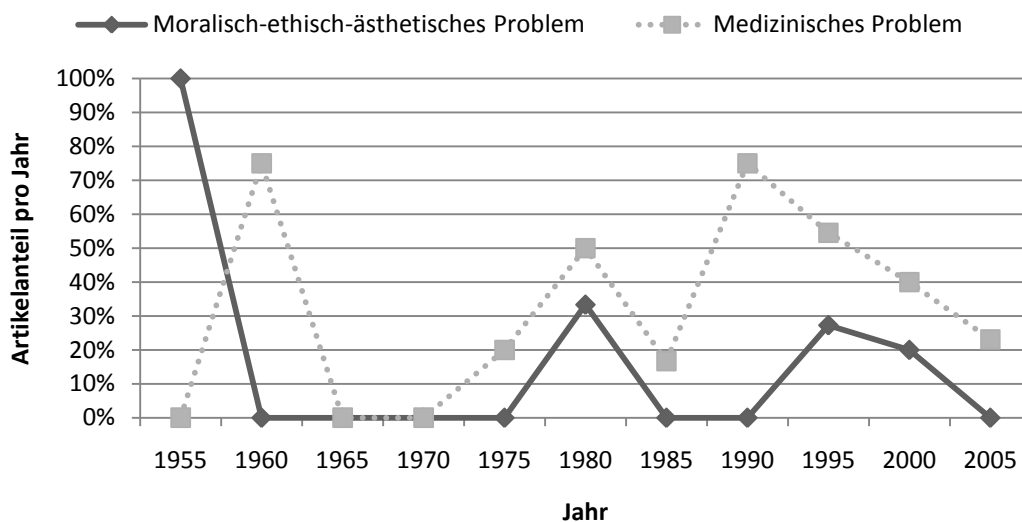
Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Da nach der Medizinalisierungstheorie (Conrad, 2007) moralisch-ethische, ästhetische oder politisch-gesellschaftliche Bezugsrahmen Alternativen zur medizinischen Definition bilden, werden diese Darstellungsmuster für das Thema Übergewicht nachfolgend ebenfalls überprüft. Weil sich die einzelnen Tageszeitungen wie in Hypothese 1) gezeigt in ihrer Darstellung wesentlich voneinander unterscheiden können, wird der Vergleich zwischen der medizinischen Definition von Übergewicht als Vorstufe zu Krankheit oder Krankheit und den alternativen Darstellungsmustern als moralisch-ethisches oder ästhetisches Problem für die NZZ, den TA und den Blick sowohl einzeln als auch summarisch für alle drei Zeitungen vorgenommen.

In der NZZ zeigt sich eine nahezu parallele Entwicklung der medizinischen sowie der alternativen Bezugsrahmen, wobei die medizinische Darstellung die moralisch-ethisch-ästhetische jeweils um 20% bis mehr als 50% übersteigt und anfangs der 1990er Jahre einen Gesamtanteil von fast 80% erreicht.

Grafik 14. Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem in der NZZ

Jährlicher Anteil an Artikeln in %

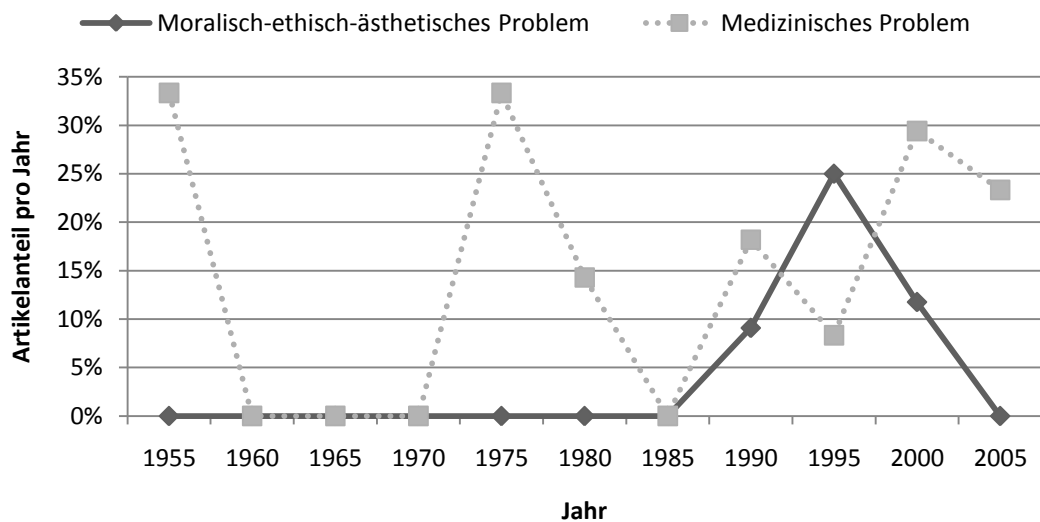


Basis: Auswertung von 80 NZZ-Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Im TA übersteigt der Anteil an medizinisch definierten Beiträgen nach 1955 (im Jahr 1955 ist die Beitragszahl zu niedrig, um statistisch relevante Aussagen machen zu können) nie den Wert von einem Drittel, der 1975 erreicht worden ist. Im Allgemeinen präsentiert sich die Darstellung von Übergewicht als Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit als sehr sprunghaft und unstetig, ohne zu dominieren. Eine Festigung der medizinischen Präsentation zeichnet sich erst seit dem Jahr 2000 ab. In den Jahren 2000 und 2005 lag der Anteil des medizinischen Bezugsrahmens im TA zum ersten Mal in Folge jeweils über 20%.

Grafik 15. Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem im TA

Jährlicher Anteil an Artikeln in %

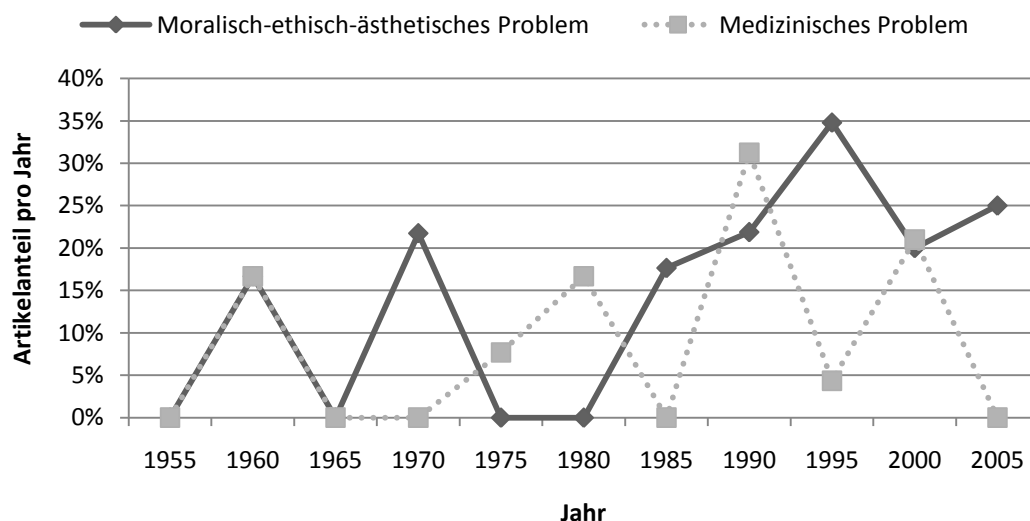


Basis: Auswertung von 90 TA-Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Für den Blick ist und bleibt Übergewicht ein eher nichtmedizinisches Problem. Der moralisch-ethisch-ästhetischen Betrachtung wird tendenziell mehr Platz eingeräumt als der medizinischen. Diese Tendenz verstärkt sich in den letzten Jahren.

Grafik 16. Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem im Blick

Jährlicher Anteil an Artikeln in %

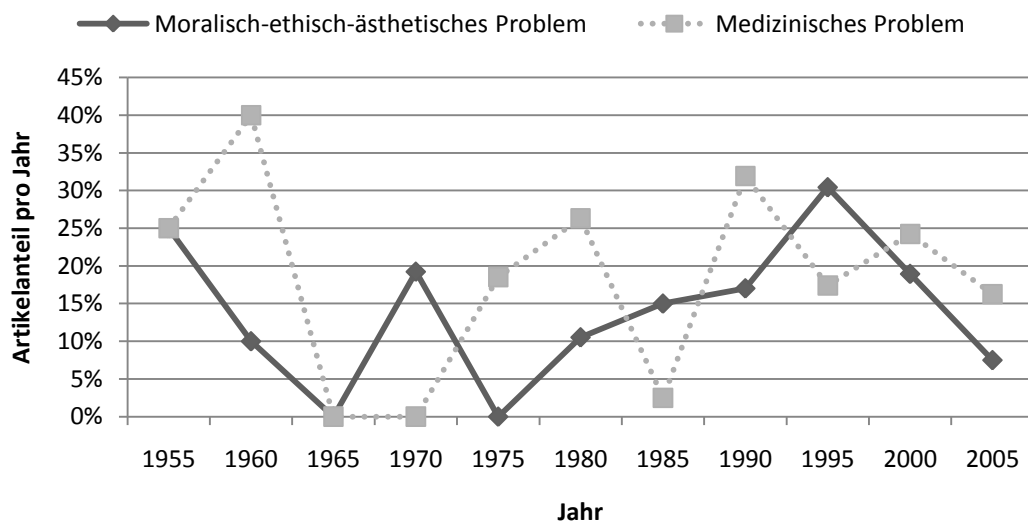


Basis: Auswertung von 263 Blick-Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Der Verlauf des Themas Übergewicht als medizinisches Problem gleicht sich in allen drei Zeitungen insofern, als bei allen Zeitungen zwei Darstellungshöhepunkte feststellbar sind: einer Anfangs der 1980er Jahre, ein zweiter zwischen Anfang und Mitte der 1990er Jahre. Die Entwicklung der moralisch-ethisch-ästhetischen Themendarstellung ist bei allen drei Zeitungen, obschon nicht ganz so eindeutig, so doch vergleichbar mit der Entwicklung der medizinischen Darstellung. Hingegen löst sich bei der NZZ die medizinische Darstellung im Verlauf der Zeit von alternativen Blickwinkeln ab und nimmt zu, während das medizinische Interesse bei TA und Blick auf gleichbleibendem Niveau verharrt. Bei der NZZ überwiegt die Übergewichtsdarstellung als Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit deutlich und diese Tendenz verstärkt sich im Verlauf der Jahre. Für den TA und den Blick verstärkt sich das Interesse am Thema Übergewicht allgemein über die Zeit. Eine Dominanz des medizinischen im Vergleich zu moralisch-ethischen oder ästhetischen Bezugsrahmen ist jedoch nicht feststellbar.

Grafik 17. Übergewicht als moralisch-ethisch-ästhetisches versus medizinisches Problem in allen Zeitungen

Jährlicher Anteil an Artikeln in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Nach dieser Analyse von Übergewicht als medizinischem Problem sollen nachfolgend die alternativen Bezugsrahmen detaillierter betrachtet werden, nämlich Übergewicht als moralisch-ethisches Problem, Übergewicht als ästhetisches Problem und Übergewicht als politisch-gesellschaftliches Problem.

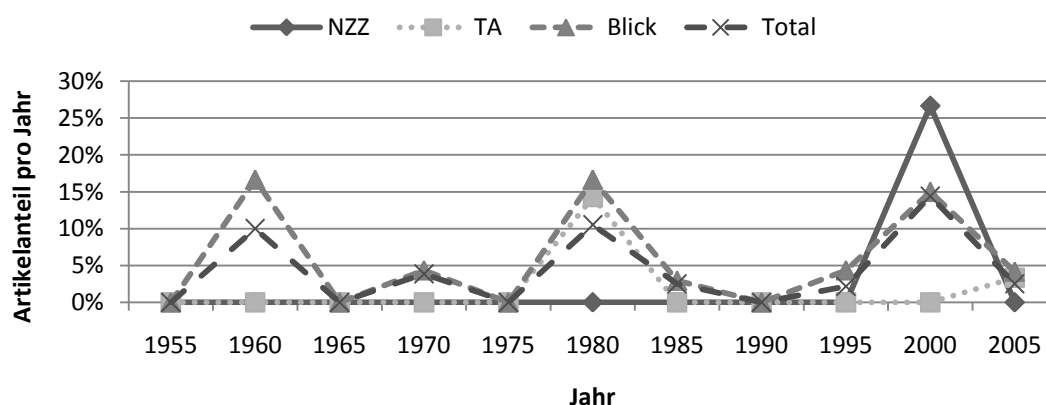
Übergewicht als moralisch-ethisches Problem

Die Untersuchung nach moralisch-ethischen Gesichtspunkten basiert auf den Aussagen: „Menschen haben ein Recht dazu, übergewichtig zu sein“ bzw. „Menschen haben kein Recht dazu, übergewichtig zu sein“ und: „es ist unethisch / unmoralisch, Übergewicht zu haben“ bzw. „Übergewicht zu haben ist nicht unethisch / unmoralisch – ist keine Frage der Ethik oder der Moral“. Die Analyse ergibt für das Thema Übergewicht in den total 433 untersuchten Beiträgen der 3 Tageszeitungen 3 Beiträge, die Übergewicht als unethisch verurteilen und 4 Beiträge, die den Individuen das Recht auf Übergewicht expli-

zit absprechen. 6 Beiträge aus dem Jahr 2000 (2 davon in der NZZ, 4 im Blick) statuieren explizit, dass Übergewicht nicht unethisch sei und 27 statuieren explizit das Recht jedes Einzelnen zu Übergewicht. Sämtliche Beiträge die festhalten, dass es nicht unethisch/unmoralisch sei, Übergewicht zu haben, sagen gleichzeitig, dass Menschen ein Recht dazu haben, übergewichtig zu sein. Im TA sind moralische-ethische Betrachtungen kein Thema. Vertiefte Auswertungen zum moralisch-ethischen Bezugsrahmen sind aufgrund der geringen Anzahl von Daten statistisch nicht signifikant. Der Themenverlauf zeigt jedoch, dass das Thema Übergewicht in der Deutschschweiz - im zeitlichen Ablauf parallel zur Medizinalisierung – gerade auch in jüngster Zeit tendenziell zunehmend in einen moralisch-ethischen Rahmen gestellt wird. Dabei kommt es jedoch praktisch nie vor (in 2 Beiträgen), dass Übergewicht im gleichen Beitrag gleichzeitig als medizinisches und als moralisch-ethisches Problem definiert wird. Auch wenn die moralisch-ethische Ausprägung schwächer ist als die Medizinalisierungstendenz, ist der Befund der sich parallel entwickelnden Bezugsrahmen u.a. ein Indiz dafür, dass das Thema Übergewicht in den untersuchten Medien höchstens teil- und nicht total-medizinalisiert sein kann.

Grafik 18. Artikel, die Übergewicht als nicht unethisch darstellen oder explizit ein Recht zu Übergewicht statuieren

Jährlicher Anteil in %.



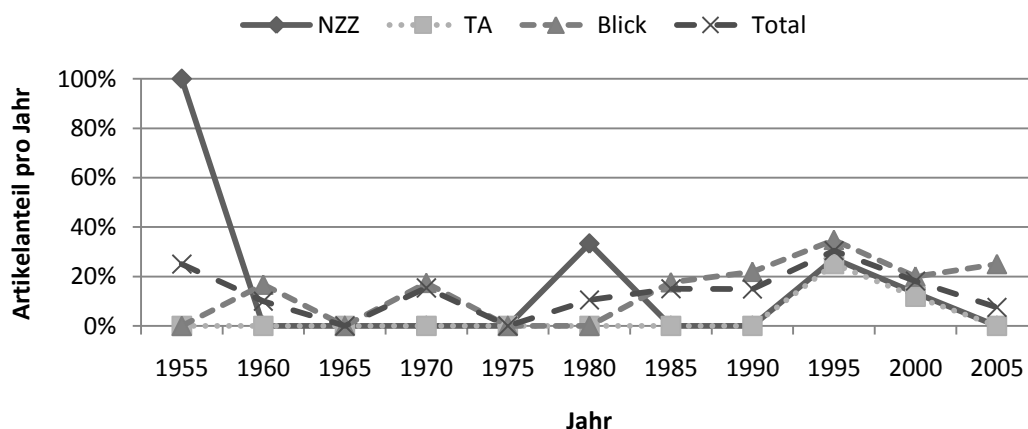
Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Übergewicht als ästhetisches Problem

Ist Übergewicht ein ästhetisches Problem? Was den ästhetischen Bezugsrahmen anbelangt, so wird Übergewicht in insgesamt 65 Zeitungstexten als Schönheitsmanko definiert (Aussage: Übergewicht ist ein ästhetisches Problem). Im Blick machen diese Beiträge 20% aller Artikel aus, in der NZZ 10% und im TA 6%. Für den Blick verläuft die zeitliche Verteilung der schönheitsbezogenen Artikel seit 1955 in relativ regelmässigen Wellen, in der NZZ findet sich der ästhetische Bezugsrahmen vor allem in den Jahren 1980 und 1995 und im Tages-Anzeiger im Jahr 1995. Der im Jahr 1995 für alle drei Zeitungen übereinstimmende Höhepunkt des ästhetischen Bezugsrahmens geht bei der NZZ einher mit einem verstärkten Bezug von Übergewicht als Risikofaktor für Krankheit.

Grafik 19. Artikel, die Übergewicht als ästhetisches Problem darstellen

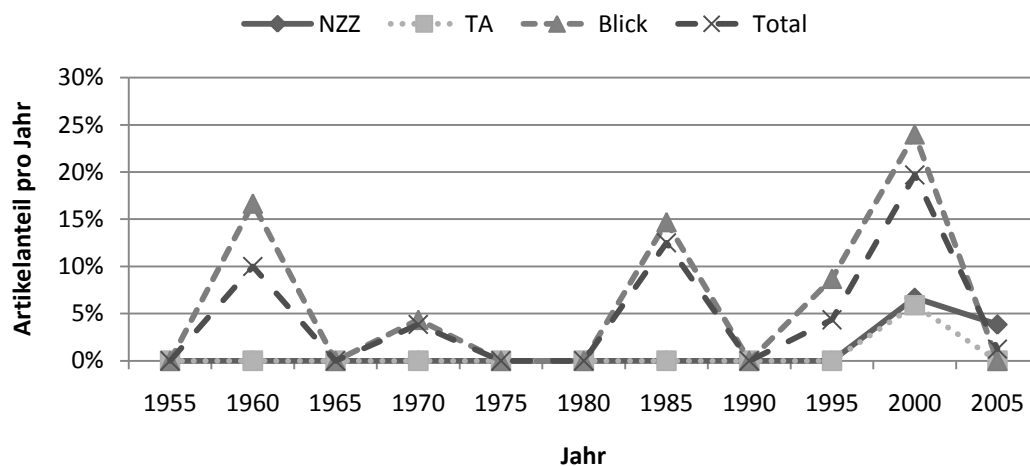
Jährlicher Anteil in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Die Auswertung nach dem Gegenteil, d.h. nach der expliziten Aussage, dass Übergewicht kein ästhetisches Problem darstelle, ergibt 36 Artikel, wovon 13% im Blick erschienen sind, 3% in der NZZ und 1% im TA. Dabei entspricht die Artikelverteilung über die Zeit in etwa der Distribution der Artikel, die Übergewicht als ästhetisches Problem klassifizieren.

Grafik 20. Artikel, die explizit aussagen, dass Übergewicht kein ästhetisches Problem darstelle
 Jährlicher Anteil in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Kreuzt man die Problemdefinitionen *medizinisches Problem* (Vorstufe für Krankheit und Krankheit) und *ästhetisches Problem* miteinander, zeigt sich, dass die NZZ in rund 9% ihrer Übergewichtsartikel beide Argumente anspricht, der Blick in 5% und der Tages-Anzeiger in 2%. Insgesamt werden Gesundheits- und Schönheitsbezüge durchschnittlich in 5% der gesamten 433 Beiträge kombiniert.

Übergewicht als politisch-gesellschaftliches Problem

Übergewicht wird in den drei untersuchten Tageszeitungen kaum als ein politisches / gesellschaftliches Problem definiert (Aussage: Übergewicht ist ein politisch-gesellschaftliches Problem). Insgesamt erwähnen nur 10 der total 433 analysierten Artikel, dass Übergewicht ein politisches / gesellschaftliches Problem darstelle, 2 Artikel negieren diese Aussage explizit. Die 10 Beiträge, die Übergewicht in einen politisch / gesellschaftlichen Rahmen stellen, sind gleichmässig verteilt auf die drei Tageszeitungen (3 NZZ, 4 TA, 3 Blick).

Schlussfolgerung zu Hypothese 2a)

Aus den dargestellten Resultaten geht hervor, dass der Blick das Thema Übergewicht vor allem aus dem Blickwinkel der Schönheit betrachtet. In der Boulevardzeitung interessiert vorwiegend die Frage, ob Übergewicht aus ästhetischer Sicht ein Problem darstelle oder im Gegenteil kein Problem darstelle. In der NZZ hingegen wird Übergewicht vor allem in den letzten Jahren hauptsächlich in einen gesundheitlichen Bezugsrahmen gesetzt. In der Elitezeitung liest man vor allem, dass Übergewicht die Vorstufe zu einer Krankheit oder eine Krankheit darstelle. Der Tages-Anzeiger steht zwischen diesen beiden Extrempositionen, allerdings mit einer leichten Tendenz Richtung gesundheitlicher Betrachtung.

In 7 Beiträgen wird Übergewicht sowohl als Krankheitsrisiko als auch als Krankheit dargestellt, in 84 Beiträgen entweder als Krankheitsrisiko oder Krankheit. Damit hat ein Leser aller drei Zeitungen die Chance, durchschnittlich in jedem fünften Übergewichtsbeitrag auf eine gesundheitlich dominierte Übergewichtsdefinition zu stossen. Bezogen auf Hypothese 2a) *Übergewicht wird als medizinisches Problem definiert. In der Regel wird es als Risikofaktor / Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit dargestellt* bedeutet das, dass Übergewicht in jedem fünften Beitrag als medizinisches Problem definiert wird. Die Daten lassen darauf schliessen, dass die Medizinalisierung von Übergewicht in den drei untersuchten Zeitungen mit der Aussage, dass Übergewicht Risiko für oder eine Krankheit sei, ca. ab Anfang der 1980er Jahre eingesetzt hat. Ab diesem Zeitpunkt war die Aussage in jedem dritten NZZ-, in jedem fünften TA- und in jedem siebten Blick-Beitrag zum Thema Übergewicht zu lesen. Im Blick ist die Gleichsetzung von Übergewicht mit Krankheit vermutlich v.a. deshalb nicht zu finden, weil dieser Bezug nicht zum Boulevardstil passt. Die alternativen Bezugsrahmen zu medizinisch sind ästhetische sowie ethisch-moralische Definitionen von Übergewicht. Ein politisch-gesellschaftlicher Bezugsrahmen, z.B. im Sinn von Regulierung oder Kostenüberlegungen, findet man kaum in den Beiträgen (in total 10 Artikeln). Während Übergewicht in der NZZ ein Gesundheitsthema darstellt, ist es im Blick ein ästhetisches Thema. Der Ta-

ges-Anzeiger steht zwischen den beiden Extremen NZZ und Blick, jedoch mit leichter Neigung zum Gesundheitsbezug. Vor allem seit dem Jahr 2000 beginnen alle drei Zeitungen, Übergewicht zunehmend auch unter einem moralisch-ethischen Gesichtspunkt darzustellen: in rund 10% der Beiträge wird Übergewicht als nicht unethisch / unethisch bezeichnet und dem Individuum das Recht auf erhöhtes Körpergewicht explizit zu- oder abgesprochen.

Die untersuchten Daten zeigen, dass das Thema Übergewicht mindestens teilweise und vor allem in der NZZ und im Tages-Anzeiger seit dem Beginn der 1980er Jahre tendenziell medizinisiert worden ist. Dabei wird Übergewicht zunehmend als Vorstufe für oder als Krankheit dargestellt. Die medizinische Definition von Übergewicht kann jedoch bis 2005 in keiner der untersuchten Zeitungen als allein vorherrschend bezeichnet werden. Die Daten suggerieren, dass Übergewicht in den Deutschschweizer Zeitungen ein teilmedizinisiertes Thema darstellt, das sich den Bezugsrahmen mit einer ästhetischen und, vor allem in jüngster Zeit, einer moralisch-ethischen Darstellungsweise teilt.

Hypothese 2b:

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht in einen medizinisch-wissenschaftlichen Definitionsrahmen gestellt wird, werden im Beitrag medizinisch qualifizierte Experten zitiert.

Bezogen auf die 84 Beiträge, die Übergewicht in einen medizinischen Bezugsrahmen setzen, werden in 75% der Tages-Anzeiger-, in 72% der NZZ- und in 57% der Blick-Beiträge Äusserungen von medizinisch qualifizierten Dritten zitiert. Damit stützen sich die NZZ und der TA in ihren medizinisierten Beiträgen stärker als der Blick auf medizinische Fachpersonen ab. Zu den am häufigsten zitierten Experten gehören bei der NZZ Ärzte (52%) und andere Wissenschaftler (55%). Beim TA verteilen sich die Experten relativ gleichmässig auf Ärzte (25%), andere Wissenschaftler (35%), Bundesamt für Ge-

sundheit (20%), WHO (15%) und weitere Schweizer Gesundheitsinstitutionen (15%). Der Blick zitiert ausschliesslich Ärzte (40%) und andere Wissenschaftler (20%).

Schlussfolgerung zu Hypothese 2b)

In der NZZ und im Tages-Anzeiger werden in drei Vierteln aller medizinisch definierten Beiträge, d.h. aller Beiträge, in denen Übergewicht als Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit definiert ist, medizinisch qualifizierte Experten zitiert. Diese medizinischen Fachpersonen sind vor allem Ärzte oder andere Wissenschaftler. Beim Blick beläuft sich der Anteil an referierten Drittpersonen auf knapp 60%, beim TA und der NZZ beträgt er über 70%. Damit wird Hypothese 2b) *In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht in einen medizinisch-wissenschaftlichen Definitionsrahmen gestellt wird, werden im Beitrag medizinisch qualifizierte Experten zitiert* zwar nicht so kategorisch, aber dennoch – v.a. bei NZZ und TA - tendenziell bestätigt. Wenn das Thema Übergewicht in einen medizinisch-wissenschaftlichen Definitionsrahmen gestellt wird, werden im Beitrag bei allen drei Zeitungen in der Mehrheit der Fälle qualifizierte Experten zitiert.

Hypothese 2c:

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Folgen als medizinisch-gesundheitlich (im Gegensatz zu ästhetisch und gesellschaftlich) beschrieben.

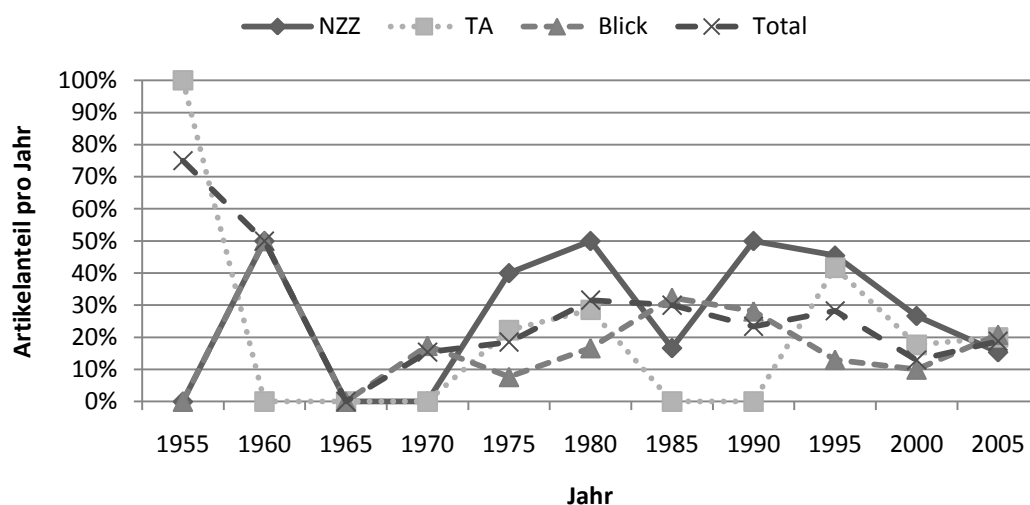
Von den insgesamt 433 untersuchten Beiträgen zum Thema Übergewicht halten 91 Artikel (21%) fest, Übergewicht habe medizinisch / gesundheitlich negative Folgen wie beispielsweise physische und psychische Beeinträchtigungen, Tod, Stigmatisierung usw. In 43 Beiträgen (10%) findet sich die Aussage, dass Übergewicht ästhetisch negative Folgen habe für Aussehen, Schönheitsideal, Kleiderwahl, Partnerwahl etc. 16 Beiträge machen die Aussage, dass Übergewicht gesellschaftlich negative Folgen habe, z.B. steigende Kosten, mehr Regulierung usw.

Gesundheitliche Folgen

Dieser Befund bedeutet, dass gesundheitliche Probleme (d.h. physische und psychische Beeinträchtigungen) als Folge von Übergewicht mehr als doppelt so häufig erwähnt werden wie ästhetische Probleme und 6 mal so oft wie gesellschaftliche Folgen. Oder anders gesagt trifft ein Leser aller drei Zeitungen durchschnittlich in jedem fünften Übergewichtsbeitrag auf einen Hinweis, der die gesundheitlichen Folgen von erhöhtem Gewicht beschreibt, aber nur in jedem zehnten Beitrag auf Informationen, die ästhetische und nur in jedem siebenundzwanzigsten Beitrag auf Informationen, die gesellschaftliche Folgen beschreiben. Auf der Ebene der einzelnen Zeitungen betrachtet hat die NZZ mit 29%, den höchsten Anteil an Beiträgen, die die Folgen als medizinisch beschreiben. Der TA hat einen Anteil von 23% und der Blick von 18%. Über die Zeit betrachtet zeigen sich keine signifikanten Veränderungen beim Anteil der Beiträge mit Erwähnung der medizinisch-gesundheitlichen Folgen; seit 1975 liegt ihr Gesamtanteil konstant bei rund 25%.

Grafik 21. Artikel die statuieren, dass Übergewicht medizinische und gesundheitliche Folgen habe

Jährlicher Anteil in %

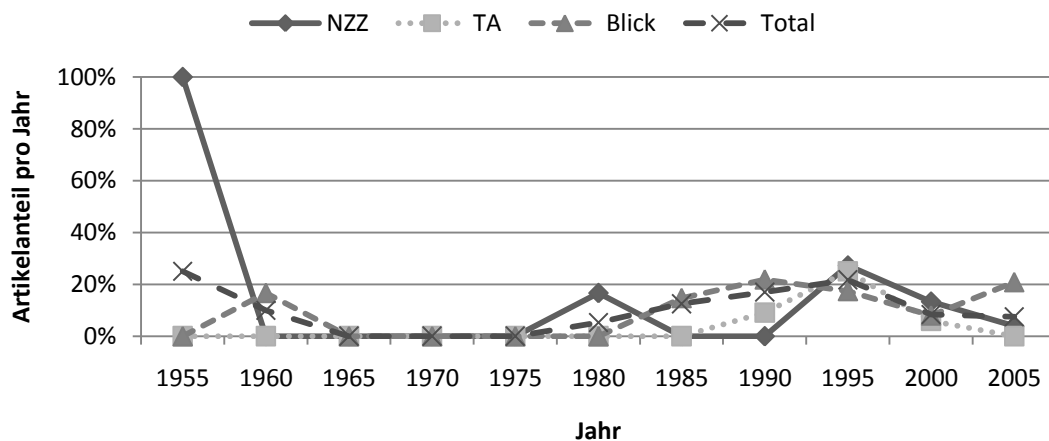


Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Ästhetische Folgen

Betrachtet man die Beiträge, welche die Folgen als ästhetisches Problem beschreiben, zeigen sich geringere Unterschiede zwischen dem Blick mit 11%, der NZZ mit 10% und dem TA mit 6% als bei der medizinischen Darstellung. Die Betrachtung über den gesamten Zeitraum zeigt ebenfalls keine signifikanten Ausschläge.

Grafik 22. Artikel die statuieren, dass Übergewicht ästhetische Folgen habe
Jährlicher Anteil in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Bei der Kreuzung von medizinischen Folgen mit ästhetischen Folgen wird ersichtlich, dass 6% der Artikel gleichzeitig beide Folgen zitieren. 15% der Beiträge zitieren nur medizinische und 4% nur ästhetische Folgen.

Gesellschaftliche Folgen

Bei den gesellschaftlichen Folgen unterscheidet sich der Blick mit einem Anteil von 1% deutlich vom TA mit 9% und der NZZ mit 8%. Eine vertiefende Analyse ist aufgrund der zu geringen Datenmenge jedoch nicht durchführbar.

Schlussfolgerung zu Hypothese 2c)

Gesundheitliche Folgen von Übergewicht werden in mehr als doppelt so vielen Beiträgen thematisiert wie ästhetische Folgen und in sechs Mal so vielen Beiträgen wie gesellschaftliche Folgen. Der Befund, dass medizinische Folgen häufiger erwähnt werden als ästhetische und gesellschaftliche Folgen, gilt für alle drei Zeitungen übereinstimmend. Somit kann Hypothese 2c) *In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Folgen als medizinisch-gesundheitlich (im Gegensatz zu ästhetisch und gesellschaftlich) beschrieben* zwar nicht in dieser absoluten Formulierung, jedoch tendenziell bestätigt werden. In der NZZ und im TA werden drei bis viermal häufiger medizinische als ästhetische Folgen genannt, im Blick beläuft sich das Verhältnis im Durchschnitt auf den knapp doppelten Anteil an medizinischen Folgen. Diese Erkenntnisse unterliegen auch im Zeitverlauf kaum Schwankungen. Aus diesen Resultaten geht hervor, dass in einer Mehrheit der Fälle, wo das Thema Übergewicht angesprochen wird, die Folgen als medizinisch-gesundheitlich (im Gegensatz zu ästhetisch und gesellschaftlich) beschrieben werden. Daraus lässt sich schliessen, dass die Folgen von Übergewicht in den Medien weitgehend medizinalisiert sind. Weil die medizinalisierten Folgen durch die Co-Präsenz von ästhetischen und – in geringem Masse in der NZZ und dem TA - gesellschaftlichen Folgen in den Beiträgen nicht 100% ausmachen, kann man nicht von einer Totalmedizinalisierung der Übergewichtsfolgen sprechen. Die Teilmedizinalisierung der Folgen kann jedoch als stark ausgeprägt bezeichnet werden.

Hypothese 2d:

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Ursachen als individuell nicht beeinflussbar beschrieben und das Individuum wird von der Verantwortung entlastet.

Nicht beeinflussbare Ursachen

Tendenziell führt die Medizinalisierung eines Themas dazu, dass die Ursachen Umständen zugeschrieben werden, die ausserhalb der Beeinflussbarkeit des Einzelnen liegen (davon ausgenommen sind Kampagnen, die hier jedoch nicht Gegenstand der Betrachtung bilden). Darunter fallen beim Thema Übergewicht beispielsweise medizinische Diagnosen wie Gendefekte, Stoffwechselstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtprobleme, Nebenwirkungen von Medikamenten und andere. Die nicht beeinflussbaren stehen im Gegensatz zu persönlich beeinflussbaren Ursachen wie falsche Ernährungsgewohnheiten, mangelnde Bewegung, Disziplinlosigkeit usw. Gesamthaft betrachtet werden Ursachen in einem Drittel (Blick) bis fast der Hälfte (NZZ, TA) aller Zeitungsbeiträge angesprochen. Die intermediären Unterschiede liegen in der Bewertung der Beeinflussbarkeit der Ursachen. Die Darstellungen im Tages-Anzeiger (14% nicht persönlich beeinflussbar zu 8% persönlich beeinflussbar) und im Blick (6% nicht persönlich beeinflussbar zu 5% persönlich beeinflussbar) privilegieren eher explizite Aussagen, wonach nicht persönlich beeinflussbare Ursachen verantwortlich sind für Übergewicht. Im Gegensatz dazu dominieren in der NZZ Darstellungen, die die Ursachen von Übergewicht für persönlich beeinflussbar halten (16% persönlich beeinflussbar zu 13% nicht persönlich beeinflussbar).

Tabelle 18. Ursachen und deren Beeinflussbarkeit

Anteil nach Zeitung in %

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %	Total (n=433) %
Anteil Beiträge zum Thema Ursachen	49	43	33	38
Ursachen nicht persönlich beeinflussbar	13	14	6	9
Ursachen persönlich beeinflussbar	16	8	5	8

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Betrachtet man die angeführten Ursachen für Übergewicht genauer, zeichnet sich bei allen drei Medien eine Dominanz der falschen Ernährung ab: ein Viertel bis ein Drittel aller Beiträge prangern das Essen an – zu viel, zu fettig, zu süß, industriell usw. - als Hauptverursacher von Übergewicht. An zweiter Stelle stehen bei allen Zeitungen gesellschaftliche Ursachen (Wohlstand, hohe Nahrungsmittelverfügbarkeit, Werbung, Zivilisation, Kapitalismus, Familienrollen und -strukturen, Vorbilder etc.) und an dritter Stelle steht Bewegungsmangel.

Tabelle 19. Dominierende Ursachen von Übergewicht

Anteil nach Zeitung in %

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %	Total (n=433) %
Falsche Ernährung	31	27	25	26
Mangelnde Bewegung	13	10	3	6
Gesellschaftliche Ursachen	16	18	5	9

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Über die gesamte Messperiode gesehen lässt sich für keine der drei Ursachen (falsche Ernährung, mangelnde Bewegung, gesellschaftliche Ursache) ein Trend, bzw. eine Trendverschiebung feststellen.

Individuum nicht verantwortlich

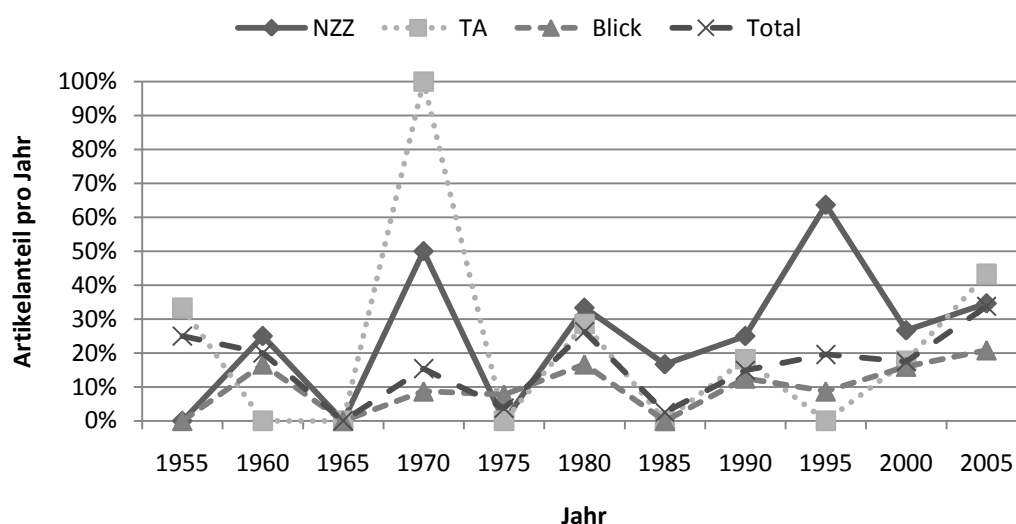
Ein medizinalisierter Zustand verringert tendenziell die Lösungsverantwortung des Einzelnen. Die Erwartungen an das Individuum, sein eigenes Übergewicht zu bekämpfen, vorzubeugen oder zu verhindern sinkt. Stattdessen werden Lösungen von aussen propagiert, zum Beispiel aus der Medizin, von der Gesellschaft, der Politik oder der Industrie. Die Lösungsverantwortung wird bei der Medizinalisierung eines Zustandes also zunehmend externen Experten wie zum Beispiel Ärzten oder Psychiatern, Behörden oder Politikern zugeschrieben.

Die Analyse von NZZ, TA und Blick ergibt im Hinblick auf die Lösungsverantwortung in den letzten Jahren tendenziell eine leichte Zunahme der Aussage, dass die Verantwortung für die Übergewichtsbeseitigung nicht beim Individuum liege. Dieses Resultat basiert auf den nachfolgend codierten Aussagen: Übergewicht muss nicht von jedem einzelnen individuell bekämpft bzw. vorgebeugt verhindert werden; Übergewicht muss von aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie etc.) bekämpft, bzw. verhindert werden; medizinische Mittel (Medikamente, Operationen etc.) bzw. gesellschaftliche Veränderungen (Werbeverbote, Freiräume etc.) sind eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht.

Über den gesamten Zeitraum gesehen verläuft die Darstellung abgesehen von einem Ausreisser des TA im Jahr 1970 in relativ regelmässigen Wellen. Durchschnittlich statuieren 20-30% aller Zeitungsbeiträge, dass das Individuum nicht verantwortlich sei für die Beseitigung seines Übergewichts. Im Durchschnitt entlastet die NZZ das Individuum in einem Drittel ihrer Beiträge von der Verantwortung, beim TA macht dieser Anteil rund einen Viertel aus und im Blick einen Neuntel. Insgesamt deckt sich der Verlauf der Kurven zu *Lösungsverantwortung nicht individuell* annähernd mit dem Kurvenverlauf der Definition von *Übergewicht ist Risiko für eine Krankheit*.

Grafik 23. Artikel, welche die Verantwortung für die Übergewichtsbeseitigung nicht dem Individuum zuschreiben

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %



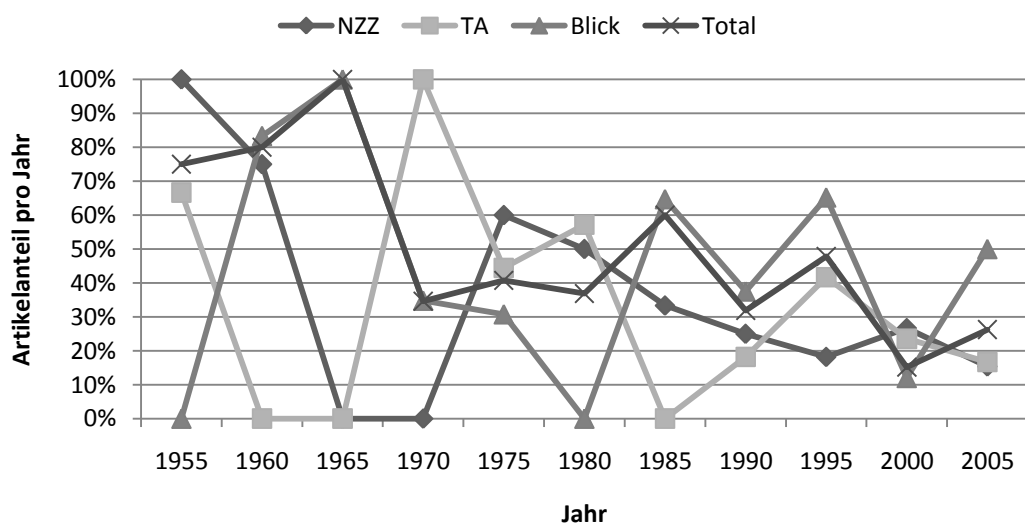
Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Die Abnahme der Zeitungsbeiträge, in denen das Individuum explizit verantwortlich gemacht wird für sein Übergewicht, verdeutlicht die tendenzielle Reduktion der individuellen Lösungsverantwortung. Dieses Resultat basiert auf der Auswertung der nachfolgenden Aussagen: Übergewicht muss von jedem einzelnen individuell vorgebeugt / verhindert, bzw. bekämpft werden; Übergewicht muss nicht von aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie etc.) verhindert, bzw. bekämpft werden; medizinische Mittel (Medikamente, Operationen etc.) sind keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht; gesellschaftliche Veränderungen (Werbeverbote, Freiräume etc.) sind keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht. Vom Anfang der Messperiode bis ca. 1965 wird der Einzelne in rund 80% aller Beiträge verantwortlich gemacht für sein Übergewicht. Anschliessend zeichnet sich eine laufende Abnahme der individuellen Verantwortungszuschreibung ab. Am Ende der Messperiode im Jahr 2005 wird dem Individuum durchschnittlich noch in 30% aller Beiträge die Verantwortung für die Beseitigung seines Übergewichts zugeschrieben. Was die Zuschreibung der Lösungsverantwortung anbelangt, sind die Unter-

schiede zwischen den einzelnen Zeitungen gering: die Entwicklung verläuft in allen drei Blätter nahezu parallel.

Grafik 24. Artikel, die die Verantwortung für die Übergewichtsbeseitigung explizit dem Individuum zuschreiben

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Schlussfolgerungen zu Hypothese 2d)

Die Aussage, dass die Ursachen für Übergewicht *persönlich nicht beeinflussbar* sind, findet sich durchschnittlich in fast jedem zehnten Zeitungsbeitrag, doppelt so oft in der NZZ und im TA wie im Blick. Vergleicht man diese Resultate mit den Aussagen, in denen die Ursachen als *persönlich beeinflussbar* dargestellt werden, zeigt sich der Blick mit einem nahezu gleichen Anteil an persönlich nicht beeinflussbaren und persönlich beeinflussbaren Ursachen ausgewogen bei der Darstellung der Ursachenbeeinflussbarkeit. Eine leichte Dominanz zu Gunsten nicht beeinflussbarer Ursachen findet im TA und die NZZ präsentiert leicht mehr Argumente, die Ursachen als persönlich beeinflussbar beschreiben. Statistisch gesehen sind bei der Mediendarstellung keine signifikanten Unterschiede zwischen Beiträgen auszumachen, die die Ursachen als *persönlich nicht beeinflussbar* und solchen, die sie als *persönlich beeinflussbar* beschreiben. Die einzige Differenz besteht darin, dass Stellungnahmen zur Beeinflussbarkeit von Übergewicht häufiger in der NZZ und dem TA als im Blick erfolgen. Der erste Teil von Hypothese 2d) *In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Ursachen als individuell nicht beeinflussbar beschrieben*, kann aufgrund der Resultate nicht bestätigt werden. Obschon die Ursachen von Übergewicht in zwei der drei untersuchten Zeitungen etwas häufiger als *nicht persönlich beeinflussbar* dargestellt werden, sind die Unterschiede nicht signifikant. Das Argument ist mit anderen Worten nicht dominant. Was den zweiten Teil von Hypothese 2d) *... und das Individuum [wird] von der Verantwortung entlastet* betrifft, so wird dem Individuum bei einem knappen Drittel aller Beiträge die Verantwortung explizit abgesprochen und bei einem guten Drittel explizit zugeschrieben. Ein weiteres Drittel der Beiträge enthält keine Aussagen zum Thema Verantwortung. Was die temporäre Entwicklung anbelangt, so ist im Verlauf der Zeit nur eine leichte Zunahme der Artikel zu beobachten, die dem Individuum keine persönliche Lösungsverantwortung zuschreiben. Etwas ausgeprägter ist die Reduktion der Anzahl Beiträge, die die Lösungsverantwortung explizit beim Individuum sehen. Aus der individuellen Entlastung von der Verantwortung über die Zeit lässt sich schliessen, dass im Ver-

lauf der Jahre eine leichte Medizinalisierung bei der Verantwortungszuschreibung stattgefunden hat. Diese Tendenz ist aber nicht dominant.

Hypothese 2e:

In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden medizinische Mittel als Lösungsansatz vorgeschlagen.

Die Medizinalisierungstheorie zeigt, dass bei einer Medizinalisierung von Themen zunehmend medizinische Lösungen zur Problembekämpfung vorgeschlagen werden. Die in der explorativen Vorstudie erhobenen Alternativen zu medizinischen Massnahmen wie Medikamente, Operationen etc. beinhalten Ernährungsumstellung/Diät, Bewegungssteigerung und gesellschaftliche Veränderungen wie Werbeverbote, Regulierung der Freiräume usw.

Die Gegenüberstellung der möglichen Massnahmen zeigt, dass Ernährungsumstellung/Diät von allen drei Tageszeitungen noch immer als wichtigste Massnahme zur Übergewichtsbekämpfung dargestellt wird, gefolgt von Bewegung. Bei der Präsentation dieser Massnahmen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Tageszeitungen. Die Massnahme ‚gesellschaftliche Veränderungen‘ wird vor allem vom TA portiert und kommt in der NZZ wenig und im Blick kaum vor.

Tabelle 20. Dargestellte Lösungsansätze

Anteil nach Zeitung in %

	NZZ (n=80) %	TA (n=90) %	Blick (n=263) %
Ernährungsumstellung/Diät	35	34	42
Ernährungsumstellung/Diät sind keine Lösungsansätze	10	4	7
Medizinische Mittel	11	6	8
Medizinische Mittel sind keine Lösungsansätze	10	4	3
Gesellschaftliche Veränderungen	5	13	1
Bewegung	19	19	17

Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Medizinische Mittel

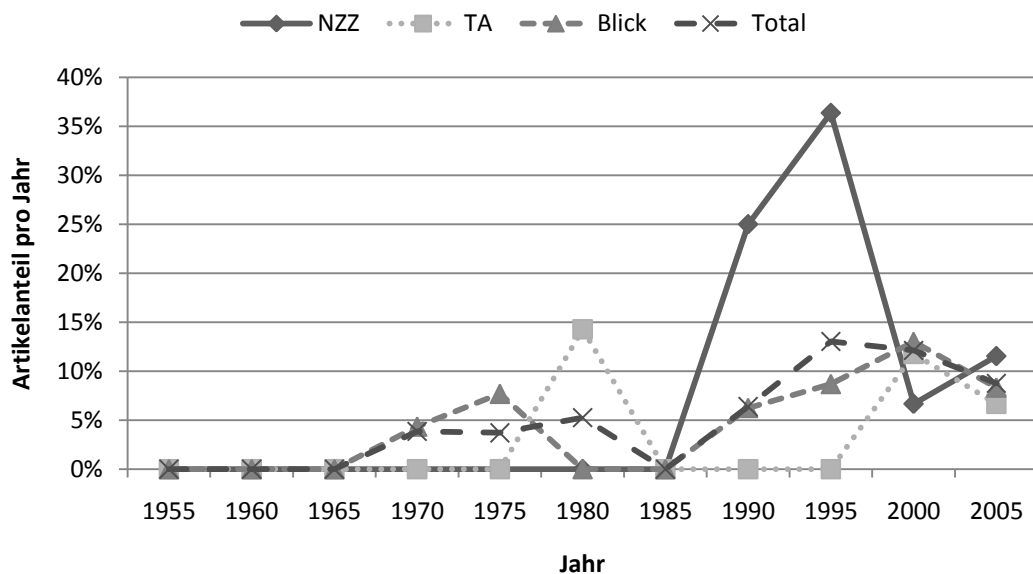
Medizinische Mittel wie z.B. Operationen (technologische Intervention), Medikamente, Therapien, Kuraufenthalte u.ä. werden in der NZZ in 11%, im Blick in 8% und im TA in 6% aller Übergewichtsbeiträge als möglicher Lösungsansatz explizit erwähnt. Dabei lassen sich sowohl im Zeitverlauf als auch zwischen den Medien Schwankungen feststellen. In der NZZ sind Beiträge mit medizinischen Mitteln als Lösungsansatz seit 1985 präsent; zwischen 1985 und 1995 stieg ihr Anteil von 0% auf über 35%, und sank im Jahr 2000 auf rund 6%. Seither sind medizinische Mittel wieder leicht im Steigen begriffen. Auch TA und Blick weisen im Bezug auf medizinische Mittel Diskontinuitäten auf, allerdings innerhalb einer geringeren Schwankungsbreite. Der TA verzeichnet in den Jahren 1980 und 2000 zwei Spitzen, die beide knapp unter einem Anteil von 15% liegen. Der Blick hingegen weist 1975 eine erste Spitze mit rund 7% auf und eine zweite von rund 13% im Jahr 2000.

Zu den Schlüsselereignissen in der sozialen Realität, welche die oben aufgezeigten Ausschläge bei den medizinischen Lösungsansätzen erklären können, zählt vor allem das Aufkommen von medikamentösen und operativen Therapien. In den USA entstand die

Disziplin der bariatrischen Medizin in den 1960er Jahren. In der Schweiz hingegen werden chirurgische Behandlungen gegen Übergewicht vermehrt seit Mitte der 1990er Jahre durchgeführt. Ebenfalls auf die 1990er Jahre geht die helvetische Markteinführung der in der Schweiz derzeit zugelassenen Schlankheitsspillen Reductil und Xenical zurück.

Grafik 25. Artikel, die medizinische Mittel explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %



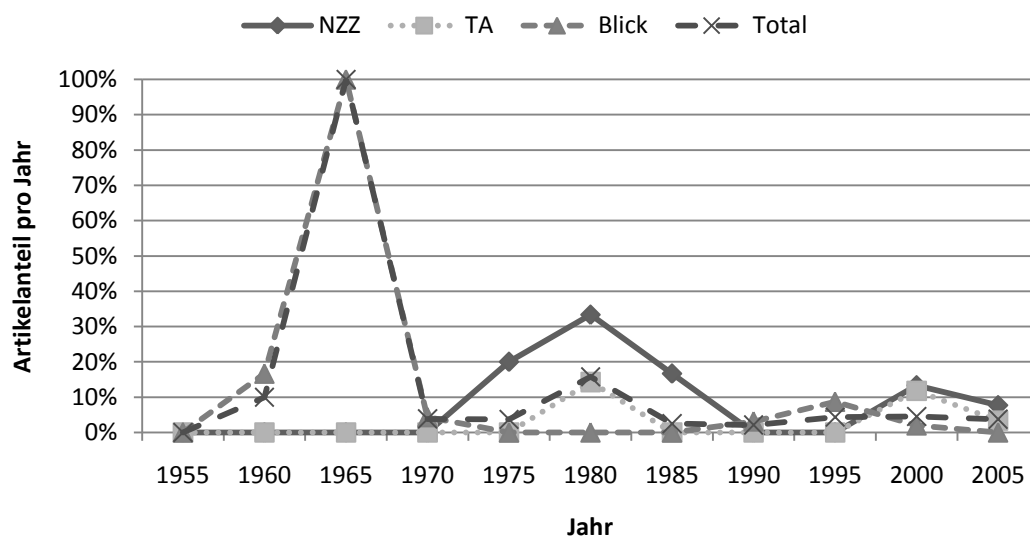
Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Bei der Entwicklung von Beiträgen, in denen medizinische Mittel als Lösung gegen Übergewicht explizit abgelehnt werden, weisen sowohl die NZZ wie auch der TA im Jahr 1980 eine Spitze auf, die bei der NZZ einen Anteil von gut 30% und beim TA einen Anteil von knapp 20% ausmacht. Durchschnittlich betrachtet werden medizinische Mittel als Massnahme gegen Übergewicht in 10% der NZZ-Beiträge, in 4% der TA-Beiträge

und in 3% der Blick-Beiträge abgelehnt. Sowohl ja als auch nein zum Einsatz medizinischer Mittel zur Gewichtsbekämpfung sagt nur ein Artikel.

Grafik 26. Artikel, die, medizinische Mittel als möglichen Lösungsansatz explizit ausschliessen

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

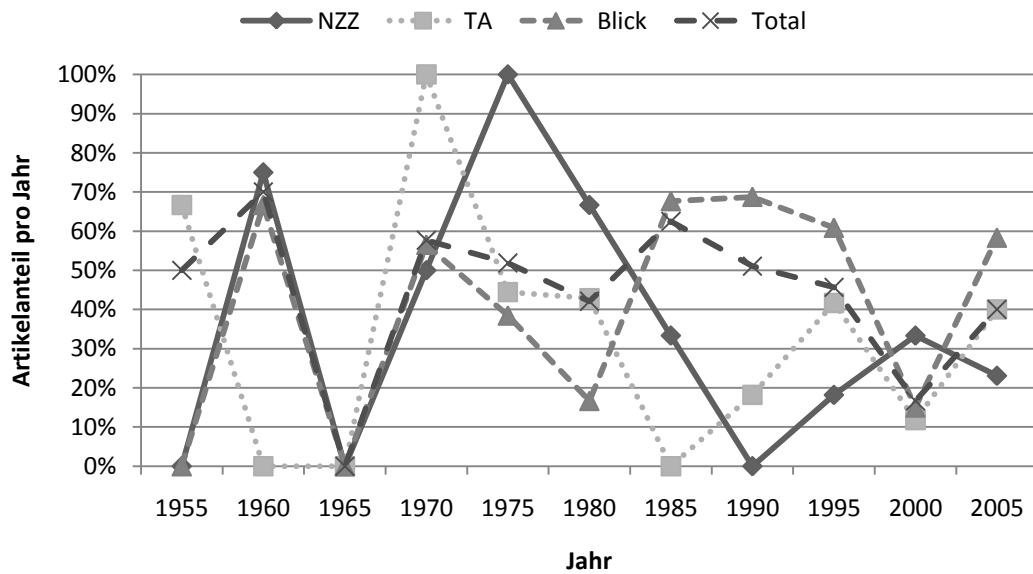
Vergleicht man den Verlauf der medizinischen Mittel mit den alternativen Lösungsansätzen Ernährungsumstellung/Diät, Bewegungssteigerung und gesellschaftliche Veränderungen, ergibt sich folgendes Bild:

Ernährungsumstellung / Diät

Die Beiträge, in denen Ernährungsumstellung/Diät explizit als Massnahme zur Übergewichtsbekämpfung vorgeschlagen werden, nehmen im Zeitverlauf bei allen drei Zeitungen relativ stark ab. Die Artikel, die Ernährungsumstellung/Diät als Übergewichtsbekämpfungsmassnahme explizit ablehnen sind im gleichen Zeitraum konstant geblieben.

Grafik 27. Artikel, die Ernährungsumstellung / Diät explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %



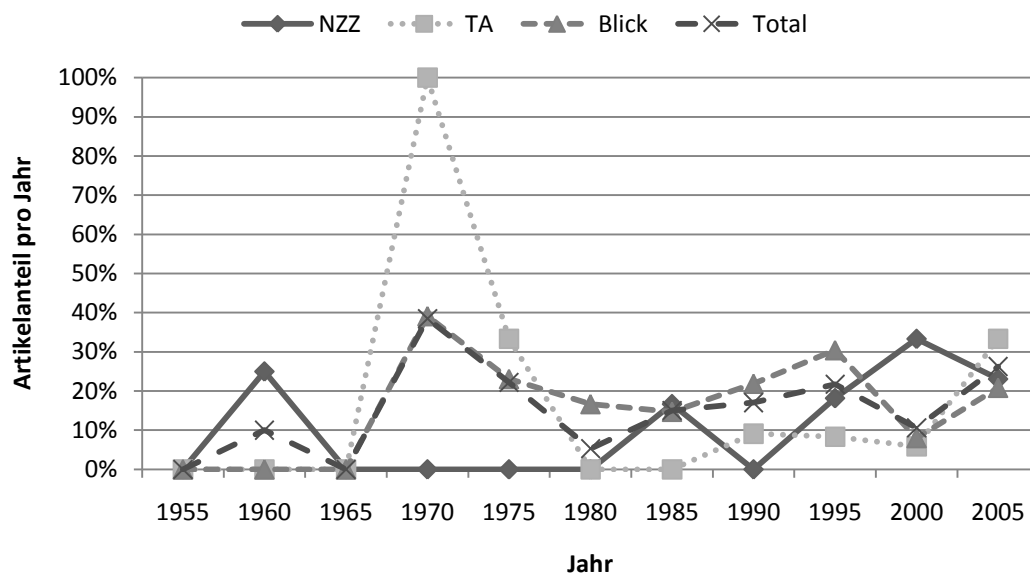
Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Bewegung

Was die gemäss Analyse zweitwichtigste Übergewichtsmassnahme, die Bewegung anbelangt, zeigt sich, dass der Kurvenverlauf, abgesehen von einem nicht interpretierbaren Ausreisser des TA um 1970 herum, bei allen Medien recht konstant verläuft.

Grafik 28. Artikel, die Bewegung explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %



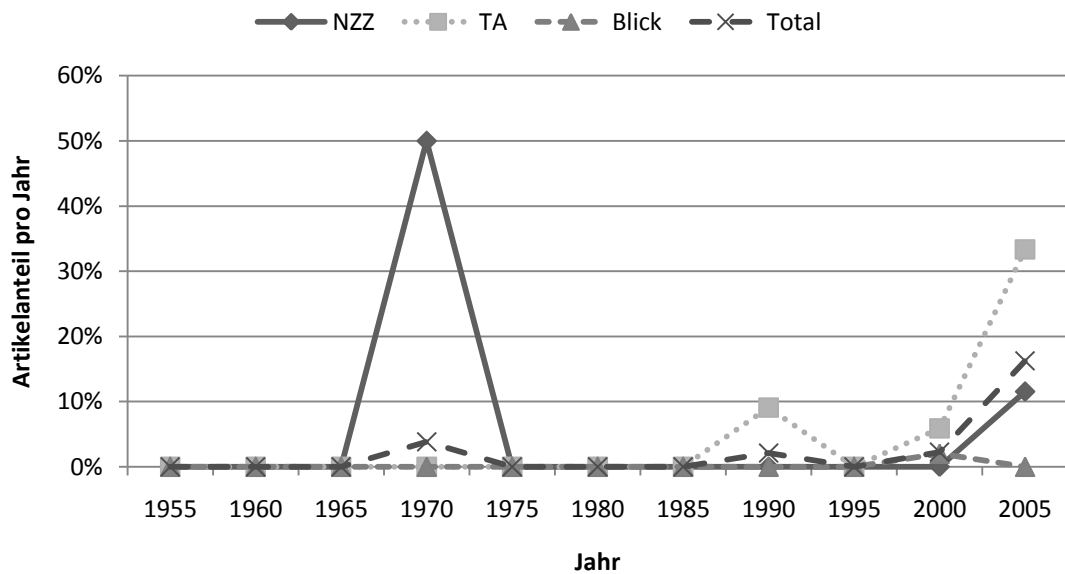
Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Gesellschaftliche Veränderungen

Gesellschaftliche Veränderungen werden vom TA und der NZZ erst seit dem Jahr 2000 als potentielle Massnahmen im Kampf gegen Übergewicht diskutiert. Im Blick kommen gesellschaftliche Veränderungen kaum zur Sprache. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass komplexere politische und gesellschaftliche Zusammenhänge vermittlungsbedingt bei der Gattung Boulevardjournalismus kaum Platz finden.

Grafik 29. Artikel, die gesellschaftliche Veränderungen explizit als möglichen Lösungsansatz präsentieren

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %

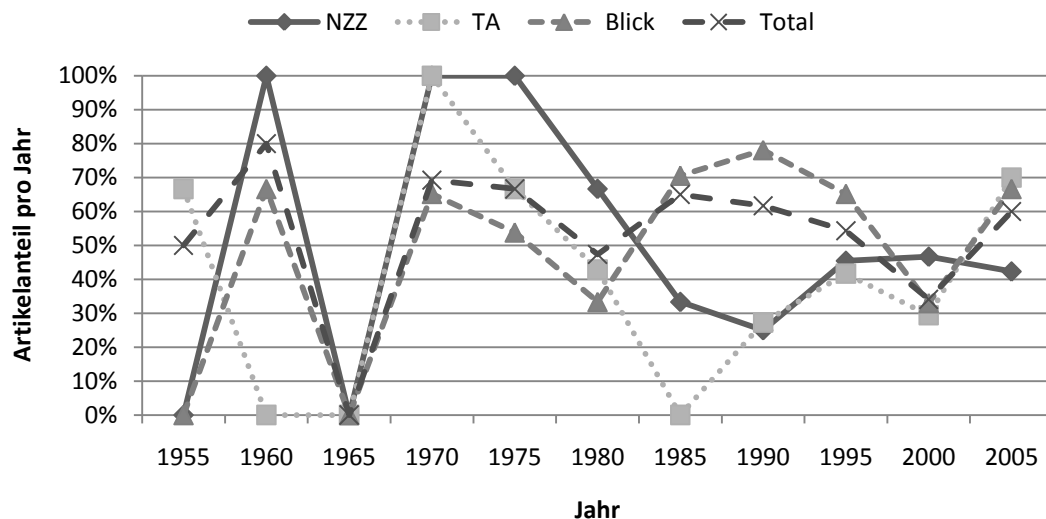


Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Bei der gemeinschaftlichen Betrachtung der Lösungsansätze medizinische Mittel, Ernährungsumstellung/Diät, gesellschaftliche Veränderungen und Bewegung fallen kaum Unterschiede zwischen den Medien auf. Der Kurvenverlauf für alle Massnahmen entspricht in etwa dem Verlauf von Ernährungsumstellung/Diät.

Grafik 30. Entwicklung aller Lösungsmassnahmen über die Zeit

Jährlicher Anteil nach Zeitung in %



Basis: Auswertung von 433 Zeitungsbeiträgen zum Thema Übergewicht.

Schlussfolgerung zu Hypothese 2e)

Hypothese 2e) *In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden medizinische Mittel als Lösungsansatz vorgeschlagen* kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden für die untersuchten Tageszeitungen. Ernährungsumstellung/Diät wird in allen drei Tageszeitungen noch immer als wichtigste Massnahme zur Übergewichtsbekämpfung dargestellt, gefolgt von Bewegung. Medizinische Mittel liegen an dritter Stelle, vor gesellschaftlichen Veränderungen. Relativ betrachtet steigt die Erwähnung von medizinischen Mitteln als Übergewichtsmassnahme über die Jahre bei allen Zeitungen in gleichem Masse. Im Gegensatz dazu sinkt die Anzahl von Beiträgen, in denen explizit zu Ernährungsumstellung/Diät geraten wird tendenziell. Geht man von medizinischen Mitteln als Indiz für eine Medizinalisierung der Lösungsansätze aus, zeigen die Daten, dass die Massnahmen gegen Übergewicht höchstens teil-medizinalisiert sind.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen zu Hypothese 2):

Hypothese 2) *Übergewicht ist ein Thema, das im Verlauf der Zeit medizinisiert wurde in der Deutschschweizer Presse, bzw. in den einzelnen Zeitungen* kann über den gesamten Zeitraum und alle Zeitungen hinweg betrachtet tendenziell bestätigt werden. Übergewicht wird seit 1975 vermehrt, aber nicht ausschliesslich als medizinisches Problem definiert und als Risikofaktor/Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit dargestellt. In diesem Sinn trifft Hypothese 2a) tendenziell zu; die Definition von Übergewicht kann seit 1975 als teilmedizinisiert bezeichnet werden. Im weiteren hat die Analyse gezeigt, dass für alle Zeitungen übereinstimmend in einer Mehrheit der Beiträge, in denen das Thema Übergewicht in einen medizinisch-wissenschaftlichen Definitionsrahmen gestellt wird, im Beitrag medizinisch qualifizierte Experten zitiert werden. Damit wird auch Hypothese 2b) tendenziell bestätigt. Was die Folgen anbelangt, so werden diese in einer Mehrheit der Beiträge als medizinisch-gesundheitlich beschrieben. In der NZZ und im TA sind drei bis viermal häufiger medizinische als ästhetische Folgen genannt, im Blick beläuft sich das Verhältnis auf 2:1. Damit kann Hypothese 2c) *In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Folgen als medizinisch-gesundheitlich (im Gegensatz zu ästhetisch und gesellschaftlich) beschrieben* zwar nicht in dieser absoluten Formulierung, jedoch tendenziell bestätigt werden. Die Folgen von Übergewicht sind in den Medien weitgehend medizinisiert. Weil die medizinisierten Folgen in den Zeitungen begleitet sind von ästhetischen und gesellschaftlichen Folgen, kann man nicht von einer Totalmedizinisierung, sondern nur von einer ausgeprägten Teilmedizinisierung der Folgen sprechen. Im Bezug auf die Darstellung der Ursachen sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar zwischen Beiträgen, die die Ursachen als *persönlich nicht beeinflussbar* und solchen die sie als *persönlich beeinflussbar* beschreiben. Die einzige Differenz besteht darin, dass Stellungnahmen zur Beeinflussbarkeit von Übergewicht häufiger in der NZZ und dem TA als im Blick erfolgen. Der erste Teil von Hypothese 2d) *In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden die Ursachen als individuell nicht beeinflussbar beschrieben* kann aufgrund der Resultate nicht bestätigt werden. Was den zweiten Teil von Hypothese 2d) *... und das Individuum [wird] von der Verantwortung entlastet* betrifft, so ist im Verlauf

der Zeit nur eine leichte Zunahme der Artikel zu beobachten, die dem Individuum keine persönliche Lösungsverantwortung zuschreiben. Etwas ausgeprägter ist die Reduktion der Anzahl Beiträge, die die Lösungsverantwortung explizit beim Individuum sehen. Daraus lässt sich schliessen, dass im Verlauf der Zeit im Bereich Verantwortungszuschreibung eine leichte Teilmedizinalisierung stattgefunden hat. Hypothese 2e) *In den Beiträgen, in denen das Thema Übergewicht angesprochen wird, werden medizinische Mittel als Lösungsansatz vorgeschlagen* kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Ernährungsumstellung/Diät wird in allen drei Tageszeitungen noch immer als wichtigste Massnahme zur Übergewichtsbekämpfung dargestellt. Relativ betrachtet steigt die Erwähnung von medizinischen Mitteln, während die Erwähnung von Ernährungsumstellung/Diät tendenziell sinkt. Geht man von medizinischen Mitteln als Indiz für eine Medizinalisierung der Lösungsansätze aus, zeigen die Daten höchstens eine leichte Teilmedizinalisierung. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass vier von fünf untersuchten Hypothesen auf eine Teilmedizinalisierung hinweisen. Eine Hypothese verhält sich im ersten Teil bezüglich Ursachen neutral und weist im zweiten Teil bezüglich Verantwortung tendenziell ebenfalls auf eine Teilmedizinalisierung hin. Die Daten zeigen, dass in den Deutschschweizer Tageszeitungen keine Totalmedizinalisierung des Themas Übergewicht stattgefunden hat. Zu beobachten sind wie gesagt Veränderungen, die auf eine Teilmedizinalisierung des Themas Übergewicht hinweisen. Gemäss der vorliegenden Datenanalyse hat diese Teilmedizinalisierung in den Deutschschweizer Zeitungen ab 1975 eingesetzt.

4.4 Schlussfolgerungen aus der Inhaltsanalyse

Die beiden untersuchten Hypothesen, d.h. Hypothese 1) *Die untersuchten Zeitungen weisen im Bezug auf die Darstellung von Übergewicht inhaltliche und formale Unterschiede auf* und Hypothese 2) *Übergewicht ist ein Thema, das im Verlauf der Zeit medizinalisiert wurde in der Deutschschweizer Presse, bzw. in den einzelnen Zeitungen* bestätigen sich über den untersuchten Zeitraum hinweg tendenziell.

Die in Hypothese 1) festgestellten Gattungsunterschiede zwischen den Zeitungen sind teilweise so stark ausgeprägt, dass eine Analyse auf Basis aller drei Zeitungen nicht immer sinnvoll ist. Die Resultate lassen vermuten, dass die Gattungsunterschiede zwischen den Zeitungen stärker und einflussreicher sind als die thematischen Unterschiede. Die in der Analyse beobachteten inhaltlichen Tendenzen Richtung Medizinalisierung treten in der Qualitätszeitung NZZ und der Forumszeitung TA deutlicher in Erscheinung als in der Boulevardzeitung Blick. Verfeinerte Analysen zu den Aussagen im Blick führen selten zu klaren Erkenntnissen, da die meisten Positionen in der Boulevardzeitung beliebig wechseln, was sich in einer ausgewogenen Anzahl von ja und nein, Pro- und Kontra-Argumenten zum gleichen Thema niederschlägt. Die inhaltliche Interpretation der Darstellung von Übergewicht gestaltet sich in der Boulevardzeitung Blick folglich eher schwierig. Hingegen ist der Blick im Vergleich mit den anderen Zeitungen besser interpretierbar bezüglich der Frequenz, mit der er das Thema behandelt. Im Gegensatz dazu präsentieren sich die inhaltlichen Tendenzen für die NZZ und den TA relativ deutlich; bei den Qualitätszeitungen verweisen sie auf eine Teil-Medizinalisierung von Übergewicht. Genauere Aussagen scheitern hier jedoch oft an der Frequenz, d.h. an der tiefen Anzahl von Beiträgen. Unter Berücksichtigung der erwähnten Zeitungsdifferenzen und der sich daraus ergebenden Schwierigkeiten bei der Interpretation der Resultate lässt sich jedoch generell ein Trend Richtung Medizinalisierung erkennen.

Die Resultate dieser Medienanalyse zeigen im Bezug auf die Aussage von Schneider und Schmid (Schneider & Schmid, 2004), dass in der Schweiz die Medizinalisierung von Adipositas noch nicht erfolgt sei, zwei Tendenzen: Übergewicht wird in den helvetischen Qualitätszeitungen von der Definition bis zu den Folgen mehrheitlich als gesundheitliches Problem dargestellt. Diese Medizinalisierungstendenz hat sich in den letzten 5 bis 10 Jahren sogar verstärkt. Allerdings kann man nicht von einer Totalmedizinalisierung sprechen, da sowohl die NZZ als auch der TA im Zusammenhang mit Übergewicht auch alternative Bezugsrahmen anbieten, so z.B. Übergewicht als moralisch-ethisches oder als ästhetisches Problem. Die Analyse von NZZ und TA bestätigt demnach die Einschätzung von Schneider und Schmid nicht, dass Übergewicht in der Schweiz „vorwie-

gend als kosmetisches Problem (Frage des Aussehens) [...]“ dargestellt wird (Schneider & Schmid, 2004). Etwas anders verhält es sich mit der Boulevardzeitung Blick. Der Blick behandelt das Thema Übergewicht mehrheitlich aus der Perspektive von Schönheit und Lifestyle und bestätigt damit die Einschätzung von Schneider und Schmid.

Allgemein zeigt die durchgeführte Inhaltsanalyse in den Deutschschweizer Tageszeitungen, dass sich die Betrachtung des Phänomens Übergewicht in den Medien über die Zeit verändert hat. Das Thema Übergewicht wird von den Schweizer Qualitätsmedien zunehmend in einen medizinischen Bezugsrahmen gesetzt, die Boulevardzeitung hingegen privilegiert vorerst einen ästhetischen Bezugsrahmen. Durch die Inhaltsanalyse konnte die Medienrealität im Bezug auf die hypotheseleitenden Fragen weitgehend geklärt werden.

5 Medizinisch-wissenschaftliche Betrachtung des Themas Übergewicht

Aus der Inhaltsanalyse der Publikumspresse geht hervor, dass die Thematisierungshäufigkeit von Übergewicht in den untersuchten Tageszeitungen seit Anfang der 1990er Jahre stärker ansteigt als zuvor. Dieser Anstieg der Thematisierungshäufigkeit in den Populärmedien könnte einerseits die Folge eines verstärkten Interesses der Medizinwissenschaft für das Thema Übergewicht darstellen, das in den Tageszeitungen seinen Niederschlag findet. Andererseits könnte die Zunahme von Zeitungsbeiträgen die reale Zunahme von Übergewicht in der sozialen Realität widerspiegeln. Andere Phänomene, wie beispielsweise die Thematisierungslücke in den 1960er Jahren oder auch das Einsetzen der Medizinalisierungstendenz Mitte der 1970er Jahre, finden durch den Vergleich mit der sozialen Realität keine befriedigende Erklärung. Um besser zu verstehen, ob der zunehmende mediale Übergewichtsdiskurs der letzten 50 Jahren eher auf medizinisch-wissenschaftliche oder auf real-soziale Gründe zurückgeht, wird das Thema in diesem Kapitel anhand der Einträge in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch in einem medizinischen Bezugsrahmen beleuchtet.

5.1 Wissenssoziologischer Ansatz

Dies vorliegende Analyse basiert auf der mehrfach erwähnten Grundannahme, dass „Wirklichkeit“ eine gesellschaftlich konstruierte Realität darstellt (siehe dazu Kapitel 3.1). Der wissenssoziologisch geprägte Ansatz geht von der Annahme aus, dass das individuelle und soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit beeinflusst ist durch gesellschaftliche Normen und Werte. In diesem Sinn können Gesundheit und Krankheit als Bestandteil der gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit aufgefasst werden (Berger & Luckmann, 2007). Für die vorliegende Übergewichts-Analyse bedeutet das, dass weniger die Krankheit selbst im Zentrum steht, als vielmehr die Bedeutung, die dieser Krankheit für verschiedene soziale Gruppen zugeschrieben wird. Es geht darum, die soziale Entstehung und Organisation von Übergewicht zu untersuchen. Freidson (Freidson, 1970, S. 216) umschreibt den Ansatz in seiner „situational theory of deviance“ wie folgt:

„[...] the approach assumes little about the motivation or the etiology of the behavior declared deviant. It implies that peoples' behavior may be usefully studied as a direct response to the immediate environment or social situation in which they find themselves, quite apart from their prior motives or values. It focuses on the etiology and effects of the declaration that behavior is deviant and on the way the status of being deviant is organized by the pressures of the immediate social life in which the individual finds himself.”

Damit sollen die biologischen Sachverhalte weder ausgeblendet noch geringgeschätzt werden. Das Konzept der Realität als sozialer Konstruktion dient in diesem Zusammenhang lediglich der Verdeutlichung der Tatsache, dass die Grenze zwischen gesund und krank, zwischen schön und hässlich, zwischen normal und abweichend fließend verläuft. Es handelt bei der Festlegung von Werten grundsätzlich um Setzungen, die bestimmten Kriterien folgen. Diese Kriterien basieren auf Wissen, Vorstellungen und Normen (Traditionen), die zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort Gültigkeit haben. Daraus folgt, dass Diagnose, Konzeption und Verständnis von Pathologien immer eng verbunden sind mit den sozialen Umständen, in denen sie auftreten. In diesem Sinn spricht Kiheung auch von der Pathologie als sozial konstruierte Wirklichkeit (Kiheung, 2007).

Es ist ohne weiteres möglich, dass zu unterschiedlichen Zeiten an unterschiedlichen Orten in unterschiedlichen (Sub-)Kulturen verschiedene Definitionen und Normen zur Bezeichnung des gleichen Phänomens zum Tragen kommen. Dies leuchtet ein am Beispiel Gewicht: In 85% der untersuchten traditionellen Kulturen gilt eine kräftige Statur als schön und stellt folglich kein Problem dar (Brown & Konner, 1987). Für arabische Gesellschaften lässt sich ein wesentlich üppigeres weibliches Schönheitsideal nachweisen als in westlichen Kulturen (Weiss, 2000). In Gesellschaften, die eher durch Wohlstand gekennzeichnet sind, dominiert ein schlankes weibliches Ideal, während Schlankheit in ärmeren Gesellschaften eher Armut und Krankheit signalisiert. Das ideale Körpergewicht ist aber auch eine zeitlich gebundene Grösse: So war man beispielsweise in den 1920er Jahren in westlichen Kulturen der Ansicht, dass den Menschen keine Schuld treffe für seine Beieibtheit, weil diese genetisch vorprogrammiert sei. In den Zeiten des Fa-

schismus hingegen galt Übergewicht als Vergehen gegen die Selbstdisziplin. Anfang der 1950er Jahre zeugte ein Bauch von Wohlstand und wirtschaftlichem Erfolg. Diese Sichtweise wandelte sich erneut im Verlauf der 1950er Jahre, als die sich verändernden sozialen Werte in den USA wesentlich dazu beitrugen, die negative Prägung von Fettleibigkeit sozial zu festigen (Levenstein, 1988). Aus soziokultureller Sicht kann man von einer sozialen, kulturellen und zeitlichen Relativität von Schlankheit/Beleibtheit ausgehen.

Aus medizinischer Sicht erfolgt die Setzung von Standards wie etwa des Body Mass Index aufgrund von empirisch bestimmbareren medizinischen Kriterien, die eine gegenseitige Übereinkunft von Experten darstellen (siehe Kapitel 2.1). Beispielsweise wird unter den möglichen Grössen-Gewichts-Indizes heute am häufigsten der Body Mass Index (BMI) verwendet, obschon dieser die Körperzusammensetzung nicht analysieren kann. Der BMI hat aber bewiesen, dass er präzisere Schätzungen des Körperfetts gibt als vergleichbare Grössen-Gewichts-Indizes (Willett, 1990), und dass ein hoher BMI in Gruppen auf zu viel Körperfett hinweist (Stevens, Cai, & Wood, 1998). Nachdem sich der BMI als Standard unter Experten durchgesetzt hat, hat die WHO 1995 aus Zweckmässigkeitsgründen die international verwendeten Grenzwerte standardisiert und Übergewicht je nach Gesundheitsrisiko graduell abgestuft (WHO Expert Committee, 1995). Durch die Standardisierung wurden nationale und internationale Studien untereinander vergleichbar und Behandlungsindikationen wurden erleichtert. Trotz der festgelegten Standards muss man sich aber bewusst sein, dass alle Versuche zur Festlegung eindeutiger Grenzwerte und Risikobereiche in Bezug auf das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko relativ willkürlich bleiben. Nach einem nur annäherungsweise definierbaren Bereich des tiefsten Risikos steigt dieses Risiko nämlich stetig, ohne dass sich dabei Schwellenwerte abzeichnen würden. Es ist deshalb möglich, dass die heute geltenden Grenzwerte aufgrund von neuen Studien schon bald wieder angepasst werden müssen.

Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet folglich die Grundannahme, dass es sich bei Übergewicht um ein (wissenschaftlich) interpretiertes Phänomen, also in diesem Sinn um eine

soziale Konstruktion handelt, die als Problem nicht objektiv und unabhängig von ihrer Erkenntnis durch den Betrachter existiert (Spector & Kitsuse, 1977).

„The ‘discovery’ of public facts is a process of social organization. Someone must engage in monitoring, recording, aggregating, analyzing and transmitting the separate and individual events into the public reality of ‘auto accidents and deaths’. At every stage in this process human choices of selection and interpretation operate. Events are given meaning and assumptions and values guide the selection. Public ‘facts’ are not like pebbles on the beach, lying in the sun and waiting to be seen. They must instead be picked, polished, shaped and packaged. Finally ready for display they bear the marks of their shapers“, so Gusfield (Gusfield, 1975, S. 291).

Aktuell wird Übergewicht in unserer Wohlstandsgesellschaft zunehmend nicht nur als Abweichung von einer Norm, sondern als eine bedeutsame Gefährdung für das Individuum und die Gesellschaft als Ganzes erkannt. Übergewicht und Adipositas sind in den industrialisierten Gesellschaften zu einem Gesundheitsproblem erster Ordnung geworden. Wie viele Menschen davon betroffen sind, ist allerdings nicht ohne Weiteres feststellbar, wie Kapitel 2 zur Epidemiologie von Übergewicht gezeigt hat.

5.2 *Problematisierung und Typisierung*

Der erste Schritt zur Erforschung eines Phänomens wie des Übergewichts ist demnach die Klärung seines Status‘ als Problem, oder anders ausgedrückt: die Klärung der Mechanismen, die dafür verantwortlich sind, dass ein bestimmter Vorrat von „Wissen“ gesellschaftlich etablierte „Wirklichkeit“ werden kann (Berger & Luckmann, 2007). Indem wir beispielsweise untersuchen, wie eine Krankheit sozial konstruiert wird, analysieren wir gleichzeitig, wie soziale Kräfte unser Verständnis von und unsere Massnahmen für Gesundheit, Krankheit und Heilung prägen (Brown, 1995). Dabei stellen sich unter anderem Fragen wie: Warum wurde ein Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt als Problem identifiziert? Warum wurde gehandelt / nicht gehandelt? Wer profitiert durch die Feststellung des Problems und die eingeleiteten Massnahmen? Wie haben sich divergierende Vorstellungen über das Phänomen verbunden, bzw. wann kollidierten sie? Wie haben persönliche Erfahrungen von Betroffenen die soziale Verankerung des Phänomens

geprägt? Ist der erste Schritt getan und die Normabweichung als soziales Problem erkannt, können in einem nächsten Schritt verschiedene Modelle der sozialen Kontrolle für die Definition und den Umgang mit diesem Problem beigezogen werden. Dieser Prozess beinhaltet eine Typisierung, die sich zur Beschreibung seiner Beschaffenheit auf einen bestimmten Aspekt des Problems konzentriert. Die Typisierung beinhaltet Einschätzungen, wonach das Problem am besten aus moralischer, medizinischer oder politischer Sicht zu betrachten sei; dabei vermittelt jede Sichtweise andere Perspektiven über mögliche Problemursachen und Lösungsansätze (Best, 1989). Ausschlaggebend für die Bestimmung der dominierenden Sichtweise ist, wie in Kapitel 3.2.5 zur Medizinalisierung erwähnt, die Definition des Phänomens.

5.3 *Definition von Adipositas*

Nach dieser einleitenden Klärung soll an dieser Stelle der Ausgangspunkt für die ärztliche Diagnose, nämlich die Definition von Adipositas genauer betrachtet werden. Wikipedia (<http://de.wikipedia.org/wiki/Adipositas>: 05. Feb. 2009) liefert zum Stichwort Adipositas folgenden Eintrag:

„Bei der Adipositas (lat. *adeps* = fett) bzw. Fettleibigkeit, Fettsucht, Obesitas (selten Obesität; im engl. aber fast nur „obesity“) handelt es sich um ein starkes Übergewicht, das durch eine über das normale Mass hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen gekennzeichnet ist. Eine Adipositas liegt, nach WHO-Definition, ab einem Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m² vor, wobei drei Schweregrade unterschieden werden, zu deren Abgrenzung ebenfalls der BMI herangezogen wird.“

In dieser Definition finden sich mindestens zwei Hinweise, die auf eine medizinische Betrachtung von Adipositas hindeuten: einerseits wird von „krankhaften“ Auswirkungen gesprochen, ein Ausdruck, der nach Freidson (Freidson, 1970, S. 251) auf die medizinische Domäne verweist: „The medical profession has first claim to jurisdiction over the label illness and anything to which it may be attached, irrespective of its capacity to deal with it effectively.“

Andererseits verweist die Definition auf die Weltgesundheitsorganisation WHO. Tatsächlich ergibt die weitere Suche bei der WHO nach dem Stichwort Adipositas, dass das Phänomen seit 1990 in der „International Classification of Diseases“ (ICD-9-CM 1990) aufgeführt wird und damit offiziell den Status einer Krankheit innehat.

Betrachtet man die Herkunft des in der obigen Adipositas-Definition erwähnten Body Mass Index, erwähnt Wikipedia (<http://de.wikipedia.org/wiki/Adipositas>; 05. Feb. 2009), dass der „[...] BMI [...] vom belgischen Mathematiker Adolphe Quételet im 19. Jahrhundert entwickelt [wurde]. Populär wurde er durch den Einsatz bei US-amerikanischen Lebensversicherern, um über eine einfache Einstufung die Prämien für Lebensversicherungen berechnen zu können, da die Risiken durch Übergewicht besonders in den USA (aufgrund des ständig steigenden Anteils übergewichtiger Menschen) relevant sind. Die Entwicklung des Body Mass Index erfolgte also primär aus wirtschaftlichen und nicht aus gesundheitspolitischen Gründen.“

Aus Sicht dieser Definition wäre es ebenso gut möglich gewesen, das Thema Adipositas als politisches oder ökonomisches anstatt als medizinisches Problem in der Öffentlichkeit zu verankern. An dieser Überlegung zeigt sich, dass vertiefte Erkenntnisse über ein Phänomen wie Übergewicht ohne Bezug zum jeweiligen historischen und sozialen Umfeld kaum möglich sind.

Ausgehend von einem engeren medizinisch-wissenschaftlichen Kontext soll in diesem Sinn nachfolgend untersucht werden, wie sich die Definition von Adipositas im medizinischen Fachlexikon Pschyrembel von 1955 bis 2007 gewandelt hat. Der Untersuchungsbeginn wurde wie bereits bei der Zeitungsanalyse auf 1955 gelegt. Das Enddatum ergab sich in Übereinstimmung mit der Analyse der Publikumspresse aus der Vorgabe nach einer 50jährigen Untersuchungsdauer; weil 2005 keine Wörterbuch-Ausgabe erschien, wurde als letzte Ausgabe der Pschyrembel von 2007 untersucht.

5.4 Analyse von Pschyrembel Klinisches Wörterbuch

Für den medizinhistorischen Überblick werden die Einträge zum Stichwort „Adipositas“ in der Buchausgabe des „Pschyrembel Klinisches Wörterbuch“ (de Gruyter, ab 1955) verglichen. Adipositas wurde deshalb gewählt, weil das zuvor in der Presseanalyse verwendete Suchstichwort „Übergewicht“ im medizinischen Wörterbuch in den Anfangsjahren keine Treffer ergab. In die Untersuchung fließen die Adipositas-Einträge der 16 Pschyrembel-Ausgaben ein, die zwischen 1955 und 2007 erschienen sind (Vollerhebung). Der Pschyrembel hat sich deshalb angeboten, weil er im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz, Österreich) als führendes Wörterbuch der Medizin gilt. Da das Nachschlagewerk in der Schweiz u.a. auch im Medizinstudium eingesetzt wird, ist davon auszugehen, dass die meisten Mediziner ihr Fachwissen daraus beziehen.

Zur Übersicht wird nachfolgend die Auflagechronik der untersuchten Ausgaben aufgelistet:

Tabelle 21. Auflagenchronik des Pschyrembel Klinisches Wörterbuch

Fall	Auflage	Erscheinungsjahr
1	107.-116.	1955
2	117.-122.	1958
3	123.-153.	1959
4	154.-184.	1964
5	185.-250.	1969
6	251.	1972
7	252.	1975
8	253.	1977
9	254.	1982
10	255.	1986
11	256.	1990
12	257.	1994
13	258.	1998
14	259.	2002
15	260.	2004
16	261.	2007

Eine Tabelle, in der die Pschyrembel-Einträge in ihrem Originalwortlaut erfasst sind, befindet sich in Appendix B.

Gemäss eigener Aussage im Vorwort zur 19. Ausgabe liess sich Professor Pschyrembel während seiner Arbeit an diesem Werk von zwei Grundsätzen leiten, an die sich der Verlag auch heute noch hält: Es sind nur die Begriffe aufzunehmen, die für den in Klinik und Praxis Tätigen besonders wichtig sind, und es werden nur Angaben gemacht, die unbedingt zuverlässig sind. Die erste, 148 Seiten starke Auflage des Klinischen Wörterbuchs erschien im Jahr 1894 unter dem Titel „Wörterbuch der klinischen Kunstaus-

drücke“ und wurde von Otto Dornblüth begründet. Darin sucht man zwar noch vergeblich nach dem Stichwort „Adipositas“, jedoch lieferte das Thema **Adipositis** folgende Erwähnung: „*besser Adipositas lat. Fettheit*“. Von der 19. bis zur 254. Auflage fungierte Willibald Pschyrembel als Herausgeber des Werks, ab der 255. Auflage wurde die Sammlung von der Wörterbuchredaktion des Verlags bearbeitet. Von 1955 bis 2007 – dem Erscheinungsjahr der zur Zeit aktuellen 261. Auflage – ist das Stichwort Adipositas ausnahmslos aufgeführt. Die etwas merkwürdig anmutenden Auflagenbezeichnungen wie beispielsweise 154. – 184. Auflage von 1964 ergeben sich deshalb, weil zwischen 1927 und 1969 die Nachdrucke in die Auflagenzählung mit hineingenommen wurden.

Bereits seit dem Startjahr der Untersuchung 1955 wird Adipositas nicht lediglich als Risikofaktor für Folgeerkrankungen präsentiert, sondern als eigentliche Krankheit. Allerdings hat sich die Art, wie das Thema Adipositas in „Pschyrembel Klinisches Wörterbuch“ von 1955 bis 2007 behandelt wurde, über die Zeit markant verändert. Diese Veränderungen zeichnen einerseits sicher einen sachbezogenen, fachübergreifenden Entwicklungstrend über die Zeit nach; andererseits belegen sie einen gesellschaftlichen Prozess, der in eine definierte Krankheits- und Therapiebeschreibung mündet.

1955 bis 1977

Die beiden ersten Ausgaben von 1955 und 1958 (von der 107. bis zur 122. Auflage) verweisen unter dem Suchstichwort *Adipositas* direkt auf den Begriff *Fettsucht*, der nur eine relativ rudimentäre Beschreibung des Phänomens Adipositas enthält, ohne auf Ursachen, Wirkungen oder Messmethoden (Indexe) einzugehen: „krankh. Fettanhäufung im Körper, Fettleibigkeit, eine das Normalgewicht überschreitende Gewichtszunahme inf. abnormer Zunahme des Körperfetts. Vorkommen diffus als Adipositas* oder fleckweise als Lipomatose*“. Unter *Lipomatose* findet man: „fleckweise auftretende Fettsucht.“ In der nachfolgenden 123. bis 153. Auflage von 1959 ändert sich der Eintrag. Neu wird unter *Adipositas* primär auf das Stichwort *Fettleibigkeit* verwiesen, dessen Eintrag, abgesehen von zwei wichtigen Ergänzungen, dem früheren Fettsucht-Eintrag entspricht. Die erste Ergänzung ist der Verweis auf eine Messgrundlage, nämlich die *Born-*

hardt-Formel, nach der sich das Sollgewicht errechnet aus: Körperlänge multipliziert mit dem mittleren Brustumfang in Zentimetern, geteilt durch 240. Die zweite Ergänzung verweist auf die Ursache, nämlich *Fettsucht*, die gemäss Eintrag durch exogene oder endogene konstitutionelle Faktoren verursacht wird. Ferner werden in dieser Auflage neu die Begriffe *Obesitas*, *Obesität* eingeführt und gleichgesetzt mit den Begriffen Fettleibigkeit und Mästung, wobei auf zu reichliche Ernährung als Ursache verwiesen wird. Den 6. Verweis bildet das Stichwort *Steatosis*: Verfettung. Diese breite, sechs Verweise umfassende Definition, wird bis zur 1977 erscheinenden 253. Auflage beibehalten.

1982 bis 1998

In der 254. Auflage von 1982 kommt die Autorenschaft unter dem Stichwort *Adipositas* wieder auf das 1955/1958 gültige Primär-Verweisstichwort *Fettsucht* zurück. Der Inhalt dieses Eintrages hat sich im Vergleich zu den früheren Ausgaben allerdings geändert: Als erstes werden zur Bezeichnung von Fettsucht die drei Synonyme *Adipositas*, *Obesitas*, und Fettleibigkeit angeboten. Anschliessend wird die Ätiologie als multifaktoriell umschrieben. Erwähnenswert ist die nachfolgende, in der Definition von Fettsucht enthaltene Bemerkung: „Nach Ansicht von Vague (1968) ist die alte Unterscheidung zw. endo- u. exogener F. überholt. Alle Formen der F. seien endogen, auch die der Mastgans, u. vom Vorhandensein besonderer genetischer Eigenschaften abhängig. Diese Auffassung ist sehr umstritten.“

Mit dieser Aussage, dass alle Ursachen endogen seien, wird einer Ursache widersprochen, die 23 Jahre lang (seit 1959) erklärter Bestandteil war der Pschyrembel *Adipositas*-Definition. Eine weitere Auffälligkeit dieser Bemerkung ist die Tatsache, dass die Angabe offensichtlich durch Unsicherheit im Inhalt geprägt ist, dies entgegen dem erklärten Prinzip des Herausgebers, nur Angaben zu machen, „die unbedingt zuverlässig sind“. Ein weiteres Novum in der Auflage von 1982 ist die Tatsache, dass Fettsucht erstmals als Risikofaktor für weitere Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Gicht und damit verbundene Gefässerkrankungen des Gehirns und der Niere dar-

gestellt wird. Von Fettsucht wird zusätzlich auf *Fettleibigkeit* verwiesen, ohne dazu weitergehende Inhalte als einen Rückverweis auf *Fettsucht* und *Adipositas* zu liefern.

Der Eintrag in der 255. Auflage (1986), der 256. Auflage (1990), der 257. Auflage (1994) und der 258. Auflage (1998) entspricht inhaltlich grundsätzlich der 254. Auflage, allerdings sind die Ausführungen unter dem Zwischentitel Ätiologie auf „multifaktoriell“ beschränkt. Es werden keine weiteren Querverweise gemacht.

2002 bis 2007

Grundsätzliche Neuerungen zeigen sich erst wieder in der 259. Auflage von 2002. Formal findet man den Eintrag in dieser Ausgabe unter dem Suchstichwort *Adipositas* zum ersten Mal direkt, d.h. ohne vorherigen Verweis auf andere Stichworte. Auch inhaltlich zeigen sich grundsätzliche Änderungen. So sind die Synonymbezeichnungen *Obesitas* und *Obesität* verschwunden, bestehen bleibt nur die englische Bezeichnung *obesity*. Die Beschreibung „krankhaftes Übergewicht, das zu gesundheitl. Beeinträchtigung führt“ ist im Vergleich zu den Voreinträgen („Übermässige Vermehrung od. Bildung von Fettgewebe“) zustands- und nicht mehr vorgangsbezogen, wodurch die Beschreibung faktisch und fundiert wirkt. Weiterhin beibehalten wird der Hinweis, dass Fettsucht einen Risikofaktor für Folgekrankheiten darstelle und dass die Ätiologie multifaktoriell sei. Neu enthält die Definition eine detaillierte Symptombeschreibung: „*Sympt.: erhöhter Körperfettanteil (normal ca. 15-18% beim Mann, 20-25% bei der Frau), näherungsweise bestimmt mit Body*-mass-Index*“. In der *Adipositas*-Definition vom Jahr 2002 wird zum ersten Mal der *Body Mass Index* als Messgrösse erwähnt. Ebenfalls zum ersten Mal wird in der Definition von 2002 die Therapie für das Individuum erwähnt, die gemäss den Angaben im Wörterbuch aus einer Reduktion der Fettzufuhr, einer Erhöhung der körperlichen Aktivität und einer allfälligen Teilnahme an integrativen Gewichtsreduktionsprogrammen besteht. In dieser Ausgabe finden sich zwei Verweise: einer auf das Stichwort *Übergewicht*, das anhand des „*Body-mass-Index*“ definiert wird mit einer Beschreibung dessen, was die Folge von Übergewicht sein kann, nämlich Übergang in *Adipositas* und Entwicklung von Begleiterkrankungen; der andere auf das Stichwort *Body Mass Index*. Dieser Eintrag enthält nebst der Beschreibung der Masszahl die entsprechende Formel

zur Beurteilung des Körpergewichts sowie das Nomogramm zu seiner Ermittlung. Der Eintrag zum Stichwort Adipositas in der 260. Auflage von 2004 entspricht bis auf eine kleine Änderung dem Eintrag der Voraufgabe. Besagte Änderung besteht darin, dass in der einleitenden Definition zum Stichwort Adipositas neu nach der englischen Bezeichnung obesity das deutsche „syn. *Obesität*“ wieder angeführt wird.

Wesentliche Differenzen im Vergleich zur Voraufgabe finden sich in der 261. Pschyrembel-Auflage von 2007. Der Adipositas-Eintrag dieser letzten untersuchten Ausgabe lautet wie folgt:

„(↑) f: (engl.) obesity; syn. *Obesität*; über das Normalmass hinausgehende Vermehrung des Körperfetts (Body*-mass-Index ≥ 30 kg/m²), die zu gesundheitl. Beeinträchtigung führt; ein weiteres Mass zur Beurteilung der Fettverteilung ist die Schätzung der intraabdominalen/viszeralen Fettmasse durch Messung des Taillenumfangs (abdominale Adipositas: Frauen > 88cm, Männer > 102 cm); Risikofaktor für Folgeerkrankungen (bes. metabolisches Syndrom* mit gestörtem Glukosestoffwechsel, Hyper- od. Dyslipidämie, Hypertonie, Mikroalbuminurie); Ätiol.: multifaktoriell; Ther.: 1. Reduktion der Kalorienzufuhr, Erhöhung körperl. Aktivität; Teilnahme an integrativen Gewichtsreduktionsprogrammen; 2. Sekundäre Massnahmen: pharmak. Therapie; Adipositaschirurgie: vorwiegend laparoskop.; Restriktion: Verkleinerung des Magenreservoirs (20-25 ml) u. des Reservoirausgangs (s. Magenplastik); Malabsorption: Verminderung der resorbierenden Schleimhautfläche u. Verkürzung der Transitzeit der Nahrung durch Umgehung von Magen u. Darmanteilen (s. Duodenal-Switch-Operation, Diversion, biliopankreatische); Vgl. Übergewicht, Essstörungen.“

Bei dieser Definition von 2007 fällt die Bezugnahme auf ein sogenanntes *Normalmass* auf, das definiert wird durch einen Body Mass Index, der unter 30 kg/m² liegt. Die WHO klassifiziert die Grenzwerte für Erwachsene aber in folgenden Kategorien (WHO Expert Committee, 1995): 18.50-24.99 für Normalgewicht, 25.00-29.99 für Übergewicht Grad I, 30.00-39.99 für Übergewicht Grad II, ≥ 40.00 für Übergewicht Grad III. Die Aufzählung von möglichen Folgeerkrankungen bildet weiterhin Bestandteil der Definition, wobei deren Bezeichnungen teilweise etwas variieren. Die multifaktorielle Ätiologie

entspricht dem Eintrag der Voraussage, hingegen fehlt in dieser 261. Auflage der Hinweis auf Symptome gänzlich. Das Jahr 2007 bringt Ergänzungen zur Therapie: diese wird neu in primäre und sekundäre Massnahmen unterteilt. Die primären Therapiemassnahmen entsprechen den in der letzten Wörterbuch-Ausgabe aufgelisteten Massnahmen (Reduktion der Kalorienzufuhr, Erhöhung körperl. Aktivität; Teilnahme an integrativen Gewichtsreduktionsprogrammen). Neu werden diese primärtherapeutischen Massnahmen jedoch ergänzt durch Pharmakotherapie und chirurgische Adipositas-Therapie, d.h. durch Massnahmen aus dem medizinischen Gebiet der Bariatrie.

5.5 Zusammenfassung der Pschyrembel-Analyse

Zusammenfassend zeigt die Analyse der Adipositas-Einträge in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch von 1955 bis 2007, dass sich das Fachwissen zum Thema Fettleibigkeit über die betrachteten 52 Jahre wesentlich verändert und konsolidiert hat. Zu Beginn des Betrachtungszeitraums fehlen messbare Diagnosekriterien gänzlich; zudem lässt die Formulierung „*krankhafte Fettanhäufung im Körper*“ eher auf ein Randproblem schliessen, von dem eine Bevölkerungsminderheit betroffen ist.

1959 wird mit der Bornhardt-Formel erstmals ein Indikator zur Diagnose der Fettleibigkeit eingeführt. Im gleichen Jahr beginnt man sich auch für die Ursachen von Fettleibigkeit zu interessieren, obschon diese bis 1986 eher unsicher bleiben, wie der Eintrag von 1982 deutlich illustriert. 1986 scheint die Ursache insofern geklärt, als die Ätiologie von Fettsucht schlicht als multifaktoriell beschrieben wird. Diese Beschreibung bleibt bestehen bis zur letzten untersuchten Pschyrembel-Ausgabe von 2007. Neu ist im Jahr 1982 die erstmalige Darstellung von Fettsucht als Risikofaktor für weitere Erkrankungen. Ein direkter Eintrag zum Stichwort Adipositas, der nicht über den Umweg von Verweistichworten wie Fettsucht oder Fettleibigkeit führt, findet sich im Pschyrembel erst im Jahr 2002. Nebst dem Eintrag Adipositas findet man in der Ausgabe von 2002 erstmals einen Verweis auf das Stichwort Übergewicht. Als Indikator zur Messung von Adipositas wird in diesem Jahr der Body Mass Index eingeführt und in einem Verweis erläutert.

Bis auf die Einführung des Begriffs *Obesität* als Synonym für Adipositas bleibt dieser Eintrag im Klinischen Wörterbuch von 2004 unverändert bestehen. In der letzten untersuchten Wörterbuchausgabe von 2007 erfolgte insofern eine Konsolidierung des Adipositas-Begriffs, als die vormals separat aufgeführten Symptome direkt in die Grunddefinition eingeflossen sind und sich dort als „über das Normalmass hinausgehende Vermehrung des Körperfetts“ manifestieren. Die Bezeichnung *Normal* stützt sich dabei auf den BMI als Masseinheit ab, wird aber durch das nachfolgende Angebot einer alternativen Massgrösse (Taillenumfang) etwas untergraben. Neu ist in dieser Ausgabe die Ergänzung einer sekundären Adipositas-Therapie: Nebst den primären werden sekundär bariatrische Massnahmen vorgeschlagen.

Die Einträge in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch illustrieren das 50jährige Ringen des Adipositasbegriffs um eine kompakte, fachlich akzeptierte und konsolidierte medizinische Diagnose in anschaulicher Art. Der Verlauf der Entwicklung lässt sich über die Jahre wie folgt nachzeichnen: Nach einer anfänglich sehr rudimentären Beschreibung des Phänomens unter dem Stichwort Fettsucht verbreitert sich die Beschreibung von 1959 bis 1977 auf sechs Verweisstichwörter. Ab 1982 reduzieren sich die Verweise und kommen auf ein Stichwort. Im Jahr 2002 findet sich erstmals ein direkter Eintrag unter dem Stichwort Adipositas. Adipositas wird in der Folge zum Referenzstichwort, von dem wiederum ein bis zwei Verweise ausgehen.

Aus diesem Entwicklungsprozess resultiert 2007 einerseits eine Begriffsklärung, die weniger auf Synonymen, Verweisen und Umschreibungen beruht, als vielmehr auf einer konsolidierten, messbaren, Ursache und Wirkung beinhaltenden Definition. Diese Definition stützt sich auf den seit 2002 im Klinischen Wörterbuch eingetragenen Body Mass Index (BMI) als Bezugspunkt. Der BMI stellt die in der Definition als gültig präsentierte Messgrösse dar, mit der das Vorkommen und die Verteilung des Phänomens Adipositas festgestellt werden können. Allerdings taucht 2007 mit der Messung des Taillenumfangs ein weiteres Mass zur Beurteilung der Fettverteilung auf. Dieser den besprochenen Konsolidierungstendenzen entgegengesetzte Trend könnte als Illustration dafür gewertet

werden, dass die Festlegung von Grenzwerten und Indices die sich verändernden Resultate von sozialen Kompromissen darstellen. Nachdem die medizinischen Grundzüge des Phänomens Adipositas geklärt sind, wird sozusagen die Schwelle zwischen gesund und krank in einem sozialen Prozess politisch ausgehandelt. Diese Interpretation, wonach ab 2007 eine Politisierung des Themas Adipositas stattfindet, kann mit den hier verwendeten Indikatoren und anhand der vorliegenden Daten jedoch nicht belegt werden. Es handelt sich bei der Politisierungstendenz lediglich um eine indizienbasierte Vermutung, die sich erst über die nächsten Jahre auf einer soliden Datenbasis bestätigen oder widerlegen lassen wird.

Im Gegensatz zur Politisierung zeigt sich die Medizinalisierung des Themas Adipositas im klinischen Wörterbuch deutlich. Seit 2007 werden neben individuell motivierten Lösungsansätzen als Primärtherapie (wie z.B. Kalorienreduktion, Bewegungssteigerung und Teilnahme an Gewichtsreduktionsprogrammen) neu bariatrische Eingriffe als Sekundärmaßnahmen vorgeschlagen. Mit dieser Ausdehnung der Medizinalisierung auf die Lösungsansätze sind von der Definition über die Ursache, Wirkung und Therapie sämtliche Aspekte des Phänomens Adipositas deutlich medizinalisiert. In diesem Sinn zeigt die Analyse, dass Adipositas in Medizinerkreisen im Verlauf von gut 50 Jahren von einem mehr oder weniger beachteten Alltagszustand zu einer Krankheit geworden ist, die sich heute im Bezug auf ihre Diagnose, Ursache, Wirkung und Lösung durchgehend medizinisch definiert. Oder anders ausgedrückt: das Thema Adipositas wurde im Verlauf des letzten halben Jahrhunderts aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht erfolgreich medizinalisiert.

Betrachtet man den beschriebenen theoretischen Erklärungsansatz, den Adipositas zwischen 1950 und 2005 im Pschyrembel durchlaufen hat, zeigt sich darin die Logik der Medizin als empirische Wissenschaft. Medizin verfolgt seit ihren historischen Anfängen vor allem den Zweck, kranke Menschen zu heilen. Sobald immer mehr Personen die gleichen Symptome aufweisen, d.h. sobald ein Phänomen gehäuft auftritt und klinisch relevant wird, wird die medizinische Forschung aktiv, um die erkrankten Menschen zu

heilen. Als Basis der Diagnose braucht der Arzt einen theoretischen Erklärungsansatz für das von ihm wahrgenommene Krankheitsbild, um sein ärztliches Handeln vor sich selbst und vor dem Kranken rechtfertigen zu können. „Der Arzt benötigt einen Schlüssel für den pathogenetischen Weg von der Krankheitsursache oder den wesentlichen Krankheitsbedingungen zur manifesten Krankheit“ (Bauer, 1997). Dieser diskursive Entstehungsprozess zeigt sich anhand der Einträge im Klinischen Wörterbuch deutlich.

Die Analyse zeigt auch, dass Adipositas als medizinisches Problem im Pschyrembel v.a. seit dem Beginn der 1980er Jahre eine bedeutende Rolle spielt. Vergleicht man diesen Befund mit den Resultaten aus der Presseanalyse, zeigt sich, dass die Thematisierungshäufigkeit von Übergewicht in den Tageszeitungen erst ab dem Beginn der 1990er Jahre ansteigt. Dieses Resultat könnte darauf hindeuten, dass der wissenschaftliche Übergewichtsdiskurs der Themenentwicklung in der Publikumspresse um rund 10 Jahre vorgelegt ist. Oder in anderen Worten ausgedrückt: Die Publikumspresse hat einen bestehenden wissenschaftlichen Diskurs aufgegriffen und nicht umgekehrt. Rein statistisch kann dieser Trend aufgrund der vorliegenden Daten jedoch nicht belegt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Analyse des Pschyrembel Klinisches Wörterbuch die medizinische Entwicklung von Adipositas als Krankheit deutlich aufzuzeigen vermag. Andere Aspekte, wie beispielsweise ob die festgestellte Medizinalisierung von Adipositas nur die medizinische Wissenschaft oder die Wissenschaft im allgemeinen betrifft oder aber, ob tatsächlich eine Politisierung des Themas Adipositas stattfindet, lässt sich mit den vorliegenden Indikatoren nicht nachweisen. Zur Beantwortung dieser Fragen muss der Fokus auf die Wissenschaft im weiteren Sinn erweitert werden. Diese Ausweitung des Blickwinkels erfolgt im nächsten Kapitel anhand der Analyse der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur (IBZ).

6 Weitere wissenschaftliche Betrachtung von Übergewicht

Um die in der Wörterbuchanalyse identifizierten offenen Punkte, wie beispielsweise die Fragen, ob die Medizinalisierung von Adipositas nur die medizinische Wissenschaft oder die Wissenschaft im allgemeinen betrifft oder ob eine Politisierung / Sozialisierung des Themas Adipositas stattfindet zu klären, müssen Indikatoren beigezogen werden, die über der medialen und der rein medizinisch-wissenschaftlichen Realität stehen. Vom Vorgehen her wäre dazu für alle interessierenden Bereiche eine Kombination geeigneter Einzelindikatoren denkbar. Für die mögliche Politisierung von Übergewicht könnte das man den institutionellen Hintergrund der Übergewichtsthematik im deutschsprachigen Raum beispielsweise anhand der parlamentarischen Vorstösse zu besagtem Thema analysiert. Der Nachteil an diesem Vorgehen in Einzelschritten, in dem jeder Aspekt durch andere Indikatoren repräsentiert wird, besteht einerseits in der erschwerten Vergleichbarkeit der Indikatoren untereinander. Andererseits birgt das Vorgehen die Gefahr von gegenseitigen Überlagerungen durch neue Themen. Um diese Probleme zu vermeiden, wird für die nachfolgende Analyse mit der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur (IBZ) ein Ansatz gewählt, der alle Aspekte in einem zwar etwas groben, aber aussagekräftigen Gesamtindikator bündelt.

6.1 Analyse der Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

Bei der *Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur aus allen Gebieten des Wissens* (IBZ) (Zeller, 1965-2005) handelt es sich um ein nach Schlagworten sachlich geordnetes Verzeichnis von international ausgerichteten Aufsatzbibliographien aus allen gesellschaftlich relevanten Wissens-, Forschungs- und Fachgebieten vornehmlich aus dem deutschsprachigen Raum. Die Aufsatzdatenbank IBZ weist seit 1983 nach aktuellen Angaben des Verlags über 3.1 Mio. Zeitschriftenaufsätze aus ca. 11'500 Zeitschriften nach (Stand: März 2009). Das interdisziplinär ausgerichtete Verzeichnis umfasst rund 30 verschiedene Fachgebiete, darunter auch Medizin, Psychologie Politologie. Seinen Schwerpunkt sieht es in den Geistes- und Sozialwissenschaften.

Die nachfolgende Analyse basiert auf einer Vollerhebung der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur (Zeller, 1965-2005) IBZ von 1955 bis 2005. Der erste IBZ-Band (Zeller, 1955-1964) erschien 1897, herausgegeben vom Begründer des gleichnamigen, heute zur Verlagsgruppe Zeller gehörenden Felix Dietrich Verlages in Leipzig. Es folgten gesonderte Reihen für Rezensionen für Zeitungsaufsätze sowie für fremdsprachige Zeitschriftenliteratur (1911-1964); in der sog. „Kombinierten Folge“ wurde 1965 die deutschsprachige und die fremdsprachige Reihe zusammengeführt. Weltweit wird die Internationale Bibliographie der Zeitschriftenliteratur (IBZ) meist als „der Dietrich“ zitiert.

6.2 Kategorienbildung und Vorgehen

Die gesichteten Einträge zum Stichwort „Adipositas“ – das Stichwort Übergewicht existiert auch in diesem Index nicht - wurden ihrem Titel entsprechend den Hauptthemen *Lösungsansätze, Folgen, Mechanismus, Ursache, Psychologie, Prävention, Kinder & Jugendliche, Soziales* zugeordnet. Behandelt ein Artikel mehr als eine Dimension, z.B. „Zur Frage der Ätiologie und Therapie der Fettleibigkeit“, wird er dem Thema Mechanismus zugeschrieben. Diese Kategorie beinhaltet grundsätzliche Zusammenhänge im Bereich Adipositas, so auch Definitionen, Einteilungskriterien, allg. Klassifizierungen, Diagnostik usw. Unter den Lösungsansätzen sind therapeutische, medikamentöse und chirurgische Ansätze subsummiert. Alles was aus psychologischem Blickwinkel betrachtet wird, fließt ins Thema Psychologie ein. Sofern der Titel Hinweise darauf gibt, dass das Thema Übergewicht im Bezug auf Kinder & Jugendliche behandelt wird, erfolgt die Zuordnung des Beitrags in den entsprechenden gleichnamigen Hauptbereich. Die Kategorie Soziales beinhaltet wiederum mehrere Themenrichtungen wie Stigmatisierung, Medizinalisierung, Feministische Ansätze, kulturelle, ökonomische und politische Betrachtungen usw. Ursachen und Folgen fließen dann in die gleichnamigen Hauptkategorien ein, wenn sie jeweils isoliert auftreten (ansonsten Zuordnung zu Mechanismus). Und schliesslich unterscheidet man noch die Kategorie Prävention, in die Beiträge einfließen, die sich mit der Übergewichtsprävention befassen.

Der erste unabhängige Eintrag zum Stichwort Adipositas findet sich in der IBZ-Ausgabe von 1949. Vor diesem Jahr wurden Beiträge zum Thema Adipositas unter dem Stichwort „Diabetes“ abgehandelt. Nachfolgend wird die Auswertung der Einträge zwischen 1955 und 2005 dargestellt.

Insgesamt wurden im Verlauf von 50 Analysejahren 1'868 wissenschaftliche Artikel zum Thema Adipositas gesichtet und mit dem Ziel einer qualitativen Analyse auf Grund ihres Titels in die erwähnten neun Kategorien eingeteilt. Aufgrund der Tatsache, dass eine quantitative Analyse der IBZ-Publikationen aufgrund von oft zu geringen jährlichen Aufsatzzahlen statistisch nicht signifikant ist, erfolgt die nachfolgende Untersuchung vor allem auf qualitativer Basis. Die Anzahl der publizierten Artikel weist über die untersuchten 50 Jahre eine grosse Schwankungsbreite auf mit einem Minimum von 10 Artikeln im Jahr 1999 und zwei Spitzen mit je 84 Artikeln in den Jahren 1964 und 1968. Es ist nicht auszuschliessen, dass die allgemein tiefere Artikelzahl in den Anfangsjahren, bzw. die Spitze von 1964 (auch) im Zusammenhang stehen mit Veränderungen bei der Zusammenführung der deutschsprachigen und der fremdsprachigen zur kombinierten Dietrich-Folge von 1965 (z.B. modifizierte Einschlusskriterien). Die Trendanalyse erfolgt jeweils mittels einer quadratischen Regression (polynomiale Regression zweiter Ordnung = poly.), mit der man nicht nur lineare Trends analysieren (allg. steigend oder sinkend), sondern auch komplexere Verläufe wie beispielsweise Trendumkehrungen (z.B. zuerst steigender, dann sinkender Trend) feststellen kann.

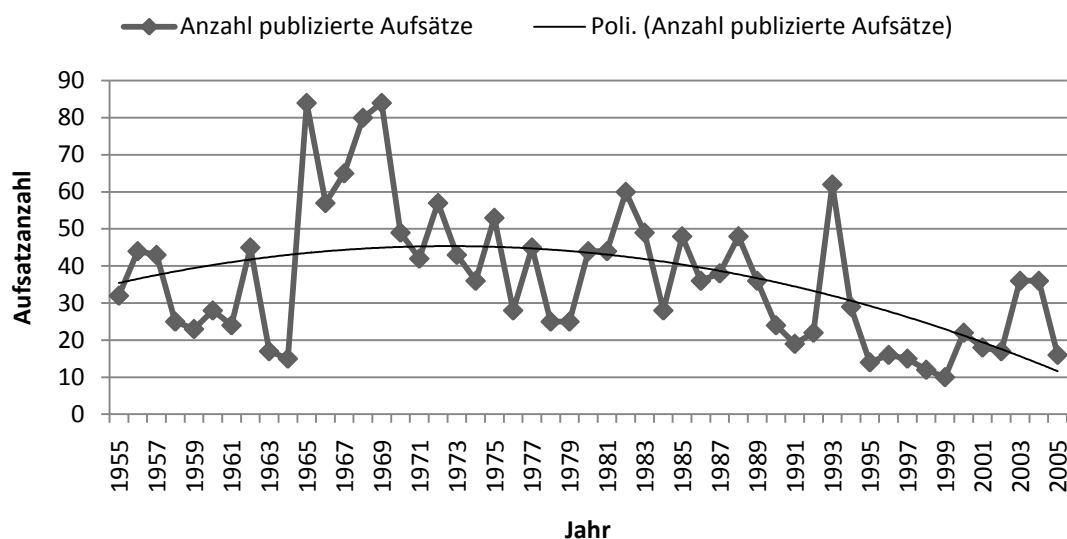
6.3 Auswertung der Einträge

Insgesamt ist ab Mitte der 1970er Jahre im Dietrich tendenziell ein klarer Rückgang der Anzahl publizierter Aufsätze zum Thema Adipositas zu verzeichnen. Dieser Trend verläuft genau umgekehrt zur Entwicklung der Themenhäufigkeit in den zuvor analysierten Tageszeitungen, wo die Beiträge ab 1975 zunehmen. Dieser Trend bekräftigt die Vermutung aus der Pschyrembel-Analyse, dass der wissenschaftliche dem populären Überge-

wichtsdiskurs vorgelagert ist, d.h. dass Übergewicht als wissenschaftliches Thema von den Populärmedien aufgegriffen wurde und nicht umgekehrt.

Grafik 31. Zum Thema Adipositas publizierte Aufsätze von 1955 bis 2005

Absolute Anzahl Aufsätze



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

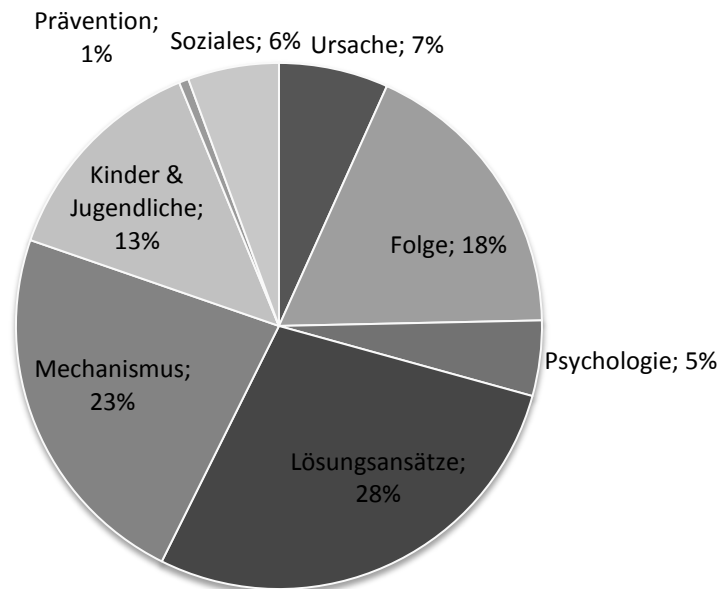
521 Artikel befassten sich mit Lösungsansätzen, d.h. mit den Themen Therapie und Behandlung von Adipositas, gefolgt von 426 Beiträgen zu Mechanismus. Mit den Folgen von Adipositas haben sich 333 Beiträge beschäftigt, mit Kindern und Jugendlichen 251, mit Ursachen 125, mit Sozialem 104, mit Psychologie 86 und mit Prävention 11. Bei den Aufsätzen handelt es sich vornehmlich um Fachpublikationen von deutschsprachigen Titeln. Es befinden sich darunter auch eine geringe Anzahl holländischer, englischer und polnischer Aufsätze. Dabei ist die absolute Artikelzahl mit Vorbehalt zu geniessen; einerseits ist die Bibliographie der Zeitschriftenliteratur nur ein Verzeichnis in einer ganzen Reihe von thematischen Übersichten, andererseits entspricht das Stichwort Adipositas nur einem von zahlreichen Einträgen in der Bibliographie der Zeitschriftenliteratur. Relevant für die Auswertungen sind die relativen Anteile am Themenblock Adipositas.

Sie belegen das Interesse, das die wissenschaftliche Fachwelt gewissen Themenkategorien zu bestimmten Zeitpunkten entgegenbringt im Vergleich mit anderen Themenkategorien.

Um einen Überblick über die 50jährige Entwicklung des Themas Adipositas zu vermitteln, werden die einzelnen Themenkategorien nachfolgend etwas detaillierter betrachtet und wo möglich und sinnvoll mit den Einträgen in *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* verglichen. Dabei beginnt die Analyse mit den diagnoseimmanenten medizinischen Themen Lösungsansätze, Mechanismus, Folgen und Ursachen. Nach einem anschließenden Einblick in das Interesse an der medizinnahen Kategorie Psychologie ergänzen die Resultate aus den eher sozial-politisch motivierten Kategorien Kinder & Jugendliche, Prävention sowie Soziales den Überblick.

Grafik 32. Einzelne Themen

Relativer Anteil in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

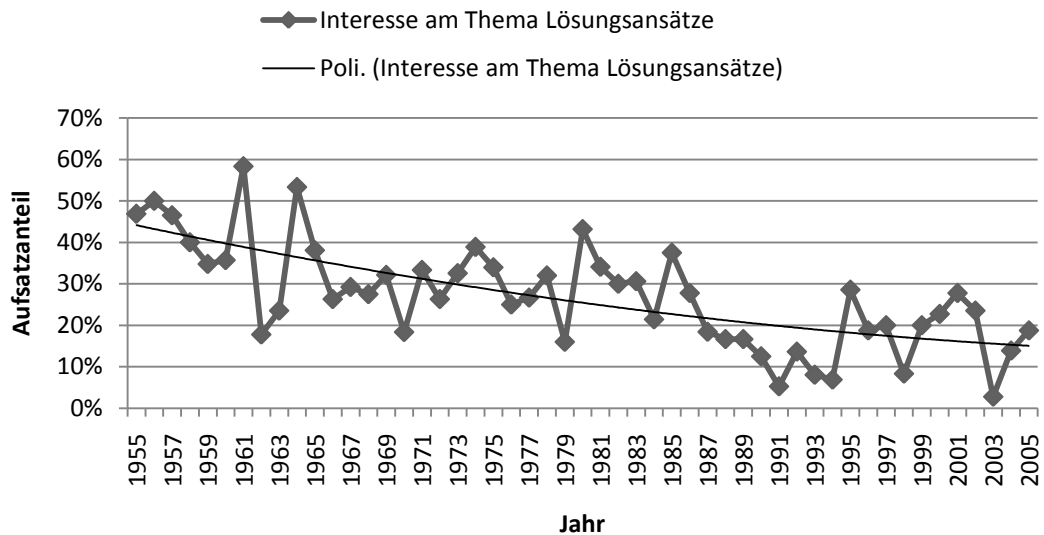
Lösungsansätze

Der Themenkomplex *Lösungsansätze* mit den Unterthemen Therapie und Behandlung von Adipositas ist absolut betrachtet die gewichtigste Kategorie. Das Interesse an den Lösungsansätzen sinkt jedoch über den Betrachtungszeitraum von 50 Jahren kontinuierlich. Relativ betrachtet kann man drei Perioden ausmachen, in denen die Anzahl an Publikationen zum Thema Lösungsansätze zyklisch ansteigt: dies ist der Fall Anfangs der 1960er Jahre, gegen Ende der 1970er Jahre sowie zwischen 1993 und 1999.

Im Vergleich dazu findet sich in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch erst in der 259. Auflage von 2002 ein Hinweis auf die individuell motivierte Therapie von Adipositas. Bariatrische Lösungsansätze, d.h. rein medizinische Lösungen, erwähnt das Klinische Wörterbuch sogar erst in der Ausgabe von 2007. Ob diese Medizinalisierung der Lösungsansätze im Pschyrembel eine Auswirkung haben wird auf das Forschungsinteresse und folglich die Anzahl publizierter Aufsätze, wird die Zukunft zeigen. Jedoch scheint der Schluss naheliegend, dass die über die Jahre publizierten interdisziplinären Forschungsaufsätze zum Thema Lösungsansätze im Jahr 2002 zur Konsolidierung der Adipositas-Definition in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch beigetragen haben.

Grafik 33. Interesse an Themen der Kategorie Lösungsansätze

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

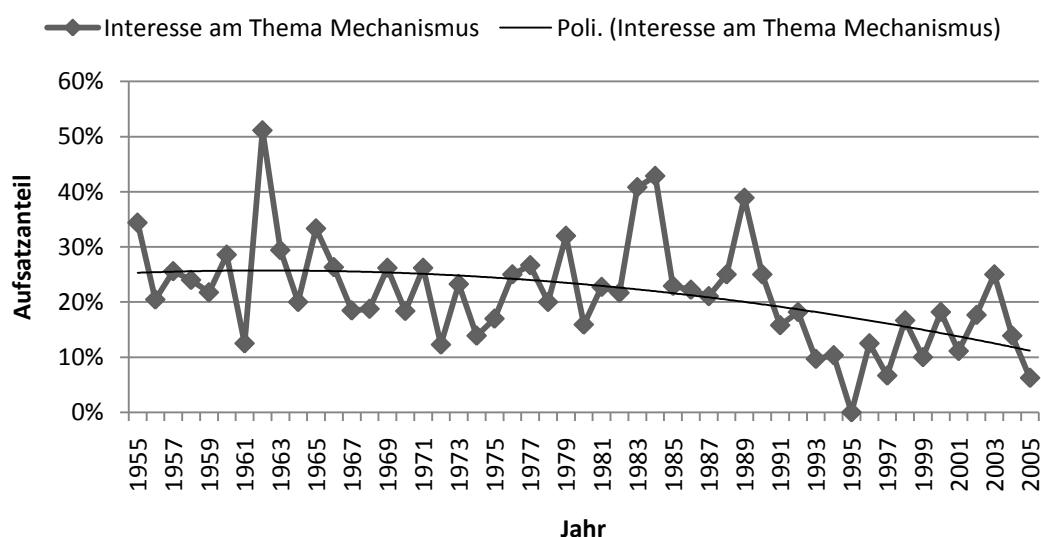
Mechanismus

Die Betrachtung der Vorgänge und Mechanismen, die einen Menschen fettleibig werden lassen, ist bis Anfang der 1980er Jahre von kontinuierlichem Interesse. Anschliessend verliert sich dieses Interesse zunehmend und sinkt Anfangs der 1990er Jahre sogar auf null ab. Die meisten Publikationen finden sich zum Stichwort Mechanismus Anfangs der 1960er Jahre, darunter Aufsätze zur Einteilung, Beurteilung und Pathogenese der Fettleibigkeit und zur Beurteilung des Grades von Adipositas. Bei der zweiten Publikationsspitze zwischen 1981 und 1987 geht es u.a. um die Beschreibung von Adipositas in ausgewählten Populationen, um biomedizinische Abläufe bei adipösen Patienten, um genetische Fettleibigkeit, aber auch um kombinierte Ursachen-Therapie-Forschung. Beim leichten Aufleben des Interesses im Jahre 2002 geht es thematisch um das allgemeine Verständnis von Fettleibigkeit in unterschiedlichen sozialen Schichten sowie um globale Antworten auf ein globales Problem.

Im Vergleich mit dem Klinischen Wörterbuch stellt man fest, dass der Pschyrembel 1959 erstmals auf die bis 1977 als gültige Masseinheit präsentierte Bornhardt-Formel als Gewichtsindikator verweist. In punkto Definition bietet das Klinische Wörterbuch, nach einer Lücke von 1982 bis 1998, im Jahr 2002 mit dem Body Mass Index (BMI) einen neuen Massindikator an, der bis zur letzten untersuchten Pschyrembel-Ausgabe von 2007 als gültiger Standard präsentiert wird und Bestandteil der Adipositas-Definition bildet. In besagter letzter Ausgabe von 2007 wird der BMI-Standard insofern relativiert, als er als fixer Bestandteil der Definition zwar bestehen bleibt, mit dem Taillenumfang jedoch ergänzend eine alternative Messmethode angeboten wird. Die Daten lassen vermuten, dass die Forschungs- und damit Publikationstätigkeit zum Stichwort Mechanismus solange intensiv war, bis die medizinischen Grundelemente als weitgehend erforscht galten. Anschliessend, abgeleitet aus den Indizien, die sich aus der Kombination mit den IBZ und den Pschyrembel-Einträgen ergeben, dürfte sich das Interesse nach 2002 verstärkt in Richtung sozial-politische Themen verlagern.

Grafik 34. Interesse an Themen der Kategorie Mechanismus

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

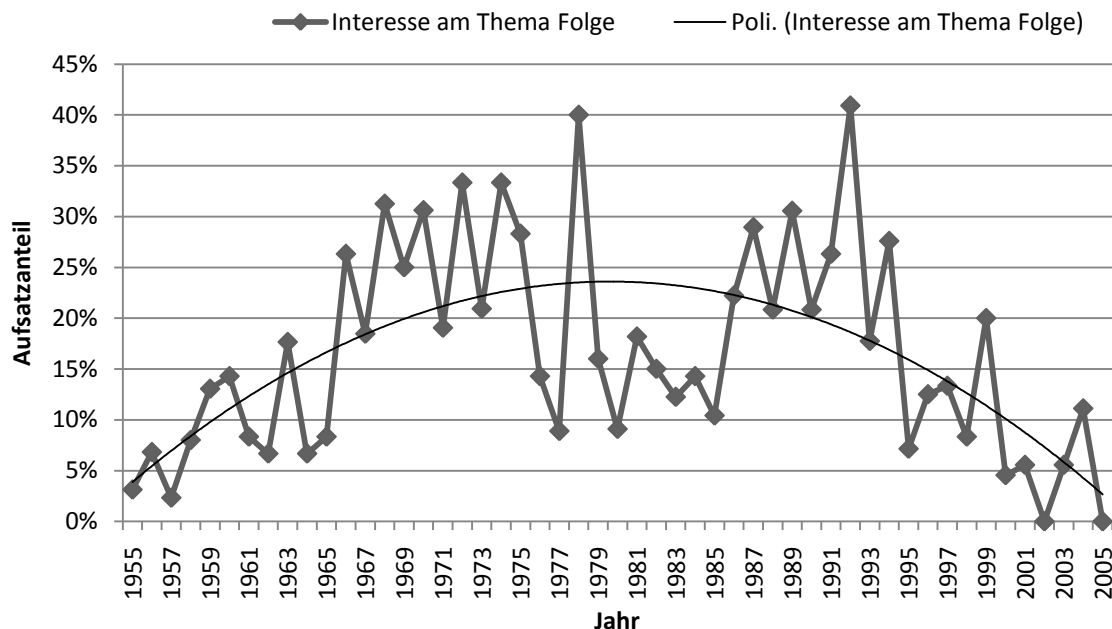
Folgen

Für die Publikationen über Folgen von Adipositas zeigt sich ein gleichbleibendes Interesse in der Anfangsperiode zwischen 1964 und 1974 und nach einem zwischenzeitlichen Einbruch eine erste Spitze im Jahr 1978 und eine zweite 1991. Damit weisen *Lösungsansätze* und *Folgen* auffällig komplementäre Muster auf, in denen die Interessenslücken bei den Lösungsansätzen zeitlich den Interessenssteigerungen bei den Folgen entsprechen. Auch wenn es in dieser qualitativen Analyse nicht möglich ist, die statistische Signifikanz dieser Beobachtung zu belegen, scheint ein möglicher Zusammenhang möglich zu sein

In der Definition des Pschyrembel Wörterbuchs wird die Fettsucht 1982 erstmals als Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen präsentiert. Diese Darstellung wurde in der Folge bis zum Schluss des Untersuchungszeitraumes beibehalten. Auch hier kann die Vermutung angebracht werden, dass das sinkende wissenschaftliche Interesse an den Folgen von Adipositas damit zusammenhängt, dass dieser Punkt aus medizinischer Sicht als weitgehend geklärt gilt, was der Eintrag ins medizinische Wörterbuch belegt. Die Zahl der Beiträge spiegelt in der medizinischen Diskussion demnach Forschungsinteresse und Forschungsnotwendigkeit, nicht aber die Bedeutung der Folgen.

Grafik 35. Interesse an Themen der Kategorie Folgen

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

Ursachen

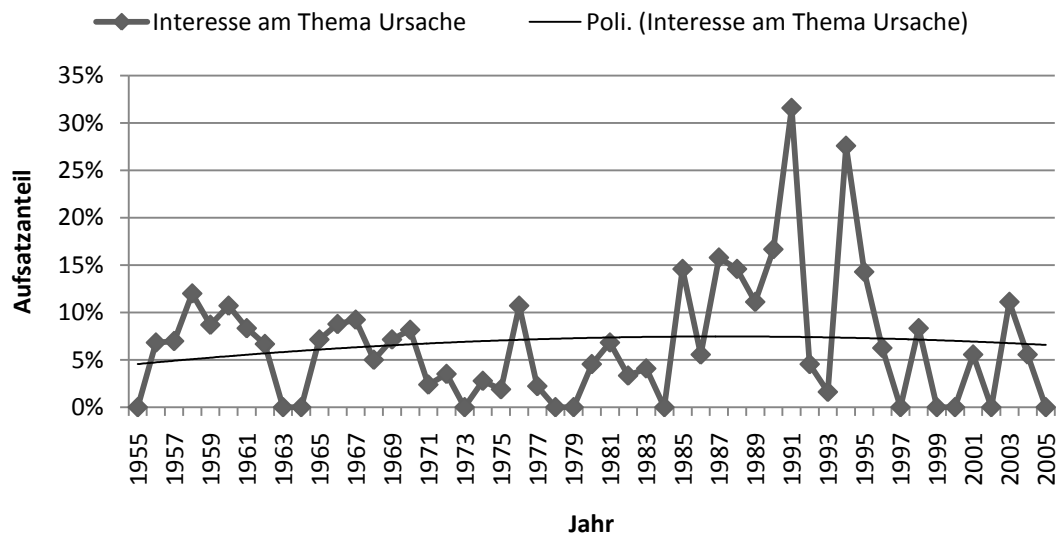
Die Ursachen machten Anfangs der 1990er Jahre rund ein Drittel des gesamten Themenkomplexes um Adipositas aus. Abgesehen von diesem Höhepunkt, bei dem sich die Forschung v.a. mit der Suche eines Übergewicht-Gens befasste, bewegt sich das Interesse für die Ursachen von Übergewicht auf gleichbleibend moderatem Niveau. In der 1959 erschienenen 123.-153. Auflage von Pschyrembel findet sich im Gegensatz zur früheren Auflage eine Erklärung für exogene (erhöhte Nahrungsaufnahme) und endogene (nervale/ endokrine) konstitutionelle Faktoren als Ursache von Fettleibigkeit. Ab 1982 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums wird die Ätiologie von Adipositas im Klinischen Wörterbuch unverändert als „multifaktoriell“ bezeichnet.

Die Analyse hat gezeigt, dass das Fachinteresse für die rein medizinischen Themenkategorien grundsätzlich abnehmend, oder im Fall von Ursachen bestenfalls konstant moderat ist. Vergleicht man diese Entwicklung mit den Einträgen in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, zeigt sich dort für den gleichen Zeitraum eine Konsolidierung der Diagnose für alle genannten Punkte.

In diesem Sinn liegt die Vermutung nahe, dass sich das Forschungsinteresse mit der Etablierung der einzelnen Elemente von Definition, Ursache, Wirkung und Folge von Adipositas zunehmend weg von der medizinischen in eine andere Richtung verlagerte. Eine zweite Beobachtung gilt ebenfalls für alle vier der genannten medizinischen Kategorien. Anfangs der 1990er Jahre, ungefähr im Zeitraum zwischen 1990 und 1993, verzeichnet die Internationale Bibliographie der Zeitschriftenliteratur einen kurzen Interessensaufschwung, der nach dieser Spitze in allen Kategorien wieder abflaut. Nachdem im deutschsprachigen Raum kein bestimmtes Einzelereignis heraussticht, dass diese Interessensspitzen erklären könnte, liegt die Vermutung nahe, dass dieser Ausschlag einhergeht mit einer im deutschsprachigen Raum allgemein erhöhten Sensibilisierung für die Übergewichtsthematik in besagtem Zeitraum. Einige Beispiele aus Verlautbarungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die auch in der Wissenschaft als Referenzgrösse dienen, stützen diese Vermutung: Seit 1990 führt die WHO das Phänomen Adipositas als Krankheit in der „International Classification of Diseases (ICD-9-CM 1990)“ offiziell. Anfang der 1990er Jahre untersuchte die Weltgesundheitsorganisation die Eignung anthropometrischer Parameter als Diagnoseinstrument im Bezug auf Fehlernährung. Die hierbei verwendete Klassifikation des Body Mass Index (BMI) etablierte sich Mitte der 1990er Jahre. Ebenfalls 1990 publizierte die WHO ihre erste Schätzung, wonach weltweit 18 Millionen Kinder unter fünf Jahren übergewichtig seien. Dem Forschungsinteresse in Europa ebenfalls förderlich waren die nationalen Gesundheits- und Ernährungsuntersuchungen (NHANES) aus den USA, die bis zum Beginn der 1980er Jahre eine relativ konstante Zahl übergewichtiger Kinder und zwischen Anfang der 1980er (NHANES II) und Anfang der 1990er Jahre (NHANES III) eine Verdopplung der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern zeigten (Troiano & Flegal, 1998).

Grafik 36. Interesse an Themen der Kategorie Ursachen

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

Psychologie

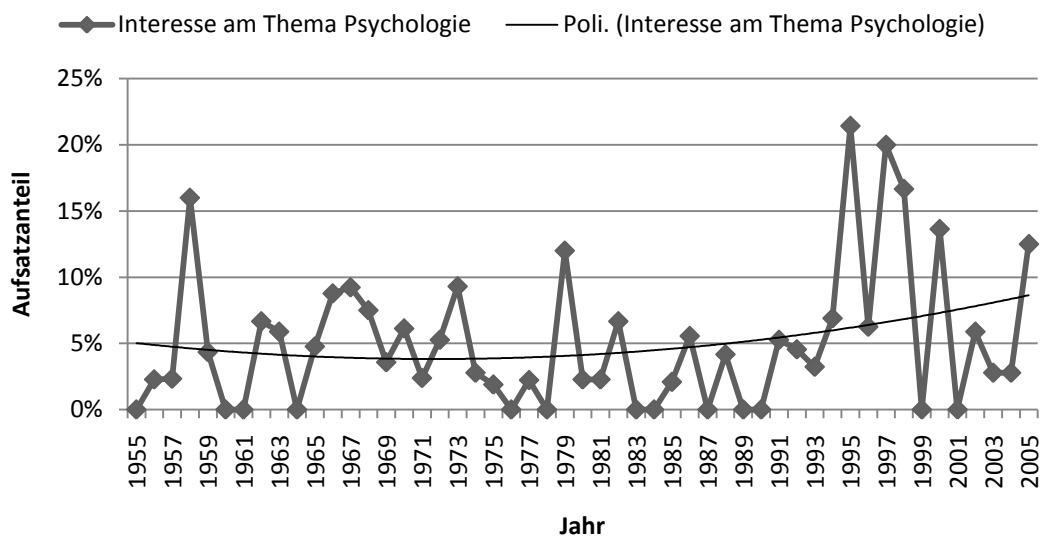
Damit folgt nun die Untersuchung des Themenkomplexes *Psychologie*. Obwohl es sich bei Psychologie um ein medizinnahes Thema handelt, werden die psychologischen Aspekte von Adipositas in Pschyrembel Klinisches Wörterbuch nicht erwähnt. Die Resultate aus dem Dietrich können deshalb nicht verglichen werden mit dem Pschyrembel.

Das Interesse am Thema Psychologie im Zusammenhang mit Adipositas ist nie besonders ausgeprägt und erreicht als Höhepunkt einen maximalen Themenanteil von 20%. Im Gegensatz zu den rein medizinischen Kategorien zeigt es jedoch keinen abnehmenden, sondern im Gegenteil, einen eher steigenden Trend. Ferner beobachtet man auch hier parallel zu den medizinischen Kategorien um 1993 herum einen Höhepunkt des Interesses. Mangels konkreter Ereignisse liegt auch hier die Vermutung nahe, dass das gesteigerte

Interesse an psychologischen Aspekten der Erkrankung die Folge eines umfassenderen sozialen Interesses am Trendthema Adipositas darstellen könnte.

Grafik 37. Interesse an Themen der Kategorie Psychologie

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

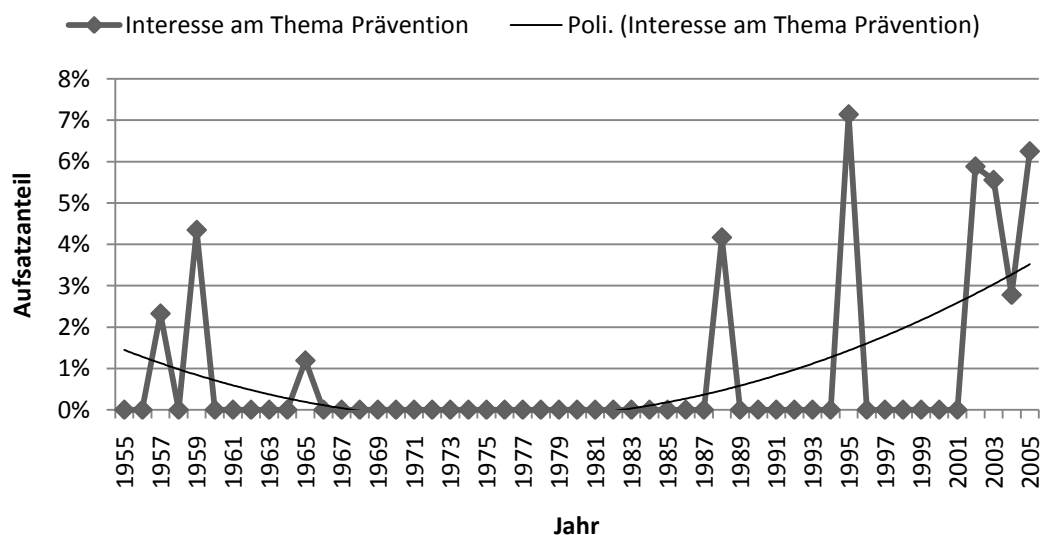
Prävention

Gemäss den Dietrich-Daten kam das Thema der Übergewichtsprävention im deutschsprachigen Raum ungefähr Mitte der 1980er Jahre auf. Seither scheint das Interesse an dieser Themenkategorie zu steigen, wenn auch auf bescheidenem Grundniveau. Nach einer ersten Spitze Mitte der 1950er Jahre gab es nach rund 30 Jahren ohne Interesse an Präventionsthemen einen zweiten Interessensauschlag und anschliessend, nach wiederum rund 10 präventionsthemenfreien Jahren, um 1995 herum eine dritte Spitze. Allerdings erreichte das Thema auch bei diesem letzten Höhepunkt nur gut 7% der Gesamtpublikationen. Ein möglicher Erklärungsansatz für das steigende Interesse an Präventionsthemen liegt darin, dass die rein medizinischen Adipositas-Themen zunehmend durch mehr sozial-politisch orientierte Themen abgelöst werden, zu denen auch die Prävention

zählt. Denn was aus medizinischer Sicht als weitgehend geklärt gilt, stellt aus gesellschaftlich-politischer Sicht weiterhin eine ernsthafte Bedrohung dar; trotz beachtlichen Fortschritten in der bariatrischen Medizin kann die drohende Übergewichtsepidemie in industrialisierten Ländern nicht gestoppt werden. Als Ergänzung zu individuellen medizinischen Lösungsansätzen setzt man deshalb in Europa seit rund 15 Jahren vermehrt auf Präventionsaktivitäten zur Bekämpfung von Übergewicht. Diese Neuorientierung bei der Suche nach Lösungen zur Bekämpfung von Übergewicht könnte das steigende Interesse an Prävention aus sozial-politischer Sicht erklären.

Grafik 38. Interesse an Themen der Kategorie Prävention

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

Kinder & Jugendliche

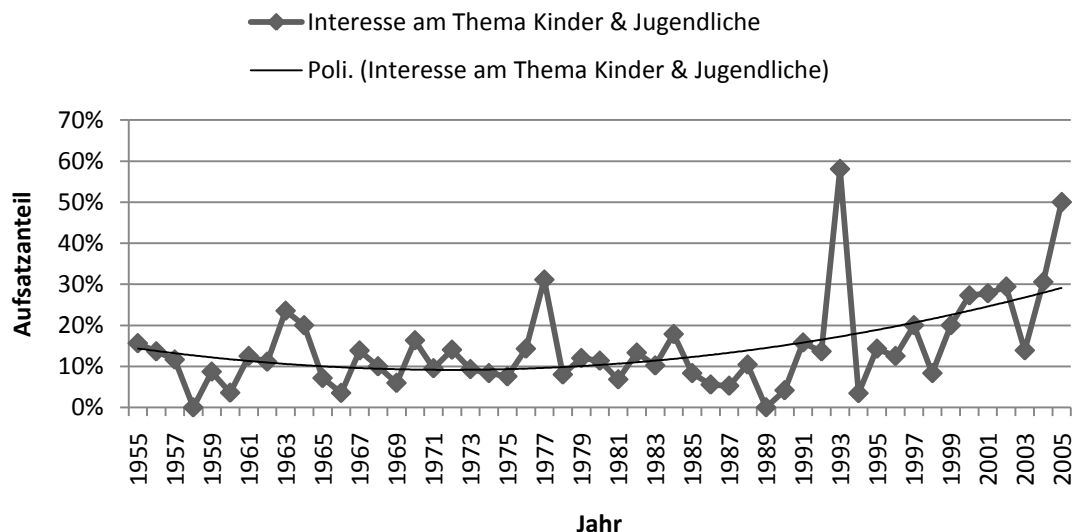
Das Interesse an Adipositas bei Kindern & Jugendlichen steigt seit den frühen 1990er Jahren relativ deutlich an. In jüngster Zeit machen die Fachpublikationen zum Thema Kinder & Jugendliche die Hälfte aller Adipositas-Aufsätze aus. Diese Interessenszunahme kann wie im Fall der Prävention damit erklärt werden, dass Adipositas aus medizini-

scher Sicht in ihren Grundzügen zwar weitgehend als geklärt gilt, das Thema aus gesellschaftlich-politischer Sicht hingegen weiterhin eine ungelöste Bedrohung für das ganze System darstellt. Der in Europa weitverbreitete Präventionsansatz zur Eindämmung des Übergewichts richtet sich dabei seit rund 10 Jahren gezielt an Kinder und Jugendliche und ihr direktes Umfeld. Weitere Informationen dazu liefern beispielsweise die von Gesundheitsförderung Schweiz koordinierten kantonalen Aktionsprogramme (Gesundheitsförderung Schweiz, 2009a).

Weder die Adipositas-Prävention noch das Ausmass der Problematik bei Kindern und Jugendlichen werden im Pschyrembel Klinisches Wörterbuch erwähnt. Gleichzeitig sind es von den bisher genannten die einzigen beiden Themen, die sich gemäss dem Index der Internationalen Bibliographie der deutschen Zeitschriftenliteratur in den letzten 10 bis 20 Jahren eines steigenden Interesses erfreuen. Die Analyse der Kategorien Prävention und Kinder & Jugendliche deutet auf eine Verlagerung der Lösungszuständigkeit hin. Der aus der allgemein wissenschaftlichen Fachliteratur nachgezeichnete Trend führt weg von medizinischen und hin zu politisch-sozial motivierten Lösungsansätzen.

Grafik 39. Interesse an Themen der Kategorie Kinder und Jugendliche

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

Ob sich der beobachtete Trend auch direkt, anhand eines gesteigerten Interesses an sozialen Themen, beobachten lässt, soll mit der nächsten Grafik geklärt werden.

Soziales

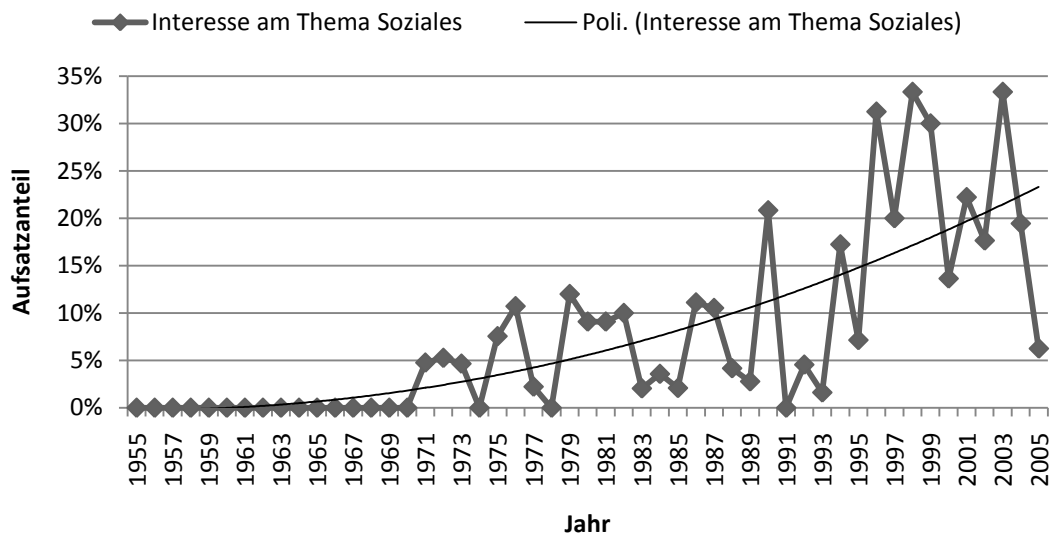
Das soziale, im Gegensatz zum biomedizinischen Interesse für Adipositas, hat in der Forschungsliteratur Ende der 1980er Jahre eingesetzt. Dabei sind in der deutschsprachigen Fachliteratur periodische Themenschwerpunkte festzustellen. Um 1987 finden sich u.a. Gender-, Body Image- und Stigmatisierungsstudien. Ab Mitte der 1990er Jahre kommen Artikel dazu, die sich u.a. mit den sozialen Folgen der Adipositas-Verbreitung in der Gesellschaft sowie den ökonomischen und gesellschaftlichen Kosten von Adipositas beschäftigen. Die Fachpublikationen zu sozialen Adipositas-Themen machen in den jüngsten Jahren fast ein Viertel aller Beiträge aus, Tendenz steigend. Soziale Aspekte

finden im Klinischen Wörterbuch keine Erwähnung, da sie in der medizinischen Forschung aus normativer Sicht kaum einen Beitrag leisten können.

Tendenziell zeigt die Analyse der Fachliteratur, dass sich das Interesse für das Phänomen Adipositas im deutschsprachigen Raum in den letzten 50 Jahren von einer medizinisch dominierten Sphäre zu einer sozial-politisch motivierten Sphäre verlagert hat.

Grafik 40. Interesse an Themen der Kategorie Soziales

Aufsatzanteil nach Jahr in %



Basis: 1'868 Aufsätze aus der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur

6.4 Zusammenfassung der IBZ-Analyse

Aufgrund der teilweise sehr geringen jährlichen Datenmengen und der Datenstruktur stützt sich die Analyse vor allem auf qualitative Auswertungen. Die Erstellung von vertieften, statistisch aussagekräftigen quantitativen Analysen zu den untersuchten Pschyrembel- und IBZ-Daten ist auf dieser Basis nicht möglich. Was sich aufgrund des 50jährigen Zeithorizontes nachzeichnen lässt, ist ein genereller überindividueller Trend,

für den die Daten durchaus indikativ sind. Insgesamt gewinnt man durch eine qualitative Analyse des Pschyrembel Klinischen Wörterbuchs und der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur einen recht guten Überblick über den wissenschaftlichen Diskursverlauf des Themas Adipositas.

Grundsätzlich ist Adipositas über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg sowohl im Pschyrembel als auch in der durch den IBZ repräsentierten Fachliteratur ein Thema. Die Recherchen ergeben, dass das Schlagwort Adipositas im Dietrich seit 1949 aufgeführt wird. Für den Pschyrembel ist diese Information nicht prüfbar.

Im medizinischen – im Unterschied zum sozialen – Ansatz geht es in der Regel darum, eine möglichst intersubjektive, allgemeingültige und wissenschaftlich messbare Wissensbasis für Krankheiten zu schaffen. Es ist folglich davon auszugehen, dass ein gesteigertes Interesse an den Bereichen Definition (Diagnose), Ursache und Behandlung ein Indiz darstellen könnte für die Medizinalisierung des Themas Adipositas. Ein sinkendes wissenschaftliches Interesse könnte eine Verlagerung auf Aspekte bedeuten, die nicht im engeren Sinn der medizinischen Kategorie zugeordnet werden und damit auf eine Entmedizinalisierung hinweisen.

Betrachtet man die Detailauswertungen der IBZ-Einträge von 1955 bis 2005 ist festzustellen, dass das Interesse für die medizinischen Themen im Bereich Adipositas im Verlauf der untersuchten 50 Jahre abgenommen hat. Im Gegensatz dazu steigt das Interesse an nicht-medizinischen Kategorien vor allem in den letzten Jahren. Diese Befunde stehen im Widerspruch zu den Resultaten der Publikumspresse, wo sich der Medizinalisierungstrend vor allem seit dem Beginn der 1990er Jahre verstärkt, aber kaum Tendenzen zu einer Sozialisierung / Politisierung erkennbar sind. Dieser Befund lässt vermuten, dass der wissenschaftliche Diskurs dem populären Mediendiskurs vorgelagert ist. Sollte sich diese Vermutung bestätigen, wird sich in spätestens fünf bis zehn Jahren, d.h. ab ca. 2012, zumindest in den Qualitätszeitungen NZZ und TA eine sozial-politisch dominierte Betrachtung des Themas Übergewicht abzeichnen.

Die Indikatoren lassen vermuten, dass sich die Medizinalisierung von Adipositas in der wissenschaftlichen Fachliteratur des deutschsprachigen Raumes vor allem zwischen 1970 und 1990 abgespielt hat. Ab 1990 hat sich der Fachdiskurs eher in Richtung sozial-politischer Themen verlagert: das Interesse konzentriert sich in der Folge weniger auf die Krankheit Adipositas als solche, als vielmehr auf die soziale Bedeutung dieses Phänomens. In der Publikumspresse hingegen hat der Medizinalisierungstrend erst gegen Anfang der 1990er Jahre verstärkt eingesetzt. Eine sehr schwache Orientierung Richtung sozial-politischer Orientierung deutet sich bei den untersuchten Qualitätszeitungen sogar erst seit 2005 an. Die Erforschung der biophysischen Attribute tritt in der wissenschaftlichen Literatur demnach seit den 1990er Jahren in den Hintergrund, zu Gunsten der Erforschung der Ursachen und Quellen von Bedeutungen, die dem Phänomen Adipositas zugeschrieben werden. In der Publikumspresse hingegen bringen die 1990er Jahre einen Höhepunkt an Beiträgen, die Übergewicht als Risikofaktor für Folgeerkrankungen darstellen.

Die Datenvergleiche zwischen der Publikumspresse und der wissenschaftlichen Fachliteratur lassen vermuten, dass Übergewicht ein wissenschaftliches Thema ist, das seinen Weg in den öffentlichen Diskurs gefunden hat. Der wissenschaftliche Diskurs scheint dem öffentlichen Mediendiskurs in diesem Fall um 5 bis 10 Jahre vorgelagert zu sein.

Dass in der wissenschaftlichen Literatur weniger medizinische Aspekte von Adipositas angesprochen werden, bedeutet jedoch nicht, dass das Problem in der Praxis nicht noch medizinisch betrachtet wird. Der im deutschsprachigen Raum beobachtete Publikationsverlauf widerspiegelt viel eher einen normalen Forschungszyklus: ein Phänomen dominiert den fachwissenschaftlichen Diskurs so lange, bis es aus fachwissenschaftlicher Sicht erforscht ist. Die IBZ-Daten lassen in diesem Sinn vermuten, dass die Medizinalisierung des Themas Adipositas in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Fachliteratur Anfang der 1990er Jahre zugunsten sozialer Themen in den Hintergrund gerückt ist, weil vieles aus medizinischer Sicht klar oder unlösbar ist. Oder in den Worten von Crossley ausgedrückt: „Fat is a Sociological Issue“ (Crossley, 2004).

7 Zusammenfassung der Ergebnisse

7.1 Übergewicht in der Schweiz

Die epidemiologischen Daten zeigen, dass die Schweiz vor allem dank den seit 1992 regelmässig stattfindenden Gesundheitsbefragungen des Bundesamtes für Statistik über Daten verfügt, die ein recht vollständiges Bild zum Körpergewicht des erwachsenen Schweizer und, in Ansätzen, zum Körpergewicht der Schweizer Kinder abgeben. Gemäss diesen Erhebungen ist in der Schweiz aktuell jeder dritte Erwachsene und jedes fünfte Kind übergewichtig. Die vierte Gesundheitsbefragung erfolgte 2007. Gemäss ihren Resultaten zeichnet sich sowohl für das Übergewicht von Erwachsenen als auch von Kindern eine Wachstumsstagnation ab. Was die zeitliche Entwicklung anbelangt, verfügt die Schweiz mit den Gesundheitsbefragungen über fundierte Daten.

Bezüglich der Bevölkerungsgruppe Kinder und Jugendliche war man in der Schweiz lange eher schlecht dokumentiert. In diesem Bereich haben Zimmermann et al. (Zimmermann et al., 2000) mit ihrer gesamtschweizerischen Studie im Jahr 2000 eine grosse Lücke geschlossen. Beispielsweise basiert die Aussage des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), dass in der Schweiz jedes 5. Kind übergewichtig sei, auf den Daten der Zimmermann-Studie. Heute gelten einige dieser Werte aufgrund von methodischen Besonderheiten als eher zu hoch und sind nicht ganz unbestritten. Suter (Suter, 2005) kommt bei seiner Auswertung verschiedener regionaler Studien auf leicht tiefere Werte bei Kindern. Allerdings ist die Datenvergleichbarkeit zwischen verschiedenen Studien generell problematisch. Bei Kindern kann man den für erwachsene Personen seit 1995 etablierten Body Mass Index (BMI) nicht anwenden, sondern muss Wachstumskurven berücksichtigen. Dabei existierte lange kein Standard; es wurde mit länderspezifischen Perzentilwerten gearbeitet. Seit die WHO im Jahr 2000 das Wachstumsmodell von Cole (Cole et al., 2000) zum Standard erklärt hat, sind nationale und internationale Studienvergleiche bei Kindern und Jugendlichen einfacher durchführbar und liefern zuverlässigere Resultate.

7.2 *Aufkommen von Übergewicht als Thema*

Seit wann ist Übergewicht ein Thema in der Schweiz? Diese Frage lässt sich nur sehr schwer beantworten. Informiert man sich via Protokolle, Arbeiten und Jahresberichte der eidgenössischen Ernährungscommission, welche Ernährungsthemen in den 1950er und 1960er Jahren in der Schweiz wichtig waren, gibt es keine Hinweise darauf, dass Übergewicht bereits thematisiert wurde. Damals stand als Folge des erlebten kriegsbedingten Mangels in ganz Europa die Landwirtschaft im Fokus der Politik, insbesondere das Anliegen, dass sie genügend Lebensmittel produziere. Im Zentrum des Interesses standen in den 1950er und 1960er Jahren Fragen der Mangelernährung im Sinn von Vitamindefiziten oder Spurenelementen, d.h. einzelne Komponenten der Ernährung. Ein anderes Thema, das in den 1960er Jahren relativ neu war und seither immer wieder auftaucht, ist die Frage nach toxikologischen Risiken der Ernährung. Heute weiss man, dass Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Lebensmitteln, insbesondere eine ausgewogene Ernährung, in Hinblick auf klinische Auswirkungen bedeutsamer sind als toxikologische Risiken (Kreijl & Knaap, 2004). In den 1960er und frühen 1970er Jahren fehlte dieses Wissen, deshalb wurde das Problem im ersten Ernährungsbericht von 1975 noch überschätzt. Der zweite Schweizerische Ernährungsbericht im Jahr 1984 war – in Anlehnung an den seit den 1970er Jahren erscheinenden Deutschen Ernährungsbericht - begleitet vom Slogan: *zu viel, zu fett, zu süss und zu wenig Nahrungsfasern*. In diesem Sinn tauchte das Thema Gewicht Mitte der 1980er Jahre in gesundheitsbewussten Kreisen in der Schweiz andeutungsweise auf. Das Aufkommen der Light-Welle (Leisibach & Keller, 1998) Ende der 1980er Jahre - mit einem Höhepunkt Anfang der 1990er Jahre - bestätigt die zunehmende Sensibilität für Gewichtsthemen zwischen Mitte 1980er / Anfang der 1990er Jahre. Ab dem Erscheinen des dritten Schweizerischen Ernährungsberichts 1991 und mit der zunehmenden Sichtbarkeit des heute zuständigen Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verstärkte sich das Bewusstsein für die Übergewichtsproblematik in der Schweizer Bevölkerung zunehmend. Anfang der 1990er Jahre zeugte eine Reihe von repräsentativen Studien zum Thema Übergewicht in der Schweiz vom erwachenden Interesse am Thema: 1991 erschien die Heureka-Studie, 1992 begannen die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen, die seither alle fünf Jahr wiederholt werden, 1993-1998 folgte die Luf-

tiBus-Studie und 2000 die Nutri-Trend-Studie. Im Bewusstsein der breiten Bevölkerung tauchte das Thema Übergewicht vermutlich erst im Jahr 1998, mit dem Erscheinen des vierten Schweizerischen Ernährungsberichts auf. Bereits in der Pressemitteilung zur Ankündigung des Berichts wurden erste Resultate aufgegriffen die belegten, dass Übergewicht bedrohlich im Zunehmen begriffen ist. Damals wurde von Ulrich Keller, dem Präsidenten der Redaktionskommission des vierten Ernährungsberichts, der Begriff der Ernährungsschere aufgebracht: Einerseits verwiesen die Resultate aus verschiedenen Studien auf eine Zunahme des Übergewichts, andererseits lieferte eine Zürcher Studie beunruhigende Resultate über die Zunahme von Essstörungen (Bulimie, Anorexie) bei Schülerinnen (Buddeberg-Fischer et al., 1998). Der Begriff der Ernährungsschere symbolisierte die Bedenken, dass immer mehr Personen zum einen oder anderen Extrem tendierten und immer weniger Schweizer normalgewichtig seien. Auch wenn sich die Befürchtungen auf Seiten der Bulimie / Anorexie nicht in diesem Ausmass bewahrheitet haben, wurde das Ernährungsbewusstsein durch diese Gewichtspolemik in weiten Bevölkerungskreisen verstärkt.

Das aufkommende gesellschaftliche Bewusstsein für die Gewichtsthematik ab Mitte der 1980er Jahre deckt sich mit der steigenden Themenfrequenz bei der untersuchten Deutschschweizer Presse. Übergewicht ist seit dem Anfang der 1990er Jahre sowohl in der gesellschaftlichen Realität als auch für die Medien ein Phänomen von Interesse. Zwischen 1990 und 1995 verstärkt sich die Darstellungshäufigkeit des Themas Übergewicht vor allem in den Qualitätszeitungen Tages-Anzeiger (TA) und Neue Zürcher Zeitung (NZZ) stetig. Der Blick zeigt den gleichen Trend, jedoch weist er im Vergleich zum regelmässigen Kurvenverlauf der Qualitätszeitungen mehr Ausschläge auf.

Ziemlich genau das gegenteilige Bild zeigt der Kurvenverlauf der wissenschaftlichen Aufsätze, die zwischen 1955 und 2005 Eingang fanden in die Bibliographie der Internationalen Zeitschriftenliteratur (IBZ). Zwischen 1963 bis Anfang der 1970er Jahre verzeichnete das Übergewichtsphänomen einen Höhepunkt an wissenschaftlichen Aufsätzen. Seit 1975 verliert das Thema stetig an wissenschaftlichem Interesse. Vergleicht man

diesen Befund mit den epidemiologischen Daten, sieht man, dass beispielsweise die Zusammenhänge zwischen Übergewicht und Diabetes Typ 2 in der Medizin seit den 1970er Jahren als bekannt gelten. Allerdings verläuft die abnehmende Themenfrequenz nicht stetig, sondern ist gekennzeichnet durch verschiedene Kurvenausschläge. Beispielsweise zeigen sich um die Jahre 1982, 1991 und 2005 herum drei relative Höhepunkte. Ob diese zeitliche Übereinstimmung mit dem Erscheinen des zweiten, dritten und fünften Ernährungsberichts ein Zufall ist oder ob zwischen den beiden Ereignissen eine Verbindung besteht, können die vorliegenden Daten nicht zeigen. Hingegen zeigen die Auswertungen, dass sich das rege wissenschaftliche Interesse am Thema Adipositas bis Mitte der 1970er Jahre zu Beginn der 1980er Jahre in einem konsolidierten Eintrag im klinischen Wörterbuch Pschyrembel niederschlägt. Seit 1982 wird die Ursache von Adipositas als multifaktoriell beschrieben und darauf hingewiesen, dass Fettsucht einen Risikofaktor für Folgekrankheiten darstelle. Die erstmalige Beschreibung von Adipositas als Vorstufe zu einer Krankheit weist darauf hin, dass die Medizinalisierung des Themas Übergewicht - mindestens aus wissenschaftlicher Sicht – ab 1982 ihren Lauf nimmt.

7.2.1 Dargestellte Medizinalisierung von Übergewicht

Nimmt man das Klinische Wörterbuch Pschyrembel als Indikator, könnte man 2002 als das Jahr bezeichnen, in dem sich die Medizinalisierung wissenschaftlich durchgesetzt hat. Ab diesem Zeitpunkt findet sich im Pschyrembel ein direkter Eintrag zum Suchstichwort Adipositas ohne Verweis auf andere Suchstichwörter. Ebenfalls in dieser Ausgabe von 2002 wird erstmals der von der WHO im Jahr 1995 als Massstab definierte Body Mass Index als Gewichts-Referenzgröße angegeben. Der IBZ-Vergleich dokumentiert im gleichen Zeitraum zwischen 1982 und 2002 ein abnehmendes Interesse am Thema Übergewicht aus medizinischer Sicht. Die wissenschaftlichen Aufsätze in den Kategorien Lösungsansätze, Mechanismus und Folgen nehmen ab, die Ursachenbeiträge bleiben auf sehr moderatem Niveau konstant.

Im Gegensatz dazu erlebt die Darstellung von Übergewicht als Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit in allen drei untersuchten Tageszeitungen einen Aufschwung mit Höhepunkten Anfang der 1980er Jahre und zwischen Anfang und Mitte der 1990er Jah-

re. Der Verlauf der moralisch-ethisch-ästhetischen Bezugsrahmen ist - obschon weniger regelmässig - dem Verlauf des medizinischen Bezugsrahmens sehr ähnlich. Während sich bei der NZZ die medizinische Betrachtungsweise von alternativen Darstellungen abhebt und vor allem in den letzten fünf bis zehn Jahren deutlich zunimmt, verändert sich das Interesse für medizinische Themen bei TA und Blick im Verlauf der Zeit kaum.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei der NZZ die Betrachtung von Übergewicht als medizinisches Phänomen von der Definition bis zu den Folgen dominiert und sich im Verlauf der Zeit verstärkt hat. Für den Tages-Anzeiger und den Blick hingegen verstärkt sich das Interesse am Thema Übergewicht im allgemeinen, nicht aber seine Identifikation als medizinisches Thema. Moralisch-ethische-ästhetische Bezugsrahmen sind für den TA ebenso wichtig und für den Blick sogar wichtiger als medizinische Betrachtungen. Das Auftauchen des Themas Übergewicht als medizinisches Thema in den 1990er Jahren scheint mit der Verfügbarkeit der Resultate aus den ersten Gesundheitsbefragungen und Übergewichtsstudien übereinzustimmen.

7.2.2 Übergewicht – ein soziales Thema?

In der wissenschaftlichen Fachliteratur konzentriert sich der Fachdiskurs seit Anfang der 1990er Jahre eher auf sozial-politisch-ökonomische Themen. Im Zentrum steht die soziale Bedeutung des Phänomens Adipositas und nicht mehr die medizinische. In den untersuchten Tageszeitungen hingegen deutet sich eine sozial-politische Orientierung erst im letzten Betrachtungsjahr 2005 an. Sie ist jedoch so schwach, dass keine detaillierten Aussagen dazu möglich sind. Allerdings lassen die realen Ereignisse erahnen, dass sich der sozial-politisch-ökonomische Bezugsrahmen in Zukunft auch in den Publikumsmedien verstärken könnte: Nachdem der vierte Schweizerische Ernährungsbericht breite Kreise der Schweizer Bevölkerung u.a. deshalb aufgeschreckt hatte, weil man sich bewusst wurde, dass Übergewicht mit enormen Kostensteigerungen für die Gesellschaft verbunden sein würde, verlagerte sich die Diskussion vielerorts von einer individuellen auf eine sozial-politische Ebene. Im Zeichen des wachsenden Gesundheitsbewusstseins wurde 1998 die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ (ehemals Stiftung 19) ge-

gründet, die sich schwerpunktmässig mit den Themen Ernährung, Bewegung, gesundes Körpergewicht befasst. Ein Zeichen für das politische Interesse am Thema Gewicht ist auch die Tatsache, dass in den letzten 13 Jahren eine ganze Reihe von parlamentarischen Vorstössen zur Verbesserung der Ernährung und des Ernährungsverhaltens der Bevölkerung eingereicht wurden. Von den zehn eingereichten waren im Jahr 2008 sechs Vorstösse im Bereich hängig, vier waren abgehandelt und zwei neu eingereicht worden (Schweizerische Bundeskanzlei, 2009). Die zukünftige Verstärkung des politisch-sozialen Bezugs von Übergewicht stützt sich jedoch wie gesagt auf Indizien und bleibt eine Vermutung. Aufgrund der aus der Presseanalyse vorliegenden Daten können keine statistisch relevanten Aussagen gemacht werden, die eine Verstärkung der politisch-sozialen Themen belegen.

7.3 *Vorlaufender Wissenschaftsdiskurs*

Vergleicht man die Darstellung der Publikumspresse mit den wissenschaftlichen Quellen wie dem Klinischen Wörterbuch Pschyrembel oder der Internationalen Bibliographie der Zeitschriftenliteratur, zeichnet sich relativ deutlich eine vorlaufende Entwicklung der Wissenschaft ab. Während beispielsweise Übergewicht im Zusammenhang mit Diabetes in der Medizin schon mindestens seit den 1960er Jahren ein Thema ist, setzte die gesundheitsbezogene Darstellung von Übergewicht als Vorstufe zu einer Krankheit oder als Krankheit in der Deutschschweizer Publikumspresse zwischen 1975 und 1980 mit einer Verstärkung ab den 1990er Jahren ein. Aus den Analysedaten lässt sich schliessen, dass Übergewicht ein wissenschaftliches Thema ist, das von den Populärmedien mit einer Verzögerung von rund 10 Jahren aufgegriffen wurde.

7.4 *Ist Übergewicht ein Ernährungsproblem?*

Insgesamt betrachtet erscheint die Berichterstattung zum Thema Übergewicht in den Deutschschweizer Qualitätsmedien Neue Zürcher Zeitung und Tages-Anzeiger relativ ausgewogen und wenig konstruiert. Weder wird unverhältnismässig viel berichtet, noch

wird das Thema minimiert. Grundsätzlich wird die Bedeutung von Übergewicht als Gesundheitsproblem, insbesondere als Risikofaktor für Krankheiten, dargelegt. Bezüglich der Gründe und der Zuständigkeit für Massnahmen gegen Übergewicht scheinen allerdings noch Lücken in der Darstellung zu bestehen. An erster Stelle, sowohl bei den Ursachen als auch bei den Therapien (Massnahmen), steht noch immer vorwiegend die individuelle Ernährung – Übergewicht ist vorwiegend ein Ernährungsproblem. Bewegung und gesellschaftliche Ursachen / Massnahmen werden im Zusammenhang mit Übergewicht höchstens am Rand erwähnt.

Grundsätzlich scheint es offensichtlich, dass die breite Darstellung des Themas Übergewicht in den Populärmedien kaum zusammenhängt mit der Darstellung des Themas in den wissenschaftlichen Fachmedien (beinahe im Gegenteil). Die Präsenz des Themas in den Tageszeitungen und seine Darstellung in einem medizinischen Zusammenhang scheinen im Gegenteil in einem direkten Zusammenhang zu stehen mit der institutionellen Verbreitung der Resultate aus den Gesundheitsbefragungen und anderen nationalen Studien. Allerdings scheint die Übergewichtsthematik in ihrer Gesamtdarstellung noch ungenügend verknüpft mit Massnahmenplänen, wie sie beispielsweise im Nationalen Programm Ernährung und Bewegung 2008-2012 der Schweizerischen Eidgenossenschaft formuliert werden (Bundesamt für Gesundheit, 2008a). Dies könnte mit den föderalistischen Strukturen der Schweiz zusammenhängen, insbesondere mit der Tatsache, dass zahlreiche Präventionsprogramme z.Z. noch an die Kantone delegiert sind und somit eine regionale, operationalisierte Sichtweise dominiert.

8 Ausblick: Was trägt dieses Wissen zur Lösung des Problems bei?

Das Verständnis aller Beteiligten über die Grundlagen eines Problems bildet die grundlegende Voraussetzung zu seiner Lösung. Je rascher Wissenschaftler, Politiker, Behördenvertreter und andere interessierte Parteien miteinander kommunizieren, desto effizienter können Lösungsansätze zur Gesundheitsverbesserung und Kostensenkung umgesetzt werden (Dorfman, Wilbur, Lingas, Woodruff, & Wallack, 2004). In diesem Sinn trägt das in dieser Untersuchung gewonnene Wissen zum gemeinsamen Problemverständnis der im Kampf gegen Übergewicht beteiligten Gruppen bei.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass vor allem Ursachen und Massnahmen von Übergewicht in ihrer Darstellung noch immer stark individualisiert und auf Ernährung fokussiert sind. Lösungsansätze zielen bestenfalls darauf ab, das Individuum in seinen Bemühungen um bessere Ernährung zu unterstützen, schlechtesten falls fördern sie ungesunde Ernährungsweisen, z.B. unausgewogene Diäten. Umfeldveränderungen sind in der Mediendarstellung kaum ein Thema. Diese individualistische Sichtweise schützt die ökonomischen Interessen der Gesundheitsindustrie besser als die Interessen von (betroffenen) Einzelpersonen. Die Nahrungsindustrie kann nach dem Motto ‚es gibt keine schlechten Lebensmittel, nur schlechte Ernährung‘ weiterhin ungehindert „ungesunde“ Speisen und Getränke produzieren und sich dabei mit dem Argument schützen, dass nicht die Produkte oder die Werbung schuld seien am Übergewicht, sondern die mangelnde Selbstkontrolle der einzelnen Konsumenten. Die Pharmaindustrie profitiert von der Medizinalisierung von Übergewicht durch den Verkauf von medikamentösen und operativen Lösungsmassnahmen. Der Gewichtsfokus (BMI), d.h. die Gleichsetzung von Dünn mit Gesund, resultiert bei zahlreichen Individuen in gesundheitsgefährdenden, langfristig nutzlosen Gewichtsverlustbemühungen, anstatt in einer Verbesserung des allgemeinen Ernährungsverhaltens (Cohen, Perales, & Steadman, 2005). Aus Sicht der institutionellen Gesundheitsförderung ist diese reduktionistische Ursachen-Wirkungs-Darstellung von Dünn = Gesund im besten Fall nicht korrekt; im schlechtesten Fall wirkt sie sich sogar gesundheitsgefährdend aus. Denn durch den ausgelösten Schlankeitswahn und die damit verbundene Stigmatisierung Übergewichtiger schämen sich zahlrei-

che Betroffene für ihr Übergewicht und verzichten deshalb in der Öffentlichkeit auf gesundheitsförderndes Verhalten wie beispielsweise Schwimmen oder andere physische Aktivitäten. Dabei ist bekannt, dass die durch die Stigmatisierung ausgelösten Folgen für übergewichtige Individuen gesundheitsgefährdender sein können als das eigentliche Übergewicht (Cohen et al., 2005). In den USA hat die durch die Individualisierung verursachte Stigmatisierung Dicker in den späten 1960er Jahren die Akzeptanzbewegung für Dicke (Fat Acceptance Movement) hervorgebracht (Germov & Williams, 1996; Muennig, 2008; Murray, 2008). In der Schweiz sind ähnliche Bewegungen denkbar, wenn der Druck auf die wachsende Gruppe übergewichtiger Menschen nicht gelockert und verstärkt auf Umfeldaktivitäten ausgeweitet wird.

Im Sinne einer effizienten Übergewichtsprävention scheint es zudem sinnvoll, die institutionelle Übergewichtsinformation inhaltlich besser zu verknüpfen mit bestehenden Massnahmenplänen des Bundes. Vor allem die reduktionistische Darstellung von Dünn = Gesund müsste überdacht werden. Die laufenden Präventionsprogramme, die sich vor allem an Kinder und Jugendliche wenden, scheinen zwar ihr Sensibilisierungsziel zu erreichen. Jedoch werden sie zumindest in der öffentlichen Darstellung nicht begleitet von Botschaften, die die Akzeptanz von Übergewichtigen fördern und den Betroffenen damit eine aktivere Teilnahme am gesunden Leben und an der Prävention einer weiteren Gewichtszunahme ermöglichen. Auch werden über die individuelle Anleitung zu gesunder Ernährung hinaus wenig Möglichkeiten zur Übergewichtsbekämpfung aufgezeigt.

Aus den Erfahrungen anderer Länder ist bekannt, dass langfristig effiziente Lösungen nur erreicht werden, wenn die Problemverantwortung zwischen Individuum und Gesellschaft aufgeteilt wird. Die Gesellschaft muss sinnvolle Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb deren das Individuum seiner persönlichen Verantwortung nachkommen kann. In Skandinavien wurden zum Schutz des Individuums bereits in den 1970er und 1980er Jahren umfassende Ernährungspolicies eingeführt (Lüthy, 2005). In der föderalistischen Schweiz scheiterte ein in den 1980er Jahren unternommener Versuch, ein nationales helvetisches Präventionsgesetz zu erlassen mit der Folge, dass die Verantwortung für Prä-

ventionsmassnahmen bei den Kantonen liegt. Immerhin deklariert das „Nationale Programm Ernährung und Bewegung 2008 – 2012“ den kantonalen Austausch als eines seiner Hauptziele. In diesem Sinn müssten die Massnahmen zur Verlagerung des Übergewichtsdiskurses von einer individuellen auf eine gesellschaftliche Ebene im Rahmen dieses Nationalen Programmes geplant und one-voice an die Kantone kommuniziert werden. Ein möglicher Anknüpfungspunkt sind die Themen Übergewichtsprävention und Kinder & Jugendliche. Gemäss den vorliegenden Analysen erfahren beide Themen in den letzten Jahren erhöhte Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Darstellung. Um den ebenfalls in dieser Untersuchung erkannten zeitlichen Vorlauf des wissenschaftlichen auf den öffentlichen Diskurs zu verkürzen, müsste der wissenschaftliche Diskurs zur gesellschaftlichen Betrachtung von Übergewicht durch die zuständigen institutionellen Ebenen bewusst verstärkt und gefördert werden.

Die Analyse hat gezeigt, dass die Resultate von Schweizer Studien, insbesondere die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen, das Interesse am Thema Übergewicht in den öffentlichen Medien ungleich stärker angeregt haben als die wissenschaftlichen Diskurse in den Fachmedien. Daraus lässt sich schliessen, dass die Darstellungsänderung von einem individualistischen auf einen gesellschaftlichen Bezugsrahmen durch Schweizerische Fachstudien angeregt werden kann, die im Auftrag der zuständigen Behörden wie beispielsweise des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt und kommuniziert werden. Da Botschaften der zuständigen Behörden gemäss der vorliegenden Untersuchung der Publikumspreise relativ ausgewogen wiedergegeben werden, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass es den zuständigen Behörden bei einer entsprechend systematischen Kommunikations- und Informationspolitik via öffentliche Medien in relativ kurzer Zeit gelingen wird, bei der Schweizer Bevölkerung das Bewusstsein für gesellschaftliche Lösungen zu stärken.

APPENDIX A

CODEBUCH UND CODEBOGEN

***Erfassung der
Darstellung von Übergewicht in Deutschschweizer Printmedien
von 1955-2005***

Cristina Furrer

Institute of Communication and Health
Università della Svizzera italiana
Via Giuseppe Buffi 13
CH-6904 Lugano

Stand: 15.6.2009

INHALT

Einleitung und Fragestellung	199
Methodisches Vorgehen	199
Auswahl der Printmedien	199
Untersuchungszeitraum und Stichprobe.....	199
Identifikation der relevanten Beiträge	199
Allgemeine Codieranweisungen	200
Vorgehensweise	200
Kategoriensystem	201
Identifikation der Codierer	201
Merkmale der Beiträge	201
1 Formale Merkmale der Beiträge	201
1.1 Beitragsnummer	201
1.2 Medium	201
1.3 Publikationsdatum	201
1.5 Jahreszeit	201
1.6 Haupttitel des Beitrags.....	202
1.7 Schlagworte	202
1.8 Autorenname	202
1.9 Geschlecht des Autors	202
1.10 Ressort	202
1.11 Länge des Beitrags	202
1.12 Vorhandensein von Bild oder Grafik	203
2 Inhaltliche Merkmale der Beiträge	203
2.1 Stilform.....	203
2.2. Haupt- bzw. Nebenthema	204
2.3 Inhalt	204
2.4 Übergewichtsdefinition.....	205
2.6 Urheber	206
2.7 Betroffene	207
2.8. Problematisierung.....	207
3. Aussagen	208
Codebogen.....	13

EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Das vorliegende Codebuch bildet die Grundlage zu einer inhaltsanalytischen Untersuchung der Darstellung von Übergewicht in den Deutschschweizer Printmedien *Neue Zürcher Zeitung (NZZ)*, *Tages-Anzeiger (TA)* und *Blick (Bli)*. Hauptziel der Analyse ist herauszufinden, in welche/n thematischen Bezugsrahmen das Thema Übergewicht in der Deutschschweizer Presse von 1955 bis 2005 gestellt wird und ob sich diese/r Bezugsrahmen im Verlauf der Zeit verändert/n. Insbesondere soll mittels der Inhaltsanalyse die Frage geklärt werden, ob die Publikumspresse das Thema Übergewicht medizinalisiert, d.h. in einen medizinischen Rahmen gestellt hat.

Fragestellung

Die Inhaltsanalyse soll zur Beantwortung der nachfolgenden Forschungsfragen beitragen:

- In welchen Bezugsrahmen stellen die untersuchten Zeitungen Übergewicht?
- Sie verändert sich dieser Bezugsrahmen über die Zeit?

METHODISCHES VORGEHEN

AUSWAHL DER PRINTMEDIEN

Untersucht wird die Berichterstattung der Deutschschweizer Tageszeitungen *Neue Zürcher Zeitung (NZZ)*, *Tages Anzeiger (TA)* und *Blick*. Die Untersuchung schliesst den gesamten redaktionellen Teil der Titel ein. Die Berichterstattung der ausgewählten Zeitungen steht exemplarisch für die Inhalte von Medien mit informierender, meinungsbildender und auch unterhaltender Funktion. Sie repräsentieren die Schweizer Medienlandschaft nicht im statistischen Sinn, können aber insofern als repräsentativ für die Schweizer Presse bezeichnet werden, als sie aufgrund ihres Einflusses auf die öffentliche Meinungsbildung oft als Leitmedien für andere Schweizer Publikationsorgane bezeichnet werden. Die Auswahl der für die Codierung relevanten Beiträge erfolgt durch die Suche nach Schlüsselbegriffen im Titel. Für die Recherche wurde auf die archivierten Originalausgaben der Zeitungen (Printausgaben, Mikrofiches) bzw. ab 1995 auf die Datenbank des Medienarchivs *Swissdox* zurückgegriffen.

UNTERSUCHUNGSZEITRAUM UND STICHPROBE

Der Untersuchungszeitraum umfasst die Periode vom 01.01.1955 bis zum 31.12.2005. Für die drei Zeitungen werden beginnend mit dem Jahr 1955, bzw. für den seit 1959 erscheinenden Titel *Blick* beginnend mit dem Jahr 1960, in jedem fünften Kalenderjahr (1955, 1960, 1965 usw.) alle Werktags-Ausgaben von Montag bis Freitag des besagten Jahres berücksichtigt. Die Samstag- und Sonntagsausgaben sind deshalb ausgeschlossen, weil nicht alle Zeitungen im gesamten Beobachtungszeitraum Wochenendausgaben hatten. Damit sind für die drei Schweizer Blätter 11 Stichjahre x 3 Zeitungen x 52 Wochen x 5 Tage relevant.

Eine Besonderheit präsentiert die *NZZ*, die bis 1969 jeweils mit täglich drei Ausgaben - einer Morgen-, einer Mittags- und einer Abendausgabe - erschien. 1969 erfolgte die Umstellung von drei auf zwei Ausgaben pro Tag, seit 1974 erscheint die *NZZ* einmal täglich. In die Analyse einbezogen werden alle Ausgaben des jeweiligen Tages.

IDENTIFIKATION DER RELEVANTEN BEITRÄGE

Für die Untersuchung sind alle Artikel relevant, die in der Überschrift und/oder auf Bildern das Thema Übergewicht ansprechen. Gesucht wird nach expliziten Schlüsselbegriffen wie: Fettleibigkeit, Adipositas, Body Mass Index / BMI, Diät, Essstörung, Übergewicht. Aber auch weniger explizite oder gar implizite Nennungen wie Spaghettikurven, ausgeprägte Formen u.ä. können auf relevante Beiträge hinweisen. Zur Überprüfung der Relevanz wird in diesem Fall der Lead gelesen.

ALLGEMEINE CODIERANWEISUNGEN

Jeder Codierer erhält von der Projektleitung eine Anzahl Beiträge und verschlüsselt diese in der Reihenfolge, in der sie übergeben wurden. Es werden alle Beiträge codiert, die sich mit dem Thema Übergewicht bei Personen befassen. Dazu gehören auch Ernährungs- und Bewegungstipps, sofern sie sich explizit auf Übergewicht beziehen.

Nicht codiert wird bezahlte Werbung, z.B. Anzeigen für Schlankheitsmittel, Korsetts, Turngeräte usw. Ebenfalls nicht erfasst werden Beiträge, die ausschliesslich Diätanleitungen, Kochrezepte, Turnübungen oder Einkaufstipps enthalten, ohne dabei auf die übergewichtsrelevanten Ursachen und Folgen von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten einzugehen. Beiträge, die sich ausschliesslich mit Übergewicht bei Tieren befassen, werden nicht erfasst.

Für die relevanten Beiträge erfasst der Codierer im Codebogen die definierten formalen und inhaltlichen Merkmale.

VORGEHENSWEISE

Jeder Codierer erhält von der Projektleitung eine Anzahl Beiträge, die bei der Suche bereits thematisch ausgewählt wurden. Sollte sich herausstellen, dass ein Beitrag nicht relevant ist, wird er durch einen dicken roten Schrägstrich markiert und der Projektleitung zurückgegeben. In einzelnen Fällen enthalten Ausdrucke auf einer Druckseite mehrere Beiträge. Es ist dann für jeden einzelnen Beitrag zu prüfen, ob er codiert wird oder nicht.

Jeder Codierer liest zunächst den zu bearbeitenden Beitrag sorgfältig durch und entscheidet, ob der Beitrag zum Thema gehört und damit codiert werden muss. Falls dies nicht der Fall ist, ist wie oben angegeben zu verfahren (dicker roter Schrägstrich). Falls der Beitrag zum Thema gehört, wird ein Codebogen angelegt.

Im Codebogen werden in einem ersten Schritt die formalen Artikelmerkmale wie Beitragsnummer, Medium, Publikationsdatum, Haupttitel, Autorenname, Ressort, Länge, Bild/Grafik festgehalten.

In einem zweiten Schritt erfasst der Codierer inhaltliche Merkmale des Beitrags. Dazu gehören Stil, Haupt-/Nebenthema, Inhalt, verwendete Definitionen, Urheber der Aussagen und betroffene Gruppen. Um diese Informationen festzuhalten, basiert sich der Codierer auf seinen durch das Lesen des gesamten Artikels entstandenen Eindruck. Wenn der Codierer unschlüssig oder ein Beitrag lang und kompliziert ist, muss er ggf. mehrfach gelesen werden.

Im dritten Schritt wird der Beitrag daraufhin überprüft, ob er relevante Aussagen aus den Kategorien Problemdefinition, Ursachen, Folgen und Massnahmen im Sinne des Codebuches enthält. Dazu wird das Vorkommen von definierten Aussagen in den genannten vier Kategorien erfasst. Pro Kategorie wird geprüft, ob die aufgelisteten Aussagen im Beitrag vorkommen (1) oder nicht vorkommen (0). Dazu geht der Codierer den Beitrag Satz für Satz durch und überprüft das explizite oder implizite Vorhandensein der Aussagen. Darüber, ob eine Aussage zutrifft, bestimmt nicht der genaue Wortlaut der Aussage, sondern vielmehr ihr Inhalt; der Codierer stützt sich dabei auf seinen durch das Lesen des Artikels entstandenen Eindruck.

KATEGORIENSYSTEM

IDENTIFIKATION DER CODIERER

Jeder Codierer besitzt eine Kennziffer, die auf allen Codebögen vor der Verschlüsselung der Aussagen zu notieren ist.

- 1) Cristina Furrer
- 2) Julia Haes

MERKMALE DER BEITRÄGE

Beiträge im Sinne der vorliegenden Untersuchung sind formal durch Überschrift, Datumsangabe und Agentur- bzw. Autorenkürzel gekennzeichnete Einheiten mit einer meist durchgängigen Stilform zu einem zentralen Thema. Zwischenüberschriften, die einen Text formal und/oder inhaltlich gliedern, konstituieren keinen neuen Beitrag. Zur Abgrenzung von verschiedenen Beiträgen, die gelegentlich auf einer Seite zusammen abgedruckt sein können, wird festgestellt, ob die abzugrenzenden Textbestandteile in einer Zeitung als verschiedene redaktionelle Beiträge unabhängig voneinander gelesen und verstanden werden könnten. Ist dies nicht der Fall oder bestehen Zweifel daran, werden die Texte als Bestandteile eines einzigen Artikels betrachtet und zusammen auf einem Codebogen erfasst.

1 FORMALE MERKMALE DER BEITRÄGE

1.1 BEITRAGSNUMMER

Jeder Beitrag ist mit einer ein- bis dreistelligen Laufnummer gekennzeichnet, die zu Beginn jeder Codierung auf den Codebogen übertragen wird. Beispiel: 3 oder 139. Ist versehentlich keine Nummer auf dem Beitrag eingetragen, ist Rücksprache zu halten mit der Projektleitung.

1.2 MEDIUM

Das Medium, in dem der jeweilige Artikel erschienen ist, wird auf dem Ausdruck angegeben. Zur Identifikation wird auf dem Codebogen die jeweilige Nummer vermerkt.

- 1 Neue Zürcher Zeitung (NZZ)
- 2 Tages Anzeiger (TA)
- 3 Blick (Bli)

1.3 PUBLIKATIONSdatum

Das Erscheinungsdatum des Beitrags wird achtstellig verschlüsselt, in der Reihenfolge TT.MM.JJJJ, z.B. 01.07.1965 oder 28.06.2000. Ist auf dem Ausdruck kein Datum ersichtlich, ist das entsprechende Kästchen leer zu lassen.

1.5 JAHRESZEIT

Zusätzlich zum Datum wird die Jahreszeit erfasst, in der der Beitrag im Medium erschienen ist. Dabei gilt folgende Einteilung:

- 1 Frühling (März, April, Mai)
- 2 Sommer (Juni, Juli, August)
- 3 Herbst (September, Oktober, November)
- 4 Winter (Dezember, Januar, Februar)

1.6 HAUPTTITEL DES BEITRAGS

Der Haupttitel des Beitrags ist originalgetreu und leserlich zu erfassen, z.B. „Jedes vierte Kind in der Schweiz ist übergewichtig“. Spitzmarken (Obertitel) und Untertitel sind nicht zu erfassen.

1.7 SCHLAGWORTE

Manchmal kommen wichtige "Anlässe" oder Schlagworte nicht im Titel vor (z.B. Ernährungsbericht, Monica-Studie usw.). Deshalb werden für jeden Artikel noch 1-3 Schlagworte vergeben (z.B. Ernährungsbericht, Weight Watchers-Diät, Schlank bleiben, Warnung vor Pillen usw.), ggf. auch wenn sie im Titel vorkommen.

1.8 AUTORENNAME

Hier erfasst der Codierer den Haupt- und falls vorhanden Zweitautor des Beitrags mit Namen bzw. Initialen, sofern diese Angaben auf dem Ausdruck ersichtlich sind. Zum Beispiel Hans Meier bzw. hm. Agenturmeldungen sind mit dem entsprechenden Agenturnamen oder -kürzel zu erfassen, z.B. reuters bzw. sda. Wenn entsprechende Angaben fehlen, ist das Kästchen leer zu lassen.

1.9 GESCHLECHT DES AUTORS

Sofern ersichtlich, wird das Geschlecht des Autors ebenfalls erfasst. Dabei gilt folgende Einteilung:

m = Mann

f = Frau

n = keine Angaben

1.10 RESSORT

Das Ressort, in dem der codierte Beitrag erscheint, wird nach der Bezeichnung auf dem Ausdruck bestimmt. Fehlt diese Angabe oder ist sie nicht genau zuzuordnen, wird 0=„keine Angabe, nicht feststellbar“ eingetragen.

- 0 Keine Angabe, nicht feststellbar
- 1 Politik, Nachrichten
- 2 Wirtschaft
- 3 Vermischtes, bunte Seiten, Kehrseite, Kurzmeldungen
- 4 Lokalteil, mit Ortsbezeichnung versehenes Ressort
- 5 Sonderseiten wie Life Style, Essen, Ratgeber, Gesundheit, Wissen, Wissenschaft, Medizin
- 6 Leserseite
- 7 Radio / TV
- 9 Anderes

1.11 LÄNGE DES BEITRAGS

Die Länge des Beitrags wird in Einheiten von A4-Seiten geschätzt. Sind mehrere eindeutig verschiedene Beiträge auf einer Seite zusammen abgedruckt, wird diese Seite für jeden der Artikel gezählt. Umfasst ein Artikel mehr als 9 A4-Seiten, wird „9“ codiert.

- 1 Weniger als eine A4-Seite
- 2 Eine A4-Seite
- 3 Etwas mehr als eine A4-Seite
- 4 Zwei A4-Seiten
- 5 Etwas mehr als zwei A4-Seiten
- 6 Drei A4-Seiten
- 7 Mehr als 3 A4-Seiten
- 8 Mehr als 9 A4-Seiten, Anderes

1.12 VORHANDENSEIN VON BILD ODER GRAFIK

Der Codierer gibt an, ob der Beitrag durch Bilder (Fotos, Illustrationen, Skizzen etc.) oder Grafiken (Charts, Tabellen etc.) ergänzt wird oder sogar ausschliesslich aus Bild/Grafik besteht.

- 0 keine Bilder / Grafiken vorhanden (reiner Textbeitrag)
- 1 Bild(er) oder Grafik(en) ergänzen den Textbeitrag
- 2 Beitrag besteht ausschliesslich aus Bild/Grafik, allenfalls mit entsprechender Bildlegende

2 INHALTLICHE MERKMALE DER BEITRÄGE

Nachdem der Codierer die formalen Merkmale erfasst hat, codiert er die inhaltlichen Merkmale. Dafür liest er den Artikel wenn nötig mehrmals durch.

2.1 STILFORM

Die Stilform beschreibt die sprachliche Aufbereitung und Machart eines Themas im Beitrag. Hier wird nach dem Gesamteindruck codiert. Enthält ein Beitrag Bestandteile mit unterschiedlichen Stilformen, z.B. einem tatsachenbetonten Einstieg, gefolgt von einem kurzen Interview und anschliessend erneut eine berichtende Passage, wird die mengenmässig vorherrschende Darstellungsweise verschlüsselt, z.B. 1=„Tatsachenbetonte Beiträge“. Enthält ein Beitrag ausnahmsweise zwei Stilformen in gleicher Verteilung, ohne dass eine bestimmte Dominanz zu erkennen wäre, sind beide Stilformen einzutragen, z.B. besteht der Beitrag aus einem Erfahrungsbericht sowie einem Lesertelefon. Sofern keiner der beiden Teile anteilmässig dominiert, sind beide zu codieren als Code = 3 für den Erfahrungsbericht und Code = 5 für das Lesertelefon.

- 1 **Tatsachenbetonte Beiträge:**
Alle Texte, die aktuelles Geschehen oder Hintergrundinformationen sachlich darstellen. Solche Beiträge besitzen eine vermittelnde Funktion und sind in der Regel in einer nüchternen, faktenbetonten Sprache geschrieben. Beispiele: Nachrichten, Berichte, Statistiken.
- 2 **Meinungsbetonte Beiträge:**
Alle Texte, die weniger über das aktuelle Geschehen berichten, sondern bereits berichtetes Geschehen fundiert bewerten, seine Bedeutung aus Expertensicht beleuchten, datenbasierte Meinungen ausdrücken, Zusatzinformationen vermitteln, neue Zusammenhänge herstellen. Beispiele: Kommentare, Editorials.
- 3 **Erfahrungsbetonte Beiträge:**
Alle Texte, die Erlebtes wie beispielsweise persönliche Erfahrungen in lebendiger und anschaulicher Form darstellen. Solche Beiträge sind erlebnisbetont, angereichert mit Milieu- und Situationsschilderungen, Beispielen und auch subjektiven Eindrücken des Autors oder dritter Personen. Meist handelt es sich dabei um Äusserungen von Laien (im Gegensatz zu Experten). Beispiel: Reportagen, Leserbeiträge.
- 4 **Interviews**
- 5 **Service-Hinweise:**
Experten beantworten Leserfragen, Lesertelefon, Terminkalender, Veranstaltungshinweise, Tipps aller Art. Achtung: Beiträge mit Servicefunktion, die aber ausführlich ein Produkt (z. B. eine Schlankheitspille), eine Verhaltensweise (z. B. Einhalten einer Diät) oder ähnliche Inhalte beschreiben und damit sachlich eine Form von Hintergrundinformation vermitteln, werden unter 1 = „Tatsachenbetonte Beiträge“ codiert.
- 9 **Anderes, Stilform nicht feststellbar.**

2.2. HAUPT- BZW. NEBENTHEMA

In dieser Rubrik schätzt der Codierer ein, ob Übergewicht das Haupt- oder ein Neben-Thema des Beitrags darstellt. Handelt es sich um ein Hauptthema, ist das Wort Übergewicht oder Synonyme davon meist schon im Titel, sicher ab im Lead vertreten. Es ist klar ersichtlich, dass es im Beitrag um Übergewicht geht, z.B. „Das Problem der Fettleibigkeit aus medizinischer Sicht“ oder „Jeder 3. Schweizer ist zu dick“, beides wird als Code = 1 erfasst. Bei der Darstellung als Nebenthema wird Übergewicht oft als Ursache (Auslöser) oder Folge eines anderen (Haupt-)Ereignisses zitiert, ohne jedoch für den Gesamtbeitrag zentral zu sein, z.B. „Warnung vor Schlankheitsmitteln aus dem Appenzell“, „Zu den Risikofaktoren für Herzinfarkt gehören Stress, sitzende Lebensweise und Übergewicht“. Ein Nebenthema wird als Code = 2 erfasst. Ist es dem Codierer nicht möglich, das Thema als Haupt- oder Nebenthema zu klassifizieren, wird Code = 0 erfasst.

- 0 Nicht erkennbar als Haupt- oder Nebenthema
- 1 Hauptthema
- 2 Nebenthema

2.3 INHALT

Der Inhalt des Beitrags beschreibt den Gegenstand, der im Mittelpunkt der Darstellung steht, z.B. eine Diätanleitung oder ein Gewichtsverlust dank Sport. Wenn zwei Anlässe logisch hintereinander geschaltet sind, wird der konkretere, der deutlichere von beiden verschlüsselt. Beispiel: Wird in einer Pressekonferenz eine wissenschaftliche Studie über die Behandlung von Fettleibigkeit präsentiert, wird der inhaltliche Anlass, also die Studie verschlüsselt und nicht der unmittelbare Anlass, die Pressekonferenz. In der Regel kann der Inhalt des Beitrags anhand der Überschrift und des Leads eingeschätzt werden. Verschlüsselt wird das Thema, das gemäss dem Eindruck des Codierers den meisten Platz einnimmt. Wenn beispielsweise ein Beitrag mit dem Titel „Neue Spritze gegen den Speck“ ein neues Mittel behandelt, das ins Fett gespritzt die überflüssigen Pfunde schmelzen lassen soll, entscheidet der Codierer nach seinem persönlichen Eindruck, ob es sich eher um eine medizinische Erkenntnis und damit um Code = 5 oder eher um ein neues Produkt, Code = 3 handelt. Wenn zwei Themen dominieren, werden beide codiert. Wenn kein zentraler Gegenstand erkennbar ist, wird Code = 0 codiert. Handelt es sich im Beitrag um ein anderes als die in der Liste aufgeführten Themen, wird Code = 9 codiert.

- 0 Kein zentraler Inhalt erkennbar
- 1 Anleitungen und Ratschläge für Diät, Schlankheitskur, Fasten, Gewichtsverlust im Zusammenhang mit Essen und Trinken
z.B. Fasten ohne Hunger; Schlanksein beginnt mit einem Apfel; Abmagern: kein Alkohol; Erfolgsrezepte gegen Übergewicht; Brot macht schlank; Schlank durch Meeralgeln; Teigwaren für die schlanke Linie
- 2 Turnen und Sport im Zusammenhang mit Gewicht, Fettleibigkeit, Kalorienverlust, Schlankheit
z.B. Kalorien wegwedeln; Leibesübungen und Fettleibigkeit; Sport hält die Linie schlank; Ja für Turnen und Sport
- 3 Angebote von Produkten und Dienstleistungen aus Industrie und Handel im Zusammenhang mit Gewicht, Schlankheit, abmagern
z.B. Gefährliche Schlankheitsmittel; das Geschäft mit Dicken blüht; mit Herbalife nimmt nur ihr Portemonnaie ab; Abmagerungscamps; Hotels zum Abspecken; neues Buch über Diäten; die Abmagerungsspielle im Test; Warnung vor untauglichen Schlankheitsmitteln; das Fettnezz-Zentner für Frauen über 100 Kilo
- 4 Liebe und Sex im Zusammenhang mit Gewicht, abmagern, abnehmen, Figur
z.B. so lieben sie sich schlank; Abmagerungskur nimmt Appetit auf Sex; Dicke Frauen lieben besser; Liebesakt verschlingt 200 Kalorien; Männer streicheln lieber pralle Formen; Dick ist sexy
- 5 „Offizielle“ Erkenntnisse und Statements zum Themenkomplex Gewicht, Ernährung, Bewegung, präsentiert aus institutioneller, medizinischer und wissenschaftlicher Sicht
z.B. Wir essen uns zu Tode; Europäer essen zu viel; Tatsachen zur Zuckerkrankheit; Fettsucht- eine Krankheit; Den Dicken fehlt ein Gen; Säuglinge die länger als 5 Monate gestillt werden neigen zu Übergewicht; Ernährungspolitische

Irrtümer; Übergewicht aus medizinischer Sicht; Wer isst soll nicht fernsehen; erste Hilfe für die richtige Ernährung; Ernährungserkenntnisse; Resultate aus dem neuen Schweizerischen Ernährungsbericht, Ergebnisse zur Studie über Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

- 6 Individuelle Erfahrungsberichte und Emotionen im Zusammenhang mit Übergewicht
z.B. Mein Mann findet mich zu dick; Dick sein, eine Schande?; Fettklösschen im Glück; Schweizerin speckte 90kg ab; Er will 250kg abnehmen; Tod nach Diät; Schon 10 Kilo weg
- 7 Aussehen, Ästhetik, Schönheit, Figur
z.B. Kate Moss ist zu dick, Liza Minelli präsentiert sich an der Gala 20kg leichter, Schlank und Sexy – Liz Taylor im Mittelpunkt
- 9 Anderes Thema

2.4 ÜBERGEWICHTSDEFINITION

Hier wird festgehalten, welche Übergewichtsdefinitionen als Diagnoseinstrumente im Beitrag erwähnt werden. Da die übergewichtsrelevante Fettmasse im klinischen Alltag anhand verschiedener anthropometrischer Indikatoren erhoben wird, gibt es unterschiedliche Messgrößen zu ihrer Beschreibung. Übergewicht ist eine von vielen Faktoren abhängige Konvention. Ein aktuell häufig angewendeter Indikator ist der *Body Mass Index*. Daneben kommen andere Messmethoden zur Evaluation der Fettmasse zur Anwendung. Wird eine Messgröße falsch oder gar nicht benannt, wird sie nach ihrer inhaltlichen Zugehörigkeit und nicht aufgrund ihrer Begrifflichkeit der richtigen Kategorie zugeordnet; z.B. wenn die BMI-Formel (Gewicht in kg/Größe in m²) angewendet wird, ohne jemals ausdrücklich den Namen BMI zu nennen, ist der Begriff der Body Mass Index-Definition zuzuordnen. Das gleiche gilt, wenn im Beitrag zwar vom Idealgewicht (Körpergröße in cm – 100 (bei Frauen zusätzlich -10%) =Normalgewicht in kg) gesprochen, dazu aber die BMI-Formel verwendet wird – auch in diesem Fall ist die Definition dem Body Mass Index zuzuordnen. Im Beitrag kann ein Indikator oder es können mehrere Indikatoren genannt sein. Für jede im Beitrag vorkommende Definition wird festgestellt, in welchem Ausmass sie erwähnt wird. Dazu wird eine Skala von 1 (wird kurz erwähnt) bis 3 (wird als geltende Messgröße präsentiert) festgehalten.

2.4.1 BODY MASS INDEX (BMI), AUCH QUETELET-INDEX GENANNT)

Der Body Mass Index (BMI) wird berechnet aus dem Körpergewicht (in kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (m²). Die Einheit des BMI ist demnach kg/m². Der BMI nimmt keine Rücksicht auf die individuelle Zusammensetzung des Körpergewichts aus Fett- oder Muskelanteilen. Die Erwähnung dieser Übergewichtsdefinition wird entsprechend codiert.

- 0 wird nicht erwähnt
- 1 wird kurz erwähnt, angesprochen
- 2 wird ausführlich erwähnt / erklärt
- 3 ist der Indikator, der als geltende Messgröße präsentiert wird

2.4.2. IDEALGEWICHT (AUCH BROCA-INDEX (BIA) GENANNT)

Der Broca-Index ist ein Mass zur Berechnung des Normalgewichts einer Person. Er ist lediglich eine grobe Einschätzung und trifft für den Bereich mittlerer Körpergrößen am besten zu. Je grösser bzw. je kleiner eine Person ist, umso weniger geeignet ist er. Ausserdem bleiben die Besonderheiten des jeweiligen Körperbaus unberücksichtigt. Die Formel lautet geschlechtsspezifisch wie folgt: Für Männer: Normalgewicht in kg = Körperlänge in cm – 100. Für Frauen: Normalgewicht in kg = Körperlänge in cm - 100 - 10%. Die Erwähnung dieser Übergewichtsdefinition wird entsprechend codiert.

- 0 wird nicht erwähnt
- 1 wird kurz erwähnt, angesprochen
- 2 wird ausführlich erwähnt / erklärt
- 3 ist der Indikator, der als geltende Messgröße präsentiert wird

2.4.3 BAUCHUMFANG (WAIST CIRCUMFERENCE)

Der Bauchumfang (waist circumference) bezeichnet den in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Oberkante des Hüftknochens gemessene Körperumfang. Die Begriffe Bauchumfang und Taillenumfang werden synonym verwendet. Die Messung des Bauchumfangs ist eine indirekte Methode zur Bestimmung des in der Bauchhöhle liegenden Fettgewebes. Obwohl der Bauchumfang nur auf das Geschlecht, nicht aber auf Alter, Körpergrösse oder andere individuell unterschiedliche Parameter bezogen wird, erlaubt er eine orientierende Abschätzung der statistischen Risikoerhöhung durch Übergewicht und Adipositas. Die Erwähnung dieser Übergewichtsdefinition wird entsprechend codiert.

- 0 wird nicht erwähnt
- 1 wird kurz erwähnt, angesprochen
- 2 wird ausführlich erwähnt / erklärt
- 3 ist der Indikator, der als geltende Messgrösse präsentiert wird

2.4.4 TAILLE-HÜFT-VERHÄLTNIS (THV) (WAIST-HIP RATIO ODER WAIST-TO-HIP RATIO)

Der Taille-Hüft-Quotient gibt das Verhältnis von Bauch- zu Hüftumfang an. Dieser lässt sich folgendermassen berechnen: Umfang der Taille dividiert durch den Umfang der Hüfte; wobei die Taille in Nabelhöhe und die Hüfte an der dicksten Stelle gemessen wird. Dieses Verhältnis soll bei Männern kleiner als 1,0 und bei Frauen kleiner als 0,85 sein. Die Erwähnung dieser Übergewichtsdefinition wird entsprechend codiert.

- 0 wird nicht erwähnt
- 1 wird kurz erwähnt, angesprochen
- 2 wird ausführlich erwähnt / erklärt
- 3 ist der Indikator, der als geltende Messgrösse präsentiert wird

2.4.5 ANDERE

Andere wird nur codiert, wenn ausdrücklich andere Definitionen zur Anwendung gelangen. Eine Spezifikation dieser anderen Übergewichtsdefinitionen findet nicht statt.

- 0 wird nicht erwähnt
- 1 wird kurz erwähnt, angesprochen
- 2 wird ausführlich erwähnt
- 3 ist der Indikator, der als geltende Messgrösse präsentiert wird

2.6 URHEBER

Jede Aussage im Sinne dieses Codebuchs hat einen Urheber. Der Urheber der Aussage ist diejenige Person oder Institution, von der eine Aussage (z.B. eine Forderung, eine Feststellung, eine Infragestellung) ursprünglich stammt. In vielen Fällen sind die Journalisten bzw. Autoren der Beiträge selbst die Urheber von Aussagen. In diesem Fall ist nichts zu vermerken im Codebogen. Häufig zitieren oder referieren sie aber Äusserungen Dritter, von Betroffenen, Angehörigen/Freunden Betroffener, Ernährungsberatern, von Ärzten/Psychiatern, von Sozial- und anderen Wissenschaftlern, von Politikern, von Vertretern der Pharma- oder anderer Industrien, von WHO/EU-Vertretern, von BAG-Vertretern, von Krankenkassenvertretern, von anderen Schweizer Beratungsstellen oder von anderen Individuen oder Gruppen im Allgemeinen. In diesem Fall ist in das entsprechende Kästchen Code=1 einzutragen. Wird beispielsweise ein Neurologe zitiert, ist in das Kästchen Ärzte/Psychiater Code=1 einzusetzen. Kann ein Urheber mehr als einer Ausprägung zugeordnet werden, codiert man ihn nach dem im Beitrag dominierenden Merkmal. Beispiel: Der Urheber, ein Arzt, wird zitiert in seiner Eigenschaft als Bruder der Betroffenen, folglich Code=1 im Kästchen Angehörige/Freunde von Betroffenen. Ist keine andere Quelle als der Journalist erkennbar, werden alle Kästchen leer gelassen.

- 1 wird als Urheber zitiert

2.7 BETROFFENE

Als Betroffener einer Aussage gilt die Einzelperson oder Personengruppe, die in der Aussage aufgrund ihrer Gewichtsprobleme direkt angesprochen oder erwähnt wird, etwa übergewichtige Kinder und Jugendliche. Analyseeinheit bilden folglich die in den Medien portraitierten übergewichtigen Menschen, hier Betroffene genannt. Für alle im Beitrag erwähnten Betroffenen ist festzuhalten, ob sie explizit als Betroffene (1), bzw. explizit als Nicht Betroffene (2) dargestellt werden. Z.B. „Übergewicht ist ein typisches Problem der sozial schwachen Schichten, derweil es bei den Wohlhabenden kaum bekannt ist.“ In diesem Fall würde man bei „Arme“ eine 1 setzen in der Spalte Betroffenheit und bei „Reiche“ eine 2. „Alle“ in der Spalte Population wird nur dann angekreuzt, wenn die Population im Beitrag explizit so beschrieben ist, z.B. „Übergewicht betrifft uns alle“.

- 0 wird nicht angesprochen
- 1 betroffen
- 2 nicht betroffen

Betroffene

- 2.7.1. Frauen
- 2.7.2. Männer
- 2.7.3. Erwachsene
- 2.7.4. Alte / Betagte
- 2.7.5. Säuglinge
- 2.7.6. Kinder und Jugendliche
- 2.7.7. Eltern
- 2.7.8. Arme
- 2.7.9. Reiche
- 2.7.10. Gebildete, Bildungsnahe
- 2.7.11. Ungebildete, Bildungsferne
- 2.7.12. Schwangere
- 2.7.13. Schweizer
- 2.7.14. Ausländer
- 2.7.15. Diabetiker
- 2.7.16. Prominente
- 2.7.17. Alle
- 2.7.18. Andere

2.8. PROBLEMATISIERUNG

Ein weiteres Merkmal, das der Codierer für die dargestellten Betroffenen erfasst, ist die Attribuierung von Übergewicht als problematisch / nicht problematisch / keine Aussage. Gewisse Beiträge stellen Übergewicht bei einer bestimmten Population explizit als problematisch Code = 1 oder Nicht problematisch Code = 2 dar, bzw. machen keine Aussagen darüber, ob Übergewicht als problematisch eingestuft wird bei besagter Zielgruppe Code = 0. Z.B. „Vor allem bei schwangeren Frauen ist Übergewicht problematisch, weil es sich häufig auf die Neugeborenen überträgt“. In diesem Fall wäre in der Spalte Problematik in der Population „Schwangere“ eine 1 zu setzen. Im Beispiel: „Bei gestillten Säuglingen ist Übergewicht in der Regel nicht problematisch“ wäre bei der Problematik eine 2 zu setzen. Falls für die beschriebene Population keine Aussage darüber gemacht wird, ob das Übergewicht problematisch oder nicht problematisch ist, wird

eine 3 gesetzt. Beispiel: „Übergewicht betrifft generell alle“ ohne weitere Aussagen wäre bei der Problematik als Code = 0 zu codieren.

- 0 wird nicht angesprochen
- 1 ÜG Problem
- 2 ÜG kein Problem
- 3 keine Aussage

Problematisierung

- 2.8.1. Frauen
- 2.8.2. Männer
- 2.8.3. Erwachsene
- 2.8.4. Alte / Betagte
- 2.8.5. Säuglinge
- 2.8.6. Kinder und Jugendliche
- 2.8.7. Eltern
- 2.8.8. Arme
- 2.8.9. Reiche
- 2.8.10. Gebildete, Bildungsnahe
- 2.8.11. Ungebildete, Bildungsferne
- 2.8.12. Schwangere
- 2.8.13. Schweizer
- 2.8.14. Ausländer
- 2.8.15. Diabetiker
- 2.8.16. Prominente
- 2.8.17. Alle
- 2.8.18. Andere

3. AUSSAGEN

In der Aussageebene erfasst der Codierer 25 mögliche Statements, die im Beitrag explizit oder implizit, jedoch klar verständlich enthalten sein können. Die Aussagen gliedern sich in vier Kategorien: Problemdefinition, Ursachen, Folgen und Massnahmen. Dazu liest der Codierer den Beitrag so oft wie nötig durch und hält auf dem Codebogen fest, ob die relevanten Aussagen im Beitrag explizit oder implizit aber klar verständlich vorkommen. D.h. der Codierer prüft bei jeder Aussage, ob sie nicht vorkommt (0), ob sie vorkommt im Beitrag (1). Z.B. wird die Aussage „In der Schweiz sind immer mehr Menschen übergewichtig“ bei der Problemdefinition mit 1 codiert. Für jede Aussage ist es auch möglich, ihr Gegenteil zu codieren für den Fall, dass die Aussage im Beitrag klar verneint/abgelehnt wird. Dies trifft z.B. auf folgende Aussage zu: „Obschon das Gegenteil behauptet wird trifft es nicht zu, dass immer mehr Menschen übergewichtig sind“.

- 0 kommt nicht vor
- 1 kommt vor

1.1. Problemdefinition

- 3.1.1 Immer mehr Menschen sind übergewichtig
- 3.1.2 Es sind nicht immer mehr Menschen übergewichtig

- 3.1.3 In Zukunft wird sich das Problem der Fettleibigkeit noch akzentuieren
- 3.1.4 In Zukunft wird sich das Problem der Fettleibigkeit verringern
- 3.1.5 Menschen haben ein Recht dazu, übergewichtig zu sein
- 3.1.6 Menschen haben kein Recht dazu, übergewichtig zu sein
- 3.1.7 Es ist unetisch / unmoralisch, übergewicht zu haben
- 3.1.8 Übergewicht zu haben ist nicht unetisch unmoralisch – ist keine Frage der Ethik oder der Moral
- 3.1.9 Übergewicht ist Risikofaktor / Vorstufe für Krankheiten
- 3.1.10 Übergewicht ist kein Risikofaktor / keine Vorstufe für Krankheiten
- 3.1.11 Übergewicht ist eine Krankheit
- 3.1.12 Übergewicht ist keine Krankheit
- 3.1.13 Übergewicht ist ein ästhetisches Problem
- 3.1.14 Übergewicht ist kein ästhetisches Problem
- 3.1.15 Übergewicht ist ein politisches / gesellschaftliches Problem
- 3.1.16 Übergewicht ist kein politisches / gesellschaftliches Problem

1.2. Ursachen

- 3.2.1 Ursache für Übergewicht ist falsches Essen (zu viel, zu fettig, industriell etc.)
- 3.2.2 Ursache für Übergewicht ist nicht falsches Essen (zu viel, zu fettig, industriell etc.)
- 3.2.3 Ursache für Übergewicht ist zu wenig Bewegung
- 3.2.4 Ursache für Übergewicht ist nicht zu wenig Bewegung
- 3.2.5. Es gibt persönliche, beeinflussbare Ursachen für Übergewicht (Disziplinlosigkeit, Faulheit, Ernährungsgewohnheiten usw..)
- 3.2.6. Es gibt keine persönlichen, beeinflussbaren Ursachen für Übergewicht (Disziplinlosigkeit, Faulheit, Ernährungsgewohnheiten etc.)
- 3.2.7. Es gibt persönliche, nicht beeinflussbare Ursachen für Übergewicht (Sucht, Krankheit, Gene, Medikamente etc.)
- 3.2.8. Es gibt keine persönlichen, nicht beeinflussbaren Ursachen für Übergewicht (Sucht, Krankheit, Gene, Medikamente etc.)
- 3.2.9. Es gibt gesellschaftliche Ursachen für Übergewicht (Zivilisation, Kapitalismus, Werbung, Wohlstand, Verfügbarkeit, Familie, Vorbilder etc.)
- 3.2.10. Es gibt keine gesellschaftlichen Ursachen für Übergewicht (Zivilisation, Kapitalismus, Werbung, Wohlstand, Verfügbarkeit, Familie, Vorbilder etc.)

3.3 Folgen

- 3.3.1. Übergewicht hat individuelle medizinische/ gesundheitliche negative Folgen (Stigmatisierung, Krankheit, Depression, Tod, etc.)
- 3.3.2. Übergewicht hat keine individuellen medizinischen/ gesundheitlichen negative Folgen (Stigmatisierung, Krankheit, Depression, Tod, etc.)
- 3.3.3. Übergewicht hat individuelle ästhetisch / kosmetisch negative Folgen (Aussehen, Schönheit, Kleiderwahl etc.)

- 3.3.4. Übergewicht hat keine individuellen ästhetisch / kosmetisch negativen Folgen (Aussehen, Schönheit, Kleiderwahl etc.)
- 3.3.5. Übergewicht hat gesellschaftliche negative Folgen (Kosten, Verbote, etc.)
- 3.3.6. Übergewicht hat keine gesellschaftlichen negativen Folgen (Kosten, Verbote etc.)
- 3.3.7. Übergewicht hat individuell positive Folgen (Krankheitsresistenz, attraktive runde Formen, Stimmungsbombe etc.)
- 3.3.8. Übergewicht hat für die Gesellschaft positive Folgen (weniger Nährstoffmangel, etc.)

3.4 Massnahmen

- 3.4.1. Übergewicht muss von jedem einzelnen individuell bekämpft werden
- 3.4.2. Übergewicht muss nicht von jedem einzelnen individuell bekämpft werden
- 3.4.3. Übergewicht muss von Aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie usw.) bekämpft werden
- 3.4.4. Übergewicht muss nicht von Aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie usw.) bekämpft werden
- 3.4.5. Übergewicht muss von jedem einzelnen vorgebeugt / verhindert werden
- 3.4.6. Übergewicht muss nicht von jedem einzelnen vorgebeugt/verhindert werden
- 3.4.7. Übergewicht muss von Aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie usw.) verhindert werden
- 3.4.8. Übergewicht muss nicht von Aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie usw.) verhindert werden
- 3.4.9. Ernährungsumstellung/ Diät halten ist eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
- 3.4.10. Ernährungsumstellung/ Diät halten ist keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
- 3.4.11. Medizinische Mittel (Medikamente, Operationen etc.) sind eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
- 3.4.12. Medizinische Mittel (Medikamente, Operationen etc.) sind keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
- 3.4.13. Gesellschaftliche Veränderungen sind eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht (Werbeverbote, Freiräume, etc.)
- 3.4.14. Gesellschaftliche Veränderungen sind keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht (Werbeverbote, Freiräume etc.)
- 3.4.15. Bewegung ist eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
- 3.4.16. Bewegung ist keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht

Codebogen zur Erfassung der Darstellung von Übergewicht in Deutschschweizer Printmedien von 1955 bis 2005

Aussageebene

Für jede Aussage codieren, ob sie vorkommt (1) oder nicht vorkommt (0).

Problemdefinition	Ursachen	Folgen	Massnahmen
<input type="checkbox"/> Immer mehr Menschen sind übergewichtig <input type="checkbox"/> Es sind nicht immer mehr Menschen übergewichtig	<input type="checkbox"/> Ursache für Übergewicht ist falsches Essen (zu viel, zu fettig, industriell etc.) <input type="checkbox"/> Ursache für Übergewicht ist nicht falsches Essen (zu viel, zu fettig, industriell etc.)	<input type="checkbox"/> Übergewicht hat individuelle medizinische/ gesundheitliche negative Folgen (Stigmatisierung, Krankheit, Depression, Tod, etc.) <input type="checkbox"/> Übergewicht hat keine individuellen medizinischen/ gesundheitlichen negative Folgen (Stigmatisierung, Krankheit, Depression, Tod, etc.)	<input type="checkbox"/> Übergewicht muss von jedem einzelnen individuell bekämpft werden <input type="checkbox"/> Übergewicht muss nicht von jedem einzelnen individuell bekämpft werden
<input type="checkbox"/> In Zukunft wird sich das Problem der Fettleibigkeit noch akzentrieren <input type="checkbox"/> In Zukunft wird sich das Problem der Fettleibigkeit verringern	<input type="checkbox"/> Ursache für Übergewicht ist zu wenig Bewegung <input type="checkbox"/> Ursache für Übergewicht ist nicht zu wenig Bewegung	<input type="checkbox"/> Übergewicht hat individuelle ästhetisch / kosmetisch negative Folgen (Aussehen, Schönheit, Kleiderwahl etc.) <input type="checkbox"/> Übergewicht hat keine individuellen ästhetisch / kosmetisch negativen Folgen (Aussehen, Schönheit, Kleiderwahl etc.)	<input type="checkbox"/> Übergewicht muss von aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie etc.) bekämpft werden <input type="checkbox"/> Übergewicht muss nicht von aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie etc.) bekämpft werden
<input type="checkbox"/> Menschen haben ein Recht dazu, übergewichtig zu sein <input type="checkbox"/> Menschen haben kein Recht dazu, übergewichtig zu sein	<input type="checkbox"/> Es gibt persönliche, beeinflussbare Ursachen für Übergewicht (Disziplinlosigkeit, Faulheit, Ernährungsgewohnheiten etc.) <input type="checkbox"/> Es gibt keine persönlichen, beeinflussbaren Ursachen für Übergewicht (Disziplinlosigkeit, Faulheit, Ernährungsgewohnheiten etc.)	<input type="checkbox"/> Übergewicht hat gesellschaftliche negative Folgen (Kosten, Verbote, etc.) <input type="checkbox"/> Übergewicht hat keine gesellschaftlichen negativen Folgen (Kosten, Verbote etc.)	<input type="checkbox"/> Übergewicht muss von jedem einzelnen vorgebeugt / verhindert werden <input type="checkbox"/> Übergewicht muss nicht von jedem einzelnen vorgebeugt/verhindert werden
<input type="checkbox"/> Es ist unetisch / unmoralisch, übergewichtig zu haben <input type="checkbox"/> Übergewicht zu haben ist nicht unetisch unmoralisch – ist keine Frage der Ethik oder der Moral	<input type="checkbox"/> Es gibt persönliche, nicht beeinflussbare Ursachen für Übergewicht (Sucht, Krankheit, Gene, Medikamente etc.) <input type="checkbox"/> Es gibt keine persönlichen, nicht beeinflussbaren Ursachen für Übergewicht (Sucht, Krankheit, Gene, Medikamente etc.)	<input type="checkbox"/> Übergewicht hat individuell positive Folgen (Krankheitsresistenz, attraktive runde Formen, Stimmungsbombe etc.) <input type="checkbox"/> Übergewicht hat für die Gesellschaft positive Folgen (weniger Nährstoffmangel, etc.)	<input type="checkbox"/> Übergewicht muss von aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie etc.) verhindert werden <input type="checkbox"/> Übergewicht muss nicht von aussen (Gesellschaft, Politik, Industrie etc.) verhindert werden

Codebogen zur Erfassung der Darstellung von Übergewicht in Deutschschweizer Printmedien von 1955 bis 2005

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Übergewicht ist Risikofaktor / Vorstufe für Krankheiten <input type="checkbox"/> Übergewicht ist kein Risikofaktor / keine Vorstufe für Krankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Es gibt gesellschaftliche Ursachen für Übergewicht (Zivilisation, Kapitalismus, Werbung, Wohlstand, Verfügbarkeit, Familie, Vorbilder etc.) <input type="checkbox"/> Es gibt keine gesellschaftlichen Ursachen für Übergewicht (Zivilisation, Kapitalismus, Werbung, Wohlstand, Verfügbarkeit, Familie, Vorbilder etc.) 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung/ Diät halten ist eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung/ Diät halten ist keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Übergewicht ist eine Krankheit <input type="checkbox"/> Übergewicht ist keine Krankheit 			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medizinische Mittel (Medikamente, Operationen etc.) sind eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht <input type="checkbox"/> Medizinische Mittel (Medikamente, Operationen etc.) sind keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Übergewicht ist ein ästhetisches Problem <input type="checkbox"/> Übergewicht ist kein ästhetisches Problem 			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesellschaftliche Veränderungen sind eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht (Werbeverbote, Freiräume, etc.) <input type="checkbox"/> Gesellschaftliche Veränderungen sind keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht (Werbeverbote, Freiräume etc.)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Übergewicht ist ein ökonomisches / gesellschaftliches Problem <input type="checkbox"/> Übergewicht ist kein ökonomisches / gesellschaftliches Problem 			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bewegung ist eine mögliche Massnahme gegen Übergewicht <input type="checkbox"/> Bewegung ist keine mögliche Massnahme gegen Übergewicht
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Es wird explizit zu medizinischen Mitteln (Medikamente, Operation) geraten <input type="checkbox"/> Es wird explizit von medizinischen Mitteln (Medikamente, Operationen) abgeraten, davor gewarnt

Appendix B

Einträge in „Psyrembel Klinisches Wörterbuch“ zum Stichwort Adipositas

Die * verweisen auf weitere Einträge / stellen Querverweise dar

Jahr / Auflage	Adipositas	Verweis 1	Verweis 2	Verweis 3	Verweis 4	Verweis 5	Verweis 6
1955 /107.-116. Auflage	Fettsucht*; s.a. Lipomatose	Fettsucht: krankh. Fettanhäufung im Körper, Fettleibigkeit; eine das Normalgewicht überschreitende Gewichtszunahme inf. abnormer Zunahme des Körperfetts. Vorkommen entw. Diffus als Adipositas* oder fleckweise als Lipomatose*.	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.				
1958 /117. – 122. Auflage	Fettsucht*; s.a. Lipomatose	Fettsucht: krankh. Fettanhäufung im Körper, Fettleibigkeit; eine das Normalgewicht überschreitende Gewichtszunahme inf. abnormer Zunahme des Körperfetts. Vorkommen entw. diffus als Adipositas* oder fleckweise als Lipomatose*.	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.				
1959 / 123. – 153. Auflage	Fettleibigkeit*	Fettleibigkeit: Adipositas; Steatosis, Polyopionie; Zustand d. krankh. Fettanhäufg. i. Körper, eine d. Normalgewicht (s. Bornhardt) überschreit. Gewichtszunahme inf. Abnormer Zunahme d. Körperfetts; Urs.: Fettsucht*. S. a.	Fettsucht: Neigung z. krankh. Fettansatz, zur Fettleibigkeit* durch exogene (erhöhte Nahrungsaufnahme) od. endogene (nervalendokrine) konstitutionelle Faktoren, z.B. Störung im diencephal-	Bornhardt' Formel: Z. Bestimmung d. Sollgewichts S = Normalgewicht: $S = (\text{Körperlänge} \times \text{mittl. Brustumfang}) : 240$	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.	Obesitas, Obesität: Fettleibigkeit, Mästung, überreichl. Fettansatz durch zu reichl. Ernährung. Vgl. Adipositas, Fettleibigkeit.	Steatosis: Verfettung

		Obesitas*.	hypophysären und Nebennierengonaden-system.				
1964 / 154.-184. Auflage	Fettleibigkeit*	Fettleibigkeit: Adipositas; Steatosis, Polyopionie; Zustand d. krankh. Fettanhäufg. i. Körper, eine d. Normalgewicht (s. Bornhardt) überschreit. Gewichtszunahme inf. abnormer Zunahme d. Körperfetts; Urs.: Fettsucht*. S. a. Obesitas*.	Fettsucht: Neigung z. krankh. Fettansatz, zur Fettleibigkeit* durch exogene (erhöhte Nahrungsaufnahme) od. endogene (nervalendokrine) konstitutionelle Faktoren, z.B. Störung im diencephal-hypophysären und Nebennierengonaden-system.	Bornhardt' Formel: Z. Bestimmung d. Sollgewichts S = Normalgewicht: $S = (\text{Körperlänge} \times \text{mittl. Brustumfang}) : 240$	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.	Obesitas, Obesität: Fettleibigkeit, Mästung, überreichl. Fettansatz durch zu reichl. Ernährung. Vgl. Adipositas, Fettleibigkeit	Steatosis: Verfettung
1969 / 185. - 250. Auflage	Fettleibigkeit*	Fettleibigkeit: Adipositas; Steatosis, Polyopionie; Zustand d. krankh. Fettanhäufg. i. Körper, eine d. Normalgewicht (s. Bornhardt) überschreit. Gewichtszunahme inf. abnormer Zunahme d. Körperfetts; Urs.: Fettsucht*. S. a. Obesitas*.	Fettsucht: Neigung z. krankh. Fettansatz, zur Fettleibigkeit* durch exogene (erhöhte Nahrungsaufnahme) od. endogene (nervalendokrine) konstitutionelle Faktoren, z.B. Störung im diencephal-hypophysären und Nebennierengonaden-system.	Bornhardt' Formel: Z. Bestimmung d. Sollgewichts S = Normalgewicht: $S = (\text{Körperlänge} \times \text{mittl. Brustumfang}) : 240$	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.	Obesitas, Obesität: Fettleibigkeit, Mästung, überreichl. Fettansatz durch zu reichl. Ernährung. Vgl. Adipositas, Fettleibigkeit	Steatosis: Verfettung
1972 / 251. Auflage	Fettleibigkeit*	Fettleibigkeit: Adipositas; Steatosis, Polyopionie; Zustand d. krankh. Fettanhäufg. i. Körper, eine d. Normalgewicht (s. Bornhardt) überschreit. Gewichtszunahme inf. abnormer Zunahme d. Körperfetts; Urs.: Fettsucht*. S. a. Obesitas*.	Fettsucht: Neigung z. krankh. Fettansatz, zur Fettleibigkeit* durch exogene (erhöhte Nahrungsaufnahme) od. endogene (nervalendokrine) konstitutionelle Faktoren, z.B. Störung im diencephal-hypophysären und Nebennierengonaden-system.	Bornhardt' Formel: Z. Bestimmung d. Sollgewichts S = Normalgewicht: $S = (\text{Körperlänge} \times \text{mittl. Brustumfang}) : 240$	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.	Obesitas, Obesität: Fettleibigkeit, Mästung, überreichl. Fettansatz durch zu reichl. Ernährung. Vgl. Adipositas, Fettleibigkeit	Steatosis: Verfettung

1975 / 252. Auflage	Fettleibigkeit*	Fettleibigkeit: Fettleibigkeit: Adipositas; Steatosis, Polyopionie; Zustand d. krankh. Fettanhäufg. i. Körper, eine d. Normalgewicht (s. Bornhardt) überschreit. Gewichtszunahme inf. abnormer Zunahme d. Körperfetts; Urs.: Fettsucht*. S. a. Obesitas.	Fettsucht: Neigung z. krankh. Fettansatz, zur Fettleibigkeit* durch exogene (erhöhte Nahrungsaufnahme) od. endogene (nervalendokrine) konstitutionelle Faktoren, z.B. Störung im diencephal-hypophysären und Nebennierengonaden-system.	Bornhardt' Formel: Z. Bestimmung d. Sollgewichts $S = \text{Normalgewicht} : S = (\text{Körperlänge} \times \text{mittl. Brustumfang}) : 240$	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.	Obesitas, Obesität: Fettleibigkeit, Mästung, überreichl. Fettansatz durch zu reichl. Ernährung. Vgl. Adipositas, Fettleibigkeit	Steatosis: Verfettung
1977 / 253. Auflage	Fettleibigkeit*	Fettleibigkeit: Adipositas; Steatosis, Polyopionie; Zustand d. krankh. Fettanhäufg. i. Körper, eine d. Normalgewicht (s. Bornhardt) überschreit. Gewichtszunahme inf. Abnormer Zunahme d. Körperfetts; Urs.: Fettsucht*. S. a.	Fettsucht: Neigung z. krankh. Fettansatz, zur Fettleibigkeit* durch exogene (erhöhte Nahrungsaufnahme) od. endogene (nervalendokrine) konstitutionelle Faktoren, z.B. Störung im diencephal-hypophysären und Nebennierengonaden-system.	Bornhardt' Formel: Z. Bestimmung d. Sollgewichts $S = \text{Normalgewicht} : S = (\text{Körperlänge} \times \text{mittl. Brustumfang}) : 240$	Lipomatose: fleckweise auftretend Fettsucht*.	Obesitas, Obesität: Fettleibigkeit, Mästung, überreichl. Fettansatz durch zu reichl. Ernährung. Vgl. Adipositas, Fettleibigkeit	Steatosis: Verfettung
1982 / 254. Auflage	(lat): s. Fettsucht	Fettsucht: Adipositas, Obesitas, Fettleibigkeit. Übermäßige Vermehrung od. Bildg. v. Fettgewebe. Die Ätiologie ist multifaktoriell. Nach Ansicht von Vague (1968) ist die alte Unterscheidung zwi. endo- u. exogener F. überholt. Alle Formen der F. seien endogen, auch die der Mastgans, u. vom Vorhandensein besonderer	Fettleibigkeit: s. Fettsucht u. Adipositas				

		genetischer Eigenschaften abhängig. Diese Auffassung ist sehr umstritten. – Die F. ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Gicht u. die damit verbundenen Gefässerkrankungen des Gehirns u. der Niere. Vgl. Magersucht.					
1986 / 255. Auflage	(lat) f: s. Fettsucht	Fettsucht: Adipositas, Obesitas, Fettleibigkeit. Übermäßige Vermehrung od. Bildg. v. Fettgewebe. Ätiol. multifaktoriell. Die F. ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Gicht u. die damit verbundenen Gefässerkrankungen des Gehirns u. der Niere. Vgl. Magersucht					
1990 / 256. Auflage	(↑) f: s. Fettsucht	Fettsucht: Adipositas, Obesitas, Fettleibigkeit. Übermäßige Vermehrung od. Bildg. v. Fettgewebe. Ätiol. multifaktoriell. Die F. ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Erkr. wie Hypertonie, Diabetes					

		mellitus, Hyperlipidämie, Gicht u. die damit verbundenen Gefässerkrankungen (v.a. Arteriosklerose).					
1994 / 257. Auflage	(↑) f: Fettsucht*	Fettsucht (engl.) obesity; Adipositas, Obesitas, Fettleibigkeit. Übermäßige Vermehrung od. Bildg. v. Fettgewebe. Ätiol. multifaktoriell. Die F. ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Erkr. wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Gicht u. die damit verbundenen Gefässerkrankungen (v.a. Arteriosklerose). Vgl. Magersucht, Pubertätsfettsucht.					
1998 / 258. Auflage	(↑) f: Fettsucht*	Fettsucht (engl.) obesity; Adipositas, Obesitas, Fettleibigkeit. Übermäßige Vermehrung od. Bildung v. Fettgewebe. Ätiol. multifaktoriell. Die F. ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Erkr. wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Gicht u. die damit verbundenen Gefässerkrankungen (v.a. Arteriosklerose). Vgl. Pubertätsfett- sucht.					
2002 / 259.	(↑) f: (engl.) obesity; krankhaftes	Übergewicht: (engl.) overweight;	Body-mass-Index (engl.)				

Auflage	<p>Übergewicht*, das zu gesundheitl. Beeinträchtigungen führt; Risikofaktor für Folgeerkrankungen (bes. metabolisches Syndrom* mit Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hypertonie, Arteriosklerose, Gicht); Ätiol.: multifaktoriell. Sympt.: erhöhter Körperfettanteil (normal ca. 15-18% beim Mann, 20-25% bei der Frau), näherungsweise bestimmt mit Body*-mass-Index; Ther.: Reduktion der Fettzufuhr, Erhöhung körperl. Aktivität; ggf. Teilnahme an integrativen Gewichtsreduktionsprogrammen. S. Essstörungen, psychogene S. Mun.</p>	<p>Körpergewicht mit einem Body*-mass-Index von 26-30; evtl. Übergang in Adipositas* u. Entw. von Begleiterkrankungen (Hypercholesterolämie, Hypertonie, Diabetes mellitus) bei entspr. Disponierten Personen. S. Mun.</p>	<p>Körpermassen-zahl) m: Abk. BMI; syn. Quetelet-Index; Verhältniszahl zur Beurteilung des Körpergewichts*:</p> <hr/> <p>Körpergewicht (kg) BMI =----- Körperlänge²(m²)</p> <hr/> <p>Die Ermittlung erfolgt mit Hilfe eines Nomogramms (s. Abb.); der Normalbereich liegt bei 20-25 kg/m²; vgl. Bernhardt-Formel, Broca-Formel.</p>				
2004 / 260. Auflage	<p>(↑) f: (engl.) obesity; syn. Obesität; krankhaftes Übergewicht*, das zu gesundheitl. Beeinträchtigungen führt; Risikofaktor für Folgeerkrankungen (bes. metabolisches Syndrom* mit Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hypertonie, Arteriosklerose, Gicht); Ätiol.: multifaktoriell. Sympt.: erhöhter</p>	<p>Übergewicht: (engl.) overweight; Körpergewicht mit einem Body*-mass-Index von 26-30; evtl. Übergang in Adipositas* u. Entw. von Begleiterkrankungen (Hypercholesterolämie, Hypertonie, Diabetes mellitus) bei entspr. Disponierten Personen. S. Mun.</p>	<p>Body-mass-Index (engl. Körpermassen-zahl) m: Abk. BMI; syn. Quetelet-Index; Verhältniszahl zur Beurteilung des Körpergewichts*:</p> <hr/> <p>Körpergewicht (kg) BMI =----- Körperlänge²(m²)</p> <hr/> <p>Die Ermittlung erfolgt mit Hilfe eines Nomogramms (s. Abb.); der</p>				

	<p>Körperfettanteil (normal ca. 15-18% beim Mann, 20-25% bei der Frau), näherungsweise bestimmt mit Body*-mass-Index; Ther.: Reduktion der Fettzufuhr, Erhöhung körperl. Aktivität; ggf. Teilnahme an integrativen Gewichtsreduktionsprogrammen. S. Essstörungen, psychogene S. Mun.</p>		<p>Normalbereich liegt bei 20-25 kg/m²; vgl. Bernhardt-Formel, Broca-Formel.</p>				
<p>2007 / 261. Auflage</p>	<p>(↑) f: (engl.) obesity; syn. Obesität; über das Normalmass hinausgehende Vermehrung des Körperfetts (Body*-mass-Index \geq 30 kg/m²), die zu gesundheitl. Beeinträchtigung führt; ein weiteres Mass zur Beurteilung der Fettverteilung ist die Schätzung der intraabdominalen/viszeralen Fettmasse durch Messung des Taillenumfangs (abdominale Adipositas: Frauen > 88cm, Männer > 102 cm); Risikofaktor für Folgeerkrankungen (bes. metabolisches Syndrom* mit gestörtem Glukosestoffwechsel, Hyper- od. Dyslipidämie, Hypertonie, Mikroalbuminurie);</p>	<p>Übergewicht:</p>	<p>Essstörungen: engl. Eating disorders; Störungen der Nahrungsaufnahme od. des Körpergewichts ohne org. Ursachen; die sich in versch. Klein. Bildern manifestieren u. ineinander übergehen können; Einteilung: Anorexia nervosa (restriktiver u. bulimischer Typ); 2. Bulimia nervosa (Purging- u. Non-purging-Typ); 3. Nicht näher bezeichnete E.: a) Binge-Eating-Störung; b) subsyndromale E. (syn. Atypische E.): E. mit klinischer Relevanz, bei der nicht alle diagn. Kriterien der Anorexia nervosa od. Bulimia nervosa erfüllt sind.</p>				

	<p>Ätiol.: multifaktoriell; Ther.: 1. Reduktion der Kalorienzufuhr, Erhöhung körperl. Aktivität; Teilnahme an integrativen Gewichtsreduktionsprogrammen; 2. Sekundäre Massnahmen: pharmak. Therapie; Adipositaschirurgie: vorwiegend laparoskop.; Restriktion: Verkleinerung des Magenreservoirs (20-25 ml) u. des Reservoirausgangs (s. Magenplastik); Malabsorption: Verminderung der resorbierenden Schleimhautfläche u. Verkürzung der Transitzeit der Nahrung durch Umgehung von Magen u. Darmanteilen (s. Duodenal-Switch-Operation, Diversion, biliopankreatische); Vgl. Übergewicht, Essstörungen.</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

Bibliographie

- Arnold, K. (2008). Qualität im Journalismus - ein integratives Konzept. *Publizistik*, 53(4), 488-508.
- Aronowitz, R. (2008). Framing disease: An underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Social Science & Medicine*, 67(1), 1-9.
- Ballard, K., & Elston, M. A. (2005). Medicalization: A Multi-Dimensional Concept. *Social Theory and Health*, 3, 228-241.
- Ball-Rokeach, S., & DeFleur, M. (1976). A dependency model of mass-media effects. *Communication Research*, 3(1), 3.
- Bandura, A., & Kober, H. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie* Klett-Cotta.
- Barker, K. (2002). Self-help literature and the making of an illness identity: The case of fibromyalgia syndrome (FMS). *Social Problems*, 49(3), 279-300.
- Barsky, A. J., & Borus, J. F. (1995). Somatization and Medicalization in the Era of Managed Care. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 274(24), 1931-1934.
- Bauer, A. W. (1997). Axiome des systematischen Erkenntnisgewinns in der Medizin. *Der Internist*, 4(38), 299-306.

- Beauchamp, D. E. (1976). Public health as social justice. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 13(1), 3-14.
- Beck, C., Benitez, J. L., Edwards, A., Olson, A., Pai, A., & Torres, M. B. (2004). Enacting "Health Communication": The Field of Health Communication as Constructed Through Publication in Scholarly Journals. *Health Communication*, 16(4), 475.
- Becker, G., & Nachtigall, R. D. (1992). Eager for Medicalization - the Social Production of Infertility as a Disease. *Sociology of Health & Illness*, 14(4), 456-471.
- Becker, H. S. (1967). Whose side are we on? *Social Problems*, , 239-247.
- Bentele, G. (1993). Wie wirklich ist die Medienwirklichkeit? Einige Anmerkungen zum Konstruktivismus und Realismus in der Kommunikationswissenschaft. In G. Bentele, & M. Rühl (Eds.), *Theorien öffentlicher Kommunikation* (pp. 152-171). München:
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2007). In von Uexküll T., Grubrich-Simitis I. (Eds.), *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* [The Social Construction of Reality] (21st ed.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Best, J. (1989). In de Gruyter A. (Ed.), *Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. Hawthorne, NY:

- Blum, R., Bonfadelli, H., Imhof, K., & Jarren, O. (2008). *Krise der Leuchttürme öffentlicher Kommunikation – Vergangenheit und Zukunft der Qualitätsmedien. Thematische Skizze zum Mediensymposium 20.11. – 22. 11. 2008.* Bern und Zürich:
- Blumer, H. (1971). Social problems as collective behavior. *Social problems*, 18(3), 298-306.
- Bonfadelli, H. (2002). *Medieninhaltsforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen.* Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Bonfadelli, H., & Meier, W. A. (Eds.). (1993). *Publizistikwissenschaft und soziale Probleme. Einleitung. Krieg, Aids, Katastrophen. Gegenwartsprobleme als Herausforderung für die Publizistikwissenschaft. Festschrift für Ulrich Saxer.* . Konstanz: Universitätsverlag.
- Bortz, J., & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation.* Berlin: Springer.
- Bray, G. A., Bouchard, C., & James, W. P. T. (1998). Definitions and proposed current classification of obesity. In G. A. Bray, C. Bouchard & W. P. T. James (Eds.), *Handbook of Obesity* (pp. 31-40). New York: Marcel Dekker.
- Brixi, O., & Lang, T. (2000). In Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. and Lang T. (Eds.), *Comportements et inégalités de santé. Inégalités sociales de santé.* Paris: La Découverte.

- Broom, D. H., & Woodward, R. V. (1996). Medicalisation reconsidered: Toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 357-378.
- Brown, P. (1995). Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future), 34-52.
- Brown, P., & Konner, M. (1987). An anthropological perspective on obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 29-46.
- Bruck, P., & Stocker, G. (1996). *Die ganz normale Vielfältigkeit des Lesens*. Münster: Lit Verlag.
- Brylinsky, J. A., & Moore, J. C. (1994). The identification of body build stereotypes in young children. *Journal of Research in Personality*, 28, 170-181.
- Buddeberg-Fischer, B., Gnam, G., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (1998). In BAG (Ed.), *Störungen des Essverhaltens bei Jugendlichen als Risiko für die Entwicklung einer Anorexie oder Bulimie*. Bern: BAG EDMZ.
- Bundesamt für Gesundheit. (2008a). *Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008 - 2012*. Bern: BAG. Retrieved from http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05141/05142/index.html?lang=de

Bundesamt für Gesundheit. (2008b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007: Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS). Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.Document.112182.pdf>

Calmonte, R., Galati-Petrecca, M., Lieberherr, R., Neuhaus, M., & Kahlmeier, S. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002* (Statistik der Schweiz No. 213-0206). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Campos, P. (2004). *The obesity myth: why America's obsession with weight is hazardous to your health* Gotham.

Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International journal of epidemiology*, 35(1), 55.

Cappella, J. N., & Jamieson, K. H. (1996). News frames, political cynicism, and media cynicism. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, , 71-84.

Carlsson, M. (2000). Cancer patients seeking information from sources outside the health care system. *Supportive care in cancer*, 8(6), 453-457.

Caterson, I. D., Franklin, J., & Colditz, G. A. (2004). Economic costs of obesity. In Bray, G.A. & Bouchard, C. (Ed.), *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*. (pp. 149-156). New York: Marcel Dekker.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Overweight and Obesity*. Retrieved 12/2008, 2008, from <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/index.htm>
- Chang, V. W., & Christakis, N. A. (2002). Medical modelling of obesity: a transition from action to experience in a 20th century American medical textbook. *Sociology of Health and Illness*, 24(2), 151-177.
- Cohen, L., Perales, D. P., & Steadman, C. (2005). The O word: why the focus on obesity is harmful to community health. *Californian Journal of Health Promotion*, 3(3), 154-61.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7244), 1240-1243.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Conrad, P. (1992a). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Conrad, P. (1992b). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

- Cooper, C. (1998). *Fat and proud: the politics of size* Women's Press.
- Coreil, J., Levin, J. S., & Jaco, E. G. (1985). Life-Style - an Emergent Concept in the Sociomedical Sciences. *Culture Medicine and Psychiatry*, 9(4), 423-437.
- Counts, C. R., Jones, C., Framer, C. L., & Strauss, C. C. (1986). The perception of obesity by normal-weight versus obese school-age children. *Child Psychiatry and Human Development*, 17, 113-120.
- Crain, C. (2005). Selling sickness: How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. *New York Times Book Review*, , 12-12.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *Journal of Applied Psychology*, 19, 429-451.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
- Crossley, N. (2004). Fat is a Sociological Issue: Obesity Rates in Late Modern, "Body-Conscious" Societies. *Social Theory & Health*, 2, 222-253.
- Dahinden, U. (2006). *Framing. Eine integrative Theorie der Massenkommunikation*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

- D'Angelo, P. (2002). News framing as a multiparadigmatic research program: A response to Entman. *Journal of Communication*, 52(4), 870-888.
- de Gruyter (Ed.). (ab 1955). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (107.-260. Auflage ed.). Berlin: de Gruyter.
- Delgrande, J. M., Kuntsche, S., & Gmel, G. (2007). *Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz: Aspekte einer multifaktoriellen Problematik* (StatSanté No. 3). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS). (StatSanté) Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.99164.pdf>
- Desrochers, D. M., & Holt, D. J. (2007). Children's Exposure to Television Advertising: Implications for Childhood Obesity. *Journal of Public Policy & Marketing*, 26(2), 182-201.
- Dorfman, L. (2007). Moving nutrition upstream: The case for reframing obesity. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2), S45.
- Dorfman, L., Wilbur, P., Lingas, E. O., Woodruff, K., & Wallack, L. (2004). Accelerating Policy on Nutrition: Lessons from Tobacco, Alcohol, Firearms, and Traffic Safety. *Berkley Media Studies Group*,
- Dorsch-Jungsberger, P. (1993). Sensationsjournalismus und Lebenswelt-Paradigma. *Publizistik*, 38, 390-411.

- Dulinski, U. (2003). *Sensationsjournalismus in Deutschland*. Konstanz: UVK.
- Edelman, M. (1977). *Political language: words that succeed and policies that fail*. New York: Academic Press.
- Edgley, C., & Brissett, D. (1990). Health nazis and the cult of the perfect body: some polemical observations. *Symbolic interaction*, 13(2), 257-279.
- Egger, S., Wieland, R., Ludin, M., Brändli, O., Vetter, W., & Suter, P. M. (2001). Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich. Eine LuftiBus Studie. *Praxis*, (90), 531-538.
- Eichholzer, M., Bisig, B., Gutzwiller, F., & Lüthy, J. (2000). Aktuelle Ernährungsprobleme in der Schweiz. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. *Mitt. Lebensm. Hyg.*, (91), 251-273.
- Eichholzer, M., Camenzind-Frey, E., Matzke, A., Amadò, R., & Ballmer, P. e. a. (2005a). *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eichholzer, M., Camenzind-Frey, E., Matzke, A., Amadò, R., & Ballmer, P. e. a. (2005b). Nutri-Trend-Studie 2000: Ernährungsgewohnheiten und Einstellungen zur Ernährung in der Schweiz: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. In Bundesamt für Gesundheit (Ed.), *Fünfter Schweizer Ernährungsbericht 2005* (pp. 217-242). Bern:

- Elias, N. (1969). *Über den Prozeß der Zivilisation*.
- Ellrott, T., & Pudel, V. (1998). *Adipositas therapie. Aktuelle Perspektiven* Stuttgart: Thieme.
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58.
- Epstein, S. (1998). *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge* Univ of California Pr.
- Ernsberger, P., & Haskew, P. (1987). Health implications of obesity: an alternative view. *Journal of obesity and weight regulation (USA)*,
- Farooqi, I. S., & O'Rahilly, S. (2000). Recent advances in the genetics of severe childhood obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 83(1), 31-34.
- Fisher, J., Gandy Jr, O., & Janus, N. (1981). The role of popular media in defining sickness and health. *Communication and Social Structure: Critical Studies in Mass Media Research*, , 240–257.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Jama*, 293(15), 1861.
- Fontaine, K. R., & Allison, D. B. (2004). Obesity and mortality rates. In G. A. Bray, & C. Bouchard (Eds.), *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology* (pp. 767-785). New York: Dekker, Marcel;

Food and Agriculture Organisation of the United Nations. (2002). *The developing world's new burden: obesity*. Retrieved 12/2008, 2008, from <http://www.fao.org/FOCUS/E/obesity/obes1.htm>

Ford, G. T., & Calfee, J. E. (2005). Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health/The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight Is Hazardous to Your Health/Fat Land: How Americans Became the Fattest People in the World. *Journal of Public Policy & Marketing*, 24(1), 174-177.

Freidson, E. (1970). In Harper & Row (Ed.), *Profession of medicine: A Study of Sociology of Knowledge*. New York: Harper & Row.

Freudenheim, M. (2004, 17. Mai). Behavior Drugs Lead in Sales for Children. *New York Times*,

Früh, W. (1998). *Inhaltsanalyse*. Konstanz: UVK Medien.

Gaesser, G. A., & Blair, S. N. (2002). *Big fat lies: The truth about your weight and your health* Gurze Books.

Gamson, W., & Modigliani, A. (1987). The changing culture of affirmative action. In R. G. Braungart, & M. M. Braungart (Eds.), *Research in political sociology*. (pp. 137-177). Greenwich:

Gamson, W. A., & Gamson, W. (2002). *Talking politics*. Cambridge University Press.

- Gamson, W. A., & Modigliani, A. (1989). Media Discourse and Public-Opinion on Nuclear-Power - a Constructionist Approach. *American Journal of Sociology*, 95(1), 1-37.
- Garrett, L. (2001). *Das Ende der Gesundheit*. Berlin: Siedler Verlag.
- Geist-Martin, P., Ray, E. B., & Sharf, B. F. (2003). *Communicating health: Personal, cultural, and political complexities*. Belmont, CA: Thomas Wadsworth.
- Gerbner, G. (1969). Toward 'cultural indicators': The analysis of mass mediated message systems. *AV Communication Review*, 17, 137-148.
- Gerbner, G. (1981). Health and Medicine on Television. *New England Journal of Medicine*, 305(15), 901.
- Germov, J., & Williams, L. (1996). The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, 27(2), 97-108.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2009a). *Gesundes Körpergewicht*. Retrieved 06/16, 2009, from http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Allgemeines/index.php
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2009b). *Gesundes Körpergewicht: Facts & Figures*. Retrieved 02.2009, 2009, from

http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Allgemeine_s/facts_and_figures.php

Gieryn, T. F., & Figert, A. E. (1990). Ingredients for a theory of science in society: Orings, ice water, C-clamp, Richard Feynman and the press. *Theories of Science in Society*, , 67–97.

Gitlin, T. (1980). *The whole world is watching: mass media in th making and unmaking of the new left*. Berkeley:

Greene, J. A. (2007). In The John Hopkins University Press (Ed.), *Prescribing by Numbers. Drugs and the Definition of Disease* John Hopkins paperback edition.

Groenemeyer, A. (1997). Die Konstitution sozialer Probleme in der modernen Gesellschaft. Unpublished unveröff. Habilitationsschrift, Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld., Bielefeld.

Gusfield, J. R. (1975). Categories of ownership and responsibility in social issues: alcohol abuse and automobile use. *Journal of Drug Issues*, (5), 285-303.

Gusfield, J. R. (1984). *The culture of public problems: drinking-driving and the symbolic order* University of Chicago Press.

Hallahan, K. (1999). Seven Models of Framing: Implications for Public Relations. *Journal of Public Relations Research*, 11(3), 229-259.

- Harker, D., Harker, M., & Burns, R. (2007). Tackling Obesity: Developing a Research Agenda for Advertising Researchers. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 29(2), 39-51.
- Harrison, K. (2000). Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disordered symptomatology in grade school children. *Communication Research*, 27, 617-640.
- Held, B., & Russ-Mohl, S. (Eds.). (2000). *Qualität durch Kommunikation sichern*. Frankfurt am Main: F.A.Z.-Institut.
- Hoffman-Goetz, L., Shannon, C., & Clarke, J. N. (2003). Chronic disease coverage in Canadian Aboriginal newspapers. *Journal of Health Communication*, 8(5), 475-488.
- Holsti, O. R. (1969). In Reading Mass. (Ed.), *Content analysis for the social sciences and humanities*. Menlo Park Calif.: Addison-Wesley.
- Hurrelmann, K., & Leppin, A. (2001). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Hans Huber.
- Illich, I. (1976). In Pantheon (Ed.), . New York:
- Illich, I., & Lindquist, D. N. T. (1975). *Die Enteignung der Gesundheit: "Medical nemesis"* Rowohlt.
- Iyengar, S. (1991). *Is anyone responsible?*. London: The University of Chicago Press.

Jackson, L. D., & Duffy, B. K. (1998). In Jackson L. D., Duffy B. K. (Eds.), *Health Communication Research*. Westport: Greenwood.

James, W. P. T., Jackson-Leach, R., Ni Mhurchu, C., Kalamara, E., Shayeghi, M., Rigby, N. J., et al. (2004). Overweight and obesity (high body mass index). In M. Ezze-ti, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. (pp. 497-596). Geneva: World Health Organization.

Jarren, O., & Weßler, H. (2002). *Journalismus-Medien-Öffentlichkeit: Eine Einführung* VS Verlag.

Jazbinsek, D. (2000). *Gesundheitskommunikation*. Leverkusen: Westdeutscher Verlag.

Jones, S. C. (2004). Coverage of breast cancer in the Australian print media - Does advertising and editorial coverage reflect correct social marketing messages? *Journal of Health Communication*, 9(4), 309-325.

Jordan, A. B. (2007). Heavy Television Viewing and Childhood Obesity. *Journal of Children & Media*, 1(1), 45-54.

Keys, A., Menotti, A., Karvonen, M. J., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., et al. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*, (124), 903-915.

Kiheung, K. (2007). In Routledge (Ed.), *The social construction of disease*. abingdon, Oxon:

Kim, S., & Willis, L. A. (2007). Talking about Obesity: News Framing of Who Is Responsible for Causing and Fixing the Problem. *Journal of health communication*, 12(4), 359.

Kirkwood, W. G., & Brown, D. (1995). Public communication about the causes of disease: The rhetoric of responsibility. *Journal of Communication*, 45(1), 55-76.

Kline, K. N. (2006). A decade of research on health content in the media: The focus on health challenges and sociocultural context and attendant informational and ideological problems. *Journal of Health Communication*, 11(1), 43-59.

Kreijl, C., & Knaap, A. (2004). Measuring Dutch meals, Healthy diet and safe food in the Netherlands, Summary and Key messages.

Kreps, G. L., Bonaguro, E., & Query, J. L. (1998). The History And Development Of The Field Of Health Communication. In L. D. Jackson, & B. K. Duff (Eds.), *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions*. (pp. 1-15). Westport, CT: Greenwood Press.

Kreps, G. L., & Maibach, E. W. (2008). Transdisciplinary Science: The Nexus Between Communication and Public Health. *Journal of Communication*, 58(4), 732-748.

- Kreps, G. L., Query, J. L., & Bonaguro, E. W. (2007). The interdisciplinary study of health communication and its relationship to communication science. In L. Lederman (Ed.), *Beyond these walls: Readings in health communication* (pp. 2-13). Los Angeles: Roxbury.
- Kreps, G. L., & Thornton, B. C. (1992). *Health communication: Theory and practice*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Lawrence, R. G. (2004). Framing Obesity. *The Harvard Journal of Press/Politics*, 9(3), 56-75.
- LeBesco, K. (2004). 'The Queerness of Fat. *Revolting Bodies? The Struggle to Redefine Fat Identity*, , 85–97.
- Leisibach, A., & Keller, U. (1998). Verbrauch und Bedeutung von Light-Produkten. In U. Keller, et al. (Eds.), *Vierter Schweizerischer Ernährungsbericht*. (pp. 416-433). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Levenstein, H. (1988). In Oxford University Press (Ed.), *Revolution at the Table: The Transformation of the American Diet*. New York:
- Levenstein, H. (1993). In Oxford University Press (Ed.), *Paradox of Plenty: A Social History of Eating in Modern America*. New York:
- Lowenberg, J. S., & Davis, F. (1994). Beyond Medicalisation-Demmedicalisation - the Case of Holistic Health. *Sociology of Health & Illness*, 16(5), 579-599.

- Luhmann, N. (2004). *Die Realität der Massenmedien* VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lüthy, J. (2005). In Eichholzer M., E. C., A. M., R. A. and al. B. P. e.(Eds.), *Aktionsplan Ernährung und Gesundheit: Eine Ernährungspolicy für die Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Luttwak, E. (1999). *Turbo-capitalism: winners and losers in the global economy* HarperCollins New York.
- Mack, A. N. (2007). Closely Closeted: the Fat Acceptance Movement and Embodied Closets of Power. *Conference Papers -- National Communication Association*, , 1.
- Maibach, E. W., Kreps, G. L., & Bonaguro, E. W. (1993). Developing strategic communication campaigns for HIV/AIDS prevention. In S. Ratzan (Ed.), *AIDS: Effective health communication for the 90's*. (). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Major, L. H. (2009). Break it to Me Harshly: The Effects of Intersecting News Frames in Lung Cancer and Obesity Coverage. *Journal of health communication*, 14(2), 174-188.
- Manson, J. E., Skerrett, P. J., & Willett, W. C. (2004). Obesity as a risk factor for major health outcomes. In G. A. Bray, & C. Bouchard (Eds.), *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*. (pp. 813-824). New York: Dekker, Marcel;

- McCombs, M., & Shaw, D. L. (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public opinion quarterly*, 36(2), 176.
- McCombs, M., Llamas, J. P., Lopez-Escobar, E., & Rey, F. (1997). Candidate images in Spanish elections: Second-level agenda-setting effects. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 74(4), 703-717.
- McNeil, B., Parker, S., Sox, H. J., & Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England Journal of Medicine*, 306, 1259-1262.
- McQuail, D. (1994). *Mass Communication Theory*. California: Thousand Oaks.
- Merten, K. (1995). *Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis*. (2nd ed.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mills, C. (1959). The social imagination.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama*, 291(10), 1238.
- Muennig, P. (2008). The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. *BMC Public Health*, 8, 128.
- Murray, . (2008). Pathologizing "fatness": Medical authority and popular culture. *Sociology of Sport Journal*, 25(1), 7.
- Nelkin, D. (1987). Selling science. How the press covers science and technology.

- Neuendorf, K. A. (1990). Health images in the mass media. In E. Berlin Ray & L. Donohew (Ed.), *Communication and health: Systems and applications* (pp. 111-135). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Neville, T. (1996). Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge - Epstein, S. *Library Journal*, 121(17), 82-&.
- Oehmichen, B., & Schneider, E. (2008). *Rat swd*. Unpublished manuscript.
- Oliver, J. E. (2006). *Fat politics: the real story behind America's obesity epidemic* Oxford University Press, USA.
- Pan, Z., & Kosicki, G. M. (2001). Framing as a strategic action in public deliberation. *Framing public life: perspectives of media and our understanding of the social world*. (pp. 35-65). New Jersey: Mahwah.
- Parsons, T. (1951). Illness and the Role of the Physician - a Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(JUL), 452-460.
- Payne, G. J., Ratzan, S., & Baukus, R. (1989). Newspaper Coverage of the Harvard Medicare Project: Regional Distinctions or Discreet Disregard? *Health Communication*, 1(4), 227.
- Peterman, F., & Pudel, V. (2003). In Peterman F., Pudel V. (Eds.), *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Pitts, J. (1968a). *"Social Control: The Concept"*. New York: Macmillan.

- Pitts, J. (1968b). Social Control: The Concept. In Macmillan (Ed.), *International Encyclopedia of social Sciences* (14th ed.,). New York:
- Powlisha, K. K., Serbin, L. A., Doyle, A. B., & White, D. R. (1994). Gender, Ethnic, and body type biases. *Developmental Psychology*, *30*, 526-536.
- Pratt, C. B. (2007). Crafting Campaign Themes (and Slogans) for Preventing Overweight and Obesity. (cover story). *Public Relations Quarterly*, *52*(2), 2-8.
- Price, V., Tewksbury, D., & Powers, E. (1997). Switching trains of thought: The impact of news frames on readers' cognitive responses. *Communication Research*, *24*(5), 481.
- Racette, S. B., Deusinger, S. S., & Deusinger, R. H. (2003). Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. *Physical Therapy*, *83*(3), 276.
- Riessman, C. K. (1983). Women and Medicalization - a New Perspective. *Social Policy*, *14*(1), 3-18.
- Robinson, M. G., Bloom, P. N., & Lurie, N. H. (2005). Combating Obesity in the Courts: Will Lawsuits Against McDonald's Work? *Journal of Public Policy & Marketing*, *24*(2), 299-306.
- Rossol, J. (2001). The medicalization of deviance as an interactive achievement: The construction of compulsive gambling. *Symbolic Interaction*, *24*(3), 315-341.
- Rühl, M. (1980). *Journalismus und Gesellschaft*. Mainz: v. Hase und Koehler.

Ryan, C. (1991). *Prime time activism: Media strategies for grassroots organizing* South End Pr.

Saguy, A. C., & Almeling, R. (2005). Fat devils and moral panics: news reporting on obesity science. *SOMAH workshop. UCLA Department of Sociology*,

Saguy, A. C., & Almeling, R. (2008). Fat in the Fire? Science, the News Media, and the “Obesity Epidemic”. *Sociological Forum*, , 23(1) 53-83.

Saguy, A. C., & Riley, K. W. (2005). Weighing both sides: morality, mortality, and framing contests over obesity. *Journal of health politics, policy and law*, 30(5), 869.

Sandberg, H. (2004). *Media and Obesity*. Lund: Sociologiska institutionen, Lunds universitet.

Schaffer, D. (1995). Shocking secrets revealed! The language of tabloid headlines. *Et Cetera*, 52(1), 27-46.

Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication; Annual Convention of the Association-for-Education-in-Journalism-and-Mass-Communication, ANAHEIM, CALIFORNIA.* , 49(1) 103-122.

Scheufele, D. A., & Lewenstein, B. V. (2005). The public and nanotechnology: How citizens make sense of emerging technologies. *Journal of Nanoparticle Research*, 7(6), 659-667.

Schlesinger, M. (2002). A loss of faith: the sources of reduced political legitimacy for the American medical profession. *The Milbank quarterly*, 80(2), 185-235.

Schneider, H., & Schmid, A. (2004). *Die Kosten der Adipositas in der Schweiz* (Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Schudson, M. (1989). The sociology of news production. *Media, Culture and Society*, 11(3), 263-282.

Schulz, W. (1989). Massenmedien und Realität - die "ptolemäische" und die "kopernikanische" Auffassung. In M. Kasse, & W. Schulz (Eds.), *Massenkommunikations-Theorien, Methoden und Befunde*. (pp. 135-149). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Schutz, Y., & Woringer, V. (2002). Obesity in Switzerland: a critical assessment of prevalence in children and adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 26 Suppl 2, S3-S11.

Schwartz, H. (1986). Never satisfied: A cultural history of diets, fantasies, and fat.

Schweizerische Bundeskanzlei. (2009). *Parlamentarische Vorstösse*. Retrieved 05/30, 2009, from <http://www.parlament.ch/d/>

Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG), (1992). Retrieved from http://www.admin.ch/ch/d/sr/c817_0.html

- Scott, W. J. (1990). Ptsd in Dsm-Iii - a Case in the Politics of Diagnosis and Disease. *Social Problems*, 37(3), 294-310.
- Seidell, J. C., & Rissanen, A. M. (2004). Prevalence of obesity in adults: the global epidemic. In Bray, G.A. & Bouchard, C. (Ed.), *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology* (pp. 93-107). New York: Marcel Dekker.
- Seiders, K., & Petty, R. (2007). Taming the Obesity Beast: Children, Marketing, and Public Policy Considerations. *Journal of Public Policy Marketing*, 26(2), 236.
- Seiders, K., & Petty, R. D. (2004). Obesity and the Role of Food Marketing: A Policy Analysis of Issues and Remedies. *Journal of Public Policy & Marketing*, 23(2), 153-169.
- Sherry, B., & Dietz, W. H. (2004). Pediatric overweight: an overview. In Bray, G.A. & Bouchard, C. (Ed.), *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*. (pp. 117-133). New York: Marcel Dekker.
- Sigelman, C. K., Miller, T. E., & Whitworth, L. A. (1986). The early development of stigmatizing reactions to physical differences. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 7(1), 17.
- Snow, D. A., & Benford, R. D. (1988). Ideology, frame resonance, and participant mobilization. *International social movement research*, 1(1), 197-217.

Sobal, J. (1999). The size acceptance movement and the social construction of body weight. *Weighty issues: Fatness and thinness as social problems*, , 231–249.

Sobal, J. (1995). The Medicalization and Demedicalization of Obesity. In D. Maurer, & J. Sobal (Eds.), (pp. 67-90). New York: Aldine de Gruyter.

Solomon, C. G., & Manson, J. E. (1997). Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 66(4 Suppl), 1044S-1050S.

Spector, M., & Kitsuse, J. (Eds.). (1977). *Constructing social problems*. Menlo Park, California: The Benjamin / Cummings Publishing Co.

Staffieri, J. R. (1972). Body build and behavioral expectancies in young females. *Developmental Psychology*, 6, 125-127.

Stager, S. F., & Burke, P. J. (1982). A reexamination of body build stereotypes. *Journal of Research in Personality*, 16, 435-446.

Stähelin, H. B. (1975). Beobachtungen zum Problem der Übergewichtigkeit am Probandengut der Basler Studie III. In G. Brubacher, & G. Ritzel (Eds.), *Zur Ernährungssituation der schweizerischen Bevölkerung*. (pp. 251-261). Bern: Hans Huber.

Stamm, H., Ackermann, U., Frey, D., Lamprecht, M., Ledergerber, M., Steffen, T., et al. (2008).

Bericht zur Auswertung der Daten des Schuljahres

2006/2007

**Resultate aus einem von Gesundheitsförderung Schweiz
unterstützten Projekt.** Retrieved from

http://www.suissebalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Grundlagen/Bericht_BMI_Monitoring_06_07_ganz_D.pdf

Stein, H. F. (1982). Wellness as illusion. *Delaware medical journal*, 54(11), 637-641.

Stevens, J., Cai, J. W., & Wood, J. L. (1998). Age, body-mass index, and mortality - reply. *New England Journal of Medicine*, 338(16), 1159-1159.

Stone, D. (1997). *Policy Paradox*. New York: Norton.

Suter, P. M. (2005). Ernährung, Lifestyle und Adipositas von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. In B. f. G. BAG (Ed.), *Fünfter Schweizer Ernährungsbericht 2005* (pp. 1076). Bern:

Suter, P. M., & Benz, R. (2004). Übergewicht bei Kindern: Prävalenz, epidemiologische Aspekte und Entwicklungstendenzen in der Schweiz. In Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Ed.), *Übergewicht bei Kindern* (1 / 84 ed., pp. 13-27). Bern: Schweizerische Vereinigung für Ernährung.

Suter, P. M., & Schutz, Y. (2005). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. In Bundesamt für Gesundheit BAG (Ed.), *Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht* (5. ed., pp. 471-492). Bern: BAG.

- Suter, P. M., Weissner, B., Grune, S., Spuhler, T., & Vetter, W. (1993). Heureka study: prevalence of overweight and obesity in Switzerland. [Heureka-Studie: Prävalenz des Übergewichts und der Adipositas in der Schweiz] *Schweizerische Rundschau Fur Medizin Praxis = Revue Suisse De Medecine Praxis*, 82(47), 1359-1362.
- Tarrow, S. (1992). Mentalities, political cultures, and collective action frames. *Frontiers in social movement theory*, , 174-202.
- Thelen, M. H., Powell, A. L., Lawrence, C., & Kuhnert, M. E. (1992). Eating and Body Image Concern Among Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 41.
- Thomson, D. M. (2009). Big Food and the Body Politics of Personal Responsibility. *Southern Communication Journal*, 74(1), 2-17.
- Troiano, R. P., & Flegal, K. M. (1998). Overweight children and adolescents: Description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics*, 101(3), 497-504.
- Tuchman, G. (1978). *Making news: A study in the construction of reality* Free Press.
- Turow, J., & Coe, L. (1985). Curing television's ills: The portrayal of health care. *The Journal of Communication*, 35(4), 36-51.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 211(4481), 453-458.
- Vainio, H., & Bianchini, F. (2002). In World Health Organization (WHO) (Ed.), *Weight control and physical activity* IARC Press Lyon, France:.

- Van Gorp, B. (2005). Where is the frame? Victims and intruders in the Belgian press coverage of the asylum issue. *European Journal of Communication*, 20(4), 484-507.
- Visscher, T. L., Seidell, J. C., Menotti, A., Blackburn, H., Nissinen, A., Feskens, E. J., et al. (2000). Underweight and overweight in relation to mortality among men aged 40-59 and 50-69 years: the Seven Countries Study. *American Journal of Epidemiology*, 151(7), 660-666.
- Wadden, A., & Fabricatore, T. (2003). Psychological Function of Obese Individuals. *Diabetes Spectrum*, 16(4), 245-252.
- Wallace, L. S., & Ballard, J. E. (2003). Osteoporosis coverage in selected women's magazines and newspapers, 1998-2001. *American Journal of Health Behavior*, 27(1), 75-83.
- Wann, M. (1999). *Fat! So?: Because you don't have to apologize for your size!* Ten Speed Pr.
- Wansink, B., & Chandon, P. (2006). Can “Low-Fat” Nutrition Labels Lead to Obesity? *Journal of Marketing Research (JMR)*, 43(4), 605-617.
- Weiss, F. (2000). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. *American Journal of Psychotherapy*, 54(1), 131-132.
- WHO. (2003). *Report of the joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases No. 916*. Geneva: World Health Organisation.

WHO. (2006). *Europäische Ministerkonferenz der Bekämpfung der Adipositas. Ernährung und Bewegung für die Gesundheit*. No. 8). Istanbul:

WHO. (2008). *Obesity*. Retrieved 12/2008, 2008, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>).

WHO Expert Committee. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee*. (Technical Report Series No. 854). Geneva: World Health Organization.

Willett, W. C. (1990). *Nutritional epidemiology*. New York / Oxford: Oxford University Press.

Williams, S. J., & Calnan, M. (1996). The 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1609-1620.

Williamson, D. A., & O'Neil, P. M. (2004). Obesity and quality of life. In Bray, G.A. & Bouchard, C. (Ed.), *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*. (pp. 1005-1022). New York: Marcel Dekker.

World Health Organisation. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases* No. 916)

World Health Organisation. (2008). *Controlling the global obesity epidemic*. Retrieved 05/2009, 2009, from <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/index.html>

World Health Organisation Europe. (2007).
The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Retrieved 12/2008, 2008, from
<http://www.euro.who.int/document/e89858.pdf>

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The Definition has not been amended since 1948. 2, (1946).

World Health Organization. (2005).
The challenge of obesity in the WHO European Region No. 13). Copenhagen, Bucharest: World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI.* Retrieved 05.2009, 2009, from
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Wyss, V. (2010). Narration freilegen: Zur Konsequenz der Mehrsystemrelevanz als Leitdifferenz des Qualitätsjournalismus. In K. Imhof, R. Blum & H. Bonfadelli (Eds.), *Krise der Leuchttürme öffentlicher Kommunikation - Vergangenheit und Zukunft der Qualitätsmedien.* (pp. 1-18). Wiesbaden:

Zeller, O. (Ed.). (1955 - 1964). *Bibliographie der Deutschen Zeitschriftenliteratur mit
Einschluss von Sammelwerken* (98-128 ed.). Osnabrück: Dietrich, F.

Zeller, O. (Ed.). (1965-2005). *Internationale Bibliographie der Zeitschriftenliteratur aus
allen Gebieten des Wissens*. Osnabrück: Dietrich, Felix.

Zhao, X., & Du, Y. (2007). *The Role of Media in Childhood Obesity: What We Learned
From the Case of Chinese Children?* International Communication Association.

Zimmermann, M. B., Gübeli, C., Püntener, C., & Molinari, L. (2004). Overweight and
obesity in 6-12 year old children in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, *134*, 523-
528.

Zimmermann, M. B., Hess, S. Y., & Hurrell, R. F. (2000). A national study of the preva-
lence of overweight and obesity in 6-12 y-old Swiss children: body mass index,
body-weight perceptions and goals. *European Journal of Clinical Nutrition*, *54*(7),
568-572.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*,
20(4), 487-504.