

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität Würzburg

Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

Die medizinische Diskussion um die Fettleibigkeit 1800-1914

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Inga Kristine Holstermann
aus Bremen

Würzburg, Dezember 2011

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

Koreferent: Prof. Dr. med. Bruno Allolio

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Alexander C. Kübler

Tag der mündlichen Prüfung: 17. 10. 2012

Die Promovendin ist Zahnärztin.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Einführung in den Problembereich.....	1
1.2	Forschungsstand	3
1.3	Quellenlage	6
2	DIE MEDIZINISCHE DEBATTE ÜBER DIE FETTSUCHT IM 19. JAHRHUNDERT	7
2.1	Zeitgenössische Definitionen der Fettleibigkeit und Versuche der Abgrenzung zwischen Normal- und Übergewicht.....	7
2.2	Ursachen der Fettleibigkeit	16
2.2.1	Lebensführung	16
2.2.2	Erbliche Veranlagung	23
2.2.3	Geschlecht	25
2.2.4	Altersabhängige Veränderungen des Gewichts	27
2.2.5	Übergewicht als Ausdruck von Stoffwechselstörungen	29
2.3	Folgen der Adipositas.....	34
2.3.1	Gesundheitsgefahren	34
2.3.2	Fettleibigkeit als ästhetisches Problem.....	43
2.3.3	Psychische und mentale Auswirkungen der Fettleibigkeit	45
2.4	Konzepte zur Gesunderhaltung und Lebensverlängerung durch gesunde Ernährung und Gewichtsreduktion	47
2.4.1	Änderungen der Anschauungen über Alter, Ernährung und Beginn gezielter Hausfrauenschulung	48
2.4.2	Methoden zur Behandlung des Körpergewichts	55
3	SCHLUSSFOLGERUNGEN	65
4	LITERATURVERZEICHNIS	74

1 Einleitung

1.1 Einführung in den Problembereich

Die Geschichte der Fettleibigkeit hat in den letzten Jahren großes Interesse in der medizinhistorischen Forschung erfahren.¹ Die Ursachen hierfür lassen sich mit medizinischen und gesellschaftlichen Aspekten des Übergewichts begründen, aber auch mit den Einflüssen, die eine Adipositas auf das Leben des Einzelnen nimmt. Dabei ist eine Abgrenzung zwischen „normal“ und „zuviel“ schwierig und selbst die aktuellen Standards der Weltgesundheitsorganisation bezüglich eines „idealen“ Körpergewichts sind nicht unumstritten. Denn beispielsweise der heute allgemein verwendete Body Mass Index (BMI) gilt als Maßstab für alle Menschen, obwohl empirisch nicht bestätigt werden kann, dass etwa ab der Grenze eines BMI von 25 Gesundheitsgefährdungen beginnen.²

Es besteht heute Einigkeit darüber, dass sich ein zu hohes Körpergewicht negativ auf die Gesundheit auswirkt, und eine schlanke, wohlproportionierte Figur wird in der westlichen Kultur heute als schön, aber auch als gesund empfunden. Eine Fülle an medizinischen sowie populär- und pseudowissenschaftlichen Diät- und Sportkonzepten gibt Anweisungen, Empfehlungen und Ratschläge zur Gewichtsreduktion, um das moderne Wunschbild von einem schlanken durchtrainierten Körper zu realisieren.³

Bei der medizingeschichtlichen Betrachtung fällt aber auf, dass sich das ästhetische Empfinden der „Idealfigur“ im Zeitverlauf gewandelt hat. Während in heutiger Zeit Übergewicht häufig gesellschaftlich geahndet wird und die Betrof-

¹ Vgl. SCHWARTZ (1986), Vgl. BRAY (1990), Vgl. KLOTTER (1990), Vgl. THOMS (1995), Vgl. STEARNS (1997), Vgl. GUERRINI (2000), Vgl. THOMS (2000), Vgl. MERTA (2003), Vgl. OLIVER (2006), Vgl. STOLBERG (2010)

² Vgl. KLOTTER (2008) S. 27

³ Vgl. MERTA (2003)

fenen als faul, gefräßig, unkontrolliert, unbeweglich oder sogar unintelligent diskriminiert werden, galt noch vor 150 Jahren ein dicker Bauch, das „embonpoint“, als erstrebenswertes Zeichen von Wohlstand.⁴ In Zeiten, in denen ausreichend Nahrung zu Verfügung steht, ist es nicht mehr nötig, einen Bauch zu haben und man versucht, seine sozial gutgestellte Position durch Schlankheit zu demonstrieren. „Dementsprechend ist heute Schlankheit mit beruflichem Erfolg, Flexibilität und Attraktivität assoziiert“.⁵

Dieses Umdenken ist im geschichtlichen Kontext zu sehen, denn Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es in Deutschland – wie auch in den übrigen heutigen Industrieländern – zu gravierenden politischen und gesellschaftlichen Umwälzungen im Rahmen der Industriellen Revolution. In der Zeit der Industrialisierung entwickelte sich eine andauernde Nahrungsmittelverfügbarkeit. Es etablierte sich eine Massenproduktion hochkalorischer Lebensmittel unter gleichzeitiger Reduzierung von schwerer körperlicher Arbeit. Jedoch blieben dem Menschen aber auch die vorzeitlichen Mechanismen zur Energiespeicherung erhalten, so dass besonders in industrialisierten Ländern der moderne Mensch einem hohen Risiko für Übergewicht und Fettsucht ausgesetzt ist. Zahlreiche Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von „obesogenic environment“, d.h. Übergewicht fördernden Lebensumständen.⁶

Vor dem Hintergrund, dass aktuell eine „weltweite Adipositas-Pandemie“⁷ besteht, gegen die bis dato keine wirksamen Maßnahmen gefunden werden konnten, gewinnt die medizinhistorische Untersuchung der Entwicklung der Fettsucht besondere Bedeutung. In den vergangenen Jahren wurde daher diesem Thema einige Aufmerksamkeit gewidmet.

⁴ Vgl. WADD (1816), Vgl. REGNELLER (1839)

⁵ Vgl. KLOTTER (2008) S. 27

⁶ Vgl. WELLS (2006), Vgl. BELLISARI (2008), Vgl. LEE (2009)

⁷ Vgl. KELLY (2008), Vgl. DE ONIS (2010), Vgl. PIGEOT (2010)

Als Teilgebiet erscheint in diesem Zusammenhang die Entwicklung des Interesses um die Fettleibigkeit besonders untersuchenswert. Die vorliegende Literaturlauswertung soll daher der Frage nachgehen, wie sich im Untersuchungszeitraum 1800-1914 die Anschauungen und der Kenntnisstand zum Themenkreis Übergewicht entwickelt und verändert haben. Im Einzelnen soll der Beantwortung der folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Wie wurde der Begriff der „Fettleibigkeit“ definiert?
- Welche Ursachen und Folgen der Fettleibigkeit wurden postuliert?
- Wie entwickelten sich die Anschauungen über Fettleibigkeit?
- Welche Verfahren wurden zur Verringerung der Fettleibigkeit entwickelt?

1.2 Forschungsstand

Stolberg⁸ setzte sich mit dem Thema Fett und Fettsucht in der frühen modernen Medizin von 1500-1750 auseinander und fand heraus, dass bereits zu dieser Zeit das Übergewicht in einer Fülle akademischer und populärer Schriften großes Interesse fand. Auch wenn die moderne Medizin und epidemiologische Statistiken noch keinen Einzug gehalten hatten, hatte nahezu jeder bedeutende Mediziner zu diesem Thema etwas beizutragen oder schlug eine Methode zur Bekämpfung des Übergewichts vor. Viele der negativen Ansichten und Werturteile im Zusammenhang mit einer Adipositas, die bis heute geäußert werden, stammen als unser kulturelles Erbe aus dieser Zeitperiode. Einige weitere Untersuchungen zur Medizingeschichte der Adipositas liegen aus der Zeit vor dem 19. Jahrhundert vor. Hier ist beispielhaft das Werk „Cultures of the Abdomen: Diet, Digestion, and Fat in the Modern World“ zu nennen, in dem Christopher E. Forth und Ana-Carden Coyne zahlreiche medizin-, sozial- und kulturgeschichtliche Beiträge internationaler Autoren zu den Anschauungen über den

⁸ Vgl. STOLBERG (2011)

menschlichen Bauch zusammengetragen haben: von religiösen Vorstellungen im prämodernen Europa bis hin zur Adipositaschirurgie in Brasilien.⁹

Der Psychologe Christoph Klotter¹⁰ gab einen Überblick über die Geschichte des Übergewichts aus der Sicht der historischen Psychologie, ohne den medizinischen Aspekten der Adipositas detailliert nachzugehen.¹¹

Von Eva Barlösius stammt eine interessante Einführung in die Soziologie des Essens. Sie griff dabei auch historische Aspekte auf und versucht, Änderungen des Essverhaltens und der Anschauungen über die Nahrungsaufnahme in gesellschaftliche Zusammenhänge einzubetten.¹²

In ihrer Dissertation „Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult. Diätkost und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensstilformen 1880-1930“ untersuchte Sabine Merta die Entwicklung verschiedener alternativer Ernährungsformen vor dem Hintergrund der Naturphilosophie und Lebensreformbewegung sowie den Wandel des Ernährungsbewusstseins in Zusammenhang mit neu entstehenden Vorstellungen über die physische Ästhetik um die Jahrhundertwende 19./20 Jahrhundert.¹³

Der Geschichtswissenschaftler Peter N. Stearns untersucht die Bedeutung von Fett und „Antifett“ in der modernen westlichen Gesellschaft am Beispiel der Vereinigten Staaten und Frankreich ab dem 19. Jahrhundert. Er stellt heraus, dass in heutiger Zeit die Kontrolle des Körpergewichts für den Einzelnen zu einem fortwährenden Problem geworden ist. Während in Frankreich die Ansprüche an die eigene Figur hauptsächlich von ästhetischen Idealvorstellungen geleitet werden, herrscht in den USA eine (fast zwanghafte) Selbstdiszipli-

⁹ Vgl. FORTH (2005)

¹⁰ Vgl. KLOTTER (1990), Vgl. KLOTTER (2008)

¹¹ Ebd.

¹² Vgl. BARLÖSIUS (1999)

¹³ Vgl. MERTA (2003)

nierung beispielsweise durch ständiges Kalorienzählen und begleitet von Schuldgefühlen beim Nichteinhalten der eigenen Vorsätze vor.¹⁴ Seit anderthalb Jahrhunderten, so konstatierte der US-Historiker Hillel Schwartz in seinem Buch „Never Satisfied“ („Niemals zufrieden“), hänge die amerikanische Nation der Erlösungsphantasie an, dass ein neuer und dünnerer Körper ein neues und besseres Leben zur Folge haben müsse.¹⁵

Einige medizinhistorische Übersichtsartikel lieferten eine erste Basis zum Wandel der Anschauungen über Adipositas. Beispielsweise boten Haslam und Conti einen kurzgefassten Überblick von der Antike bis in die Neuzeit¹⁶. Weitere Review-Artikel verfassten Scheindlin¹⁷ mit dem Schwerpunkt auf gewichtsreduzierenden Medikamenten und Bray¹⁸ mit Betonung der Entwicklung der deutschen Labormedizin. Eknoyan publizierte eine Übersicht der Anschauungen über Körperfülle vom 19. Jahrhundert bis heute.¹⁹

In dem Sammelband „Der Bürger im Staat – Band 52: Nahrungskultur. Essen und Trinken im Wandel“ wurden zahlreiche Originalarbeiten zusammengefasst, von denen eine Reihe von Einzelthemen für die vorliegende Untersuchung geeignet war. Hier sind beispielsweise zu nennen: Veränderungen der Familienmahlzeiten, die Verbürgerlichung der Ernährung, die Lebensmittelversorgung in wachsenden Großstädten, der Alkoholkonsum im Spiegel der Geschichte oder die Entstehung von Gemeinschaftsversorgungen in der Arbeitswelt oder in Krankenhäusern.²⁰

¹⁴ Vgl. STEARNS (1997)

¹⁵ Vgl. SCHWARTZ (1986)

¹⁶ Vgl. CONTI (2004), Vgl. HASLAM (2007)

¹⁷ Vgl. SCHEINDLIN (2008)

¹⁸ Vgl. BRAY (1990)

¹⁹ Vgl. EKNOYAN (2006)

²⁰ Vgl. HIRSCHFELDER (2002), Vgl. LESNICZAK (2002), Vgl. LUMMEL (2002), Vgl. SCHLEGEL-MATTHIES (2002), Vgl. TAPPE (2002), Vgl. THOMS (2002a), Vgl. THOMS (2002b)

Eine vertiefte medizingeschichtliche Untersuchung zur Entwicklung der Anschauungen über Fettleibigkeit ist für den Zeitraum 1800-1914 bisher nicht erstellt worden.

1.3 Quellenlage

Im hier interessierenden Zeitraum beschäftigte sich eine Fülle an medizinischen Texten in Lehrbüchern, Zeitschriftenartikeln und medizinischen Dissertationen mit der Entstehung, der den verschiedenen Formen der und den Maßnahmen gegen die Adipositas, so dass auch hier nur eine Auswahl von etwa 40 wichtigen Werken getroffen werden konnte: Die wesentlichen Arbeiten aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts stammen von William Wadd und G. D. Regneller²¹, aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von William Banting, Jean-Anthelme Brillat-Savarin, Wilhelm Ebstein und Adolph Goldberg²² und aus dem Zeitraum 1900 bis 1914 von Enoch Heinrich Kisch, Carl von Noorden und Anton Sopp²³.

Das wachsende Interesse der breiten Bevölkerung an Ernährungsfragen spiegelte sich in Zeitschriftenbeiträgen beispielsweise in dem Familienblatt „Die Gartenlaube“²⁴ und in zahlreichen Kochbüchern und Ratgebern zu Fragen der Ernährung und Haushaltsführung wider. Die beliebtesten Werke von Antonie Steimann, Dr. Anna Fischer-Dückelmann, Henriette Davidis und Henriette Sander wurden in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt²⁵.

²¹ Vgl. WADD (1816), Vgl. REGNELLER (1839)

²² Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826), Vgl. BANTING (1863), Vgl. EBSTEIN (1882), Vgl. GOLDBERG (1888)

²³ Vgl. KISCH (1888), Vgl. KISCH (1901), Vgl. KISCH (1908), Vgl. NOORDEN (1910), Vgl. SOPP (1912)

²⁴ Vgl. KEIL (1866)

²⁵ Vgl. SANDER (1878), Vgl. DAVIDIS (1879), Vgl. FISCHER-DÜCKELMANN (1908), Vgl. STEIMANN (1913)

2 Die medizinische Debatte über die Fettsucht im 19. Jahrhundert

2.1 Zeitgenössische Definitionen der Fettleibigkeit und Versuche der Abgrenzung zwischen Normal- und Übergewicht

Die große Aufmerksamkeit, die dem Phänomen Adipositas zu allen Zeiten gewidmet wurde, spiegelt sich in einer Vielzahl von Bezeichnungen wieder, die für eine beachtenswerte Körperfülle verwendet wurden, wie beispielsweise Wohlbeleibtheit, Fettleibigkeit, Fettsucht, Embonpoint, Obesitas, Polylipie, Polysarkie, Saginatio, Corpulenz, Lipomatosis. Daher war eine Definition der Adipositas und sachverwandter Bezeichnungen ein Teil der Auseinandersetzung mit den zeitgenössischen Anschauungen zur Fettleibigkeit. Außerdem wurden die Bemühungen zur Festlegung bestimmter Grenzen zwischen einem normalen und einem übermäßigen Körpergewicht untersucht.

Bereits in der griechischen Antike wurde das Problem der Adipositas unter dem Begriff Polysarkia („Fleischesüberschuss“) angesprochen, jedoch diesem Themenkreis vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit gewidmet.²⁶ Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts fehlte es noch an präzisen Definitionen und Berechnungen, und eine übermäßige Körperfülle wurde auf Grund subjektiver Einschätzungen und kasuistischer Beobachtungen festgestellt. Beispielsweise war es für Wadd (1836) völlig ausreichend, einen Fettleibigen nach seinem äußeren Erscheinungsbild und seinen damit verbundenen subjektiven Beschwerden als „adipös“ oder „monströs“ zu erkennen. Er differenzierte zwischen einer positiven und einer negativen Dickleibigkeit. Die positive Dickleibigkeit entsprach dem damaligen Schönheitsideal und wurde auch mit einer strotzenden Gesundheit gleichgesetzt. Eine geringe Fettansammlung gebe dem Menschen eine abgerundete Körperform, doch in größerem Ausmaß führe sie zur Verunstaltung des Körpers. Dem Spott seiner Mitmenschen solle ein mäßig Fettleibi-

ger gleichgültig gegenüber stehen, weil er zu den „Gesündesten unter den Gesunden“ gehöre.²⁷

Im Jahr 1826 differenzierte der Generalstabsarzt C. F. Graefe zwischen „Corpulenz“ oder „Obesitas“ als Folge von ungewolltem Fettzuwachs und „Fettsucht“ oder „Adipositas“ als Krankheit.²⁸

Regneller nannte 1839 die Belebtheit „das Höchste der Gesundheit [...], die rechte Mitte zwischen Magerkeit und Fettleibigkeit“,²⁹ während die Wohlbelebtheit oder Corpulenz durch Fettansammlungen am gesamten Körper gekennzeichnet sei. „Corpulenz besteht in einer außerordentlichen Ansammlung von Fett, welche den Umfang des Körpers mehr oder minder vermehrt und stets die Schönheit der natürlichen Formen vernichtet.“³⁰ Er grenzte von dieser allgemeinen eine örtliche Wohlbelebtheit ab, die er hauptsächlich am Unterleib beobachtete und die der von Brillat-Savarin beschriebenen „Gastrophorie“ gleichzusetzen wäre.³¹

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts setzten sich als Bezeichnungen für Übergewicht wieder die alten Begriffe „Corpulenz“, „Obésité/Obesitas“, „Adipositas“ und „Fettsucht“ durch. Zu dieser Zeit wurde mit der Erforschung des Fettstoffwechsels begonnen. Diese wird eng mit dem Gießener Chemiker Justus von Liebig (1803-1873) verknüpft, der aus Tierversuchen die grundlegenden Zusammenhänge zwischen Stoffwechsel, Wärmeproduktion und körperlicher Aktivität ableitete. Er erkannte Kohlenhydrate, Fette und Eiweiße als Grundnährstoffe und führte den Begriff der Stickstoffbilanz ein, d.h. der Differenz zwischen der Stickstoffaufnahme mit der Nahrung und der Stickstoffausscheidung mit

²⁶ Vgl. KLOTTER (1990) S. 44

²⁷ Vgl. GOLDBERG (1888) S. 8

²⁸ Vgl. GRAEFE (1821)

²⁹ Vgl. REGNELLER (1839) S. 18

³⁰ Ebd. S. 3

³¹ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826) S. 272

dem Urin. Vor allem auf Liebigs Erkenntnissen basierten zwei Lehrbücher des Holländers Jakob Moleschott: In „Die Physiologie der Nahrungsmittel“³² überarbeitete und erweiterte er ein Lehrwerk von F. Tiedemann für den eher wissenschaftlichen Gebrauch, und in „Lehre der Nahrungsmittel für das Volk“³³ stellte er das neu gewonnene Wissen einer breiteren Öffentlichkeit zur Verfügung. Der bedeutendste Schüler von Liebigs, Carl von Voit (1831-1908), setzte dessen Werk fort und leitete die Diskussion über den minimalen und optimalen Eiweißbedarf des Menschen³⁴ ein, die bis heute nicht abgeschlossen ist.

Thomas King Chambers definierte im Jahr 1850 die Korpulenz oder Polysarkie als eine echte Hypertrophie des Fettgewebes ohne chemische oder anatomische Veränderungen.³⁵ In einem Vortrag über die Korpulenz im Royal College of Physicians in London beschäftigte sich Chambers auch mit der Frage nach dem Normalgewicht erwachsener Menschen. Er zitierte die Messergebnisse von Reihenuntersuchungen an gesunden Engländern, die John Hutchinson im Rahmen seiner Forschungen zur Vitalkapazität der Lungen vorgenommen hatte³⁶ und die seither auch Versicherungsagenturen als relevante Quelle dienten. Demnach lag um 1845 die durchschnittliche Größe eines gesunden Mannes zwischen fünf und sechs feet (etwa 150-180 cm) bei einem Körpergewicht von 8-12 stones (etwa 50-75 kg). Auf dieser Grundlage fertigte Chambers selbst eine Übersicht über Gewichte und Maße von 38 übergewichtigen Personen an. In seiner Tabelle erfasste er das Geschlecht, das Alter, in dem die Fettleibigkeit begann, und nannte den vermuteten Grund der Adipositas sowie verschiedene Lebensumstände des Einzelnen.³⁷

³² Vgl. MOLESCHOTT (1850a)

³³ Vgl. MOLESCHOTT (1850b)

³⁴ Vgl. VOIT (1868) S. 262

³⁵ Vgl. CHAMBERS (1850)

³⁶ Vgl. HUTCHINSON (1846)

³⁷ Vgl. CHAMBERS (1850) 72 f

Cases of Obese Persons.

No.	Sex	Age	Height	Weight	Age when Obesity Com-menced	Attributed Proximate Cause	How far Heredity	Children or not	Time of Puberty	Form of Bones	State of Bowels	What Diseases they have had
			<i>ft. in.</i>	<i>st. lbs.</i>								
1.	M	At birth 1 3	** 2 7 3 7	0 16 2 12 6 3	Birth	*****	Six brothers and sisters not obese	*****	**	*****	****	Died at four & a half, of bronchitis
2.	F	40	5 3	22 0	3	"A fever"	No	Married; none	14	Small	Natural	Dyspepsia
3.	M	16	5 7	18 0	5.5	Scarlatina	Collateral	*****	**	*****	Natural	
4.	F	13 25 33	** 5 2	13 0 15 3 20 5	Childhood	*****	*****	*****	19	Small	Natural	Healthy
5.	F	26	5 5	14 0	Childhood	*****	Both sides	Single	12	Small	Natural	Eruptions of varicose veins
6.	F	45 47	5 10	28 8 26 6	8	Scarlatina	Collateral	1	9	Small	Loose	Dyspepsia
7.	M	62 66	5 4	23 0 17 0	13	Injury to spine	No	*****	13	Small	Loose	Swelled feet, oppression from obesity
8.	M	20	5 5	16 0	14	*****	*****	*****	14	Small	Natural	Healthy
9.	F	26	5 4	16 2	16	*****	Collateral	Single	15	Small	Natural	Healthy
10.	M	**	5 6	26 0	16	Gonorrhoea	Yes	*****	**	Small	Natural	Oppression from obesity
11.	F	23	5 4.5	13 0	16 20	? Going to India	Yes	Ten miscarriages	11	Small	Costive	
12.	F	21	5 8	16 2	18	*****	No	*****	17	Large	Natural	Eczema
13.	M	30	5 6	17 6 much more	18	Occupation as collar-man						
14.	F	70	5 7	17 0	*****	Marriage	Both sides	None	**	*****	*****	Emphysema of one lung
15.	F	36	5 7.5	19 7	*****	Marriage	No	7	**	*****	*****	Healthy
16.	F	22	5 2	11 0	20	Marriage	*****	Married; none	14	Small	Natural	Plethora
17.	F	24	4 8	12 0	21	Childbirth	No	2	12	Small	Natural	Dyspnoea
18.	M	40	6 1	19 11	21	Great appetite	Father	6	**	Small	Natural	1. Dilated heart 2. Albuminuria 3. Anasarca
19.	F	68 dead	5 7.5	18 to 19 0	25	Increased by salivation, 10 years ago	Both sides	4	13	Small	Costive	1. Hypert. heart 2. Anasarca 3. Coma
20.	M	25 42	5 10	13 7 19 0	25	"Too little to do"	Yes	*****	*****	Moderate	Natural	Two fits from plethora at 30

Abbildung 1a: Von Thomas King Chambers im Jahr 1850 tabellarisch zusammengefasste Kasuistiken von 38 fettleibigen Patienten

Cases of Obese Persons.

No.	Sex	Age	Height	Weight	Age when Obesity Commenced	Attributed Proximate Cause	How far Heredity	Children or not	Time of Puberty	Form of Bones	State of Bowels	What Diseases they have had
			ft. in.	st. lbs.								
21.	M	50	5 10	19 0	26	Becoming a coachman, from being a postilion	Mother & collateral	*****	**	Large	Natural	Bronchitis; condensed lung
22.	F	58	5 7	16 7	26	Childbirth	Both sides	5	**	*****	****	Dilated heart; emphysema of lung
23.	F	28	5 6	15 0	24	Intemperance & erysipelas	*****	*****	**	Large	Costive	Dyspepsia
24.	F	22 48	5 8.5	9 0 20 0	26	An illness	Both sides	Two miscarriages	12	Large	****	Menorrhagia & dyspepsia
25.	M	28	5 10	19 0	26	Syphilis; trade of messman	Both sides	Single	**	Small	Natural	Healthy
26.	M	35	5 10	16 0	28	Copious weak drinks	Yes	Married; none	**	*****	****	Lethargy & dyspepsia
27.	M	58 60	5 8	24 0 22 3	26	*****	Yes	15	14	*****	Natural	Chronic rheumatism
28.	M	56	5 8	19 0	****	*****	Yes	9				
29.	F	55	5 5	15 0	****	*****	Yes	2				
30.	M	38	5 10.5	20 1	****	Copious weak drinks	Collateral	*****	16	Small	Natural	Healthy
31.	F	35 38	5 6	20 0 18 0	27	Nursing a sick child	Father	3	14	Small	Natural	Healthy
32.	M	57 dead	6 1	35 0	Before 30	Increased enormously at 30, after taking mercury for syphilis	Both sides	7	**	*****	****	Died of emphysema of lungs and hypertrophied heart
33.	F	52	5 7	19 0	30	Irregular life	*****	12	**	Small	Natural	Hemip
34.	M	33 35	5 3	9 6 14 10	34	Salivation for pneumonia	No	Single				
35.	M	58 60	5 10	20 0 17 0	Middle age	*****	Yes	11	**	Moderate	Natural	Cachectic eruption on the legs; partial paralysis
36.	M	**	***	23 0	****	*****	Yes					
37.	F	52	5 6	15 7	40	*****	Both sides & collateral	9 @	**	Small	Costive	
38.	M	63 dead	5 1	28 0	****	Trade of publican	A niece, very obese	Several	**	*****	****	Died of "apoplexy of lungs"

Abbildung 1b: Von Thomas King Chambers im Jahr 1850 tabellarisch zusammengefasste Kasuistiken von 38 fettleibigen Patienten

Zeitgleich zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Fettleibigkeit bemühte man sich, die Grenzen zwischen Normal- und Übergewicht festzulegen beziehungsweise Formeln zu entwickeln, um das Ausmaß einer Adipositas quantifizieren zu können.

Der französische Militärarzt Paul Broca (1824-1880) entwickelte eine einfache Formel zur Berechnung des Normalgewichtes:

$$\text{Normalgewicht} = \text{Körpergröße (cm)} - 100$$

Dieser „Broca-Index“, der bis weit ins 20. Jahrhundert hinein angewendet wurde, dient lediglich der groben Einschätzung, da Besonderheiten des individuellen Körperbaus unberücksichtigt bleiben, und er trifft am ehesten auf mittelgroße Menschen zu.

Ein Zeitgenosse Brocas, der belgische Mathematiker Adolphe Quetelet (1796-1874), ging bei seinen Überlegungen zum Normalgewicht von der Körpermasse aus und entwickelte den zunächst nach ihm benannten „Quetelet-Index“ aus dem Körpergewicht und der quadrierten Körpergröße. Unter der Bezeichnung „Body Mass Index“ (BMI) wird er bis heute als das relativ beste anthropometrische Maß zur indirekten Erfassung der Körperfettmasse beurteilt, ist weltweit verbreitet und wird auch durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Berechnungsgrundlage für eine Klassifizierung der Adipositas empfohlen.³⁸ Dennoch gibt auch der BMI nur einen Richtwert an, da die Statur und die individuelle Zusammensetzung der Körpermasse aus Muskel- und Fettgewebe nicht in die Berechnung einfließen.

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Körpergröße}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

Der deutsche Arzt Wilhelm Camerer beschäftigte sich zunächst mit der Ernährungsphysiologie von Kindern und betonte, dass besonders beim wach-

³⁸ Vgl. WHO (2000), Vgl. HAUNER (2007)

senden Organismus Körperlänge und -umfang in einem engen Zusammenhang stehen. Hieraus zog er den Schluss („Camerersches Gesetz“): „Kinder des gleichen Gewichts haben den gleichen Nahrungsbedarf unabhängig vom Alter.“ Bezüglich des Stoffwechsels von Erwachsenen rechnete er mit Hilfe der Kalorie als Maßeinheit erstmals die menschlichen Arbeitsleistungen in Wärmemengen um und erstellte hieraus Berechnungen über das menschliche Normalgewicht (Abbildung 2).³⁹

Körpergewicht und Körperlänge:

Körperlänge cm	Körpergewicht kg		Körperlänge cm	Körpergewicht kg		Körperlänge cm	Körpergewicht kg	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen		Männer	Frauen
145		40,7	164	62,8	58,9	183	87,3	81,8
146		41,5	165	64,0	60,0	184	88,7	83,2
147		42,4	166	65,2	61,1	185	90,1	84,6
148		43,3	167	66,4	62,2	186	91,6	86,0
149		44,2	168	67,6	63,3	187	93,1	87,4
150	48,1	45,1	169	68,8	64,4	188	94,6	88,8
151	49,0	46,0	170	70,0	65,6	189	96,1	90,2
152	50,0	46,9	171	71,2	66,8	190	97,7	91,6
153	51,0	47,8	172	72,5	68,0	191	99,3	93,1
154	52,0	48,8	173	73,8	69,2	192	100,9	94,6
155	53,0	49,8	174	75,1	70,4	193	102,5	96,1
156	54,0	50,8	175	76,4	71,6	194	104,1	97,6
157	55,1	51,8	176	77,7	72,8	195	105,7	99,1
158	56,2	52,8	177	79,0	74,0	196	107,3	
159	57,3	53,8	178	80,3	75,3	197	108,9	
160	58,4	54,8	179	81,7	76,6	198	110,5	
161	59,5	55,8	180	83,1	77,9	199	112,1	
162	60,0	56,8	181	84,5	79,2	200	113,9	
163	61,7	57,8	182	85,9	80,5			

Abbildung 2: Körpergewichte von Männern und Frauen in Abhängigkeit von der Körperlänge nach Camerer (1888)

Die beschriebenen Indices und Berechnungen fanden zur damaligen Zeit aber noch keine weite Verbreitung und wurden teilweise auch abgelehnt. Beispielsweise bemerkte A. Kelch (1898) „Eine gewisse auf natürlicher Muskelentwicklung und Fettablagerung beruhende Fülle ist dem gesunden Körper ei-

³⁹ Vgl. CAMERER (1888)

gen und eine der Hauptbedingungen schöner Gestaltung.“⁴⁰ Nach Ansicht von Wilhelm Ebstein habe jeder gesunde Mensch eine mehr oder weniger erhebliche Menge Fett in seinem Bindegewebe, selbst beim Mageren finden sich an einzelnen Stellen des Körpers etwas Fett. Alles den Grad des normalen Fettanteils Überschreitende bezeichnete er als „zu fett“ und alles Unterschreitende als „zu mager“. Zur Bestimmung der normalen Menge des Fettes beim erwachsenen Menschen berief er sich auf den französischen Physiologen Jules Béclard⁴¹, der auf Grund seiner Versuche zum Fettstoffwechsel den physiologischen Fettgehalt des Körpers auf ein Zwanzigstel des Körpergewichts schätzte.⁴²

Dagegen bemerkte Kisch (1908): „Der Fettbestand des menschlichen Organismus ist eine in der Norm je nach Alter, Geschlecht, Ernährung, Rasse und Klima wechselnde Größe und die Fettmenge, welche der Individualität gesundheitsmäßig entspricht, ist nicht genau in Ziffern auszudrücken.“⁴³ Dennoch beschäftigte sich Kisch mit der Grenze von der Wohlbeleibtheit zur Fettleibigkeit, die er als eine Abweichung von der Norm empfand.

Nach Ansicht des deutschen Physiologen und Internisten Carl von Noorden beeinträchtigt die Adipositas die Gesundheit schon dann, wenn noch keine körperlichen Beeinträchtigungen festzustellen seien, wie er eingangs in seinem Buch „Die Fettsucht“ (Abbildung 3) schrieb: „Mit dem Namen Fettsucht oder Fettleibigkeit bezeichnet man einen Zustand des Körpers, bei dem das Fettgewebe so stark entwickelt ist, dass sich aus dem übergroßen Fettreichtum Nachteile für den Gesamtorganismus oder für einzelne seiner Teile und deren Funktionen ergeben. Ich lege bei der Begriffsbestimmung Gewicht darauf, die Nachteile und Gefahren der übermäßigen Fettanhäufung mit ins Auge zu fassen: doch ist es nicht nötig, daß diese Gefahren unmittelbar bevorstehen, man

⁴⁰ Vgl. KELCH (1898) S. 297

⁴¹ Vgl. BÉCLARD (1848)

⁴² Vgl. EBSTEIN (1882) S. 3

hat vielmehr auch dann von Fettsucht als einem krankhaften Zustand zu sprechen, wenn man seinem sehr fettreichen, sonst noch völlig gesunden Körper gegenübersteht“.⁴⁴

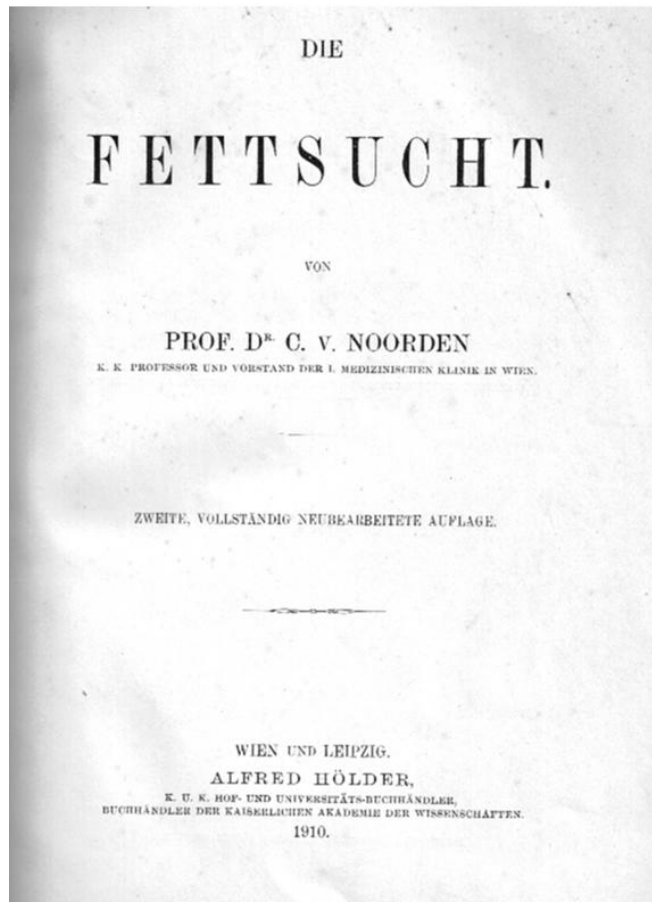


Abbildung 3: Titelblatt des Buches „Die Fettsucht“ von Carl von Noorden (1910)

Auch Noorden stellte eine Formel zur Berechnung des Normalgewichts auf: „Multiplikation der Körperlänge (in Zentimetern) mal 430 g als unteren und 480 g als oberen Wert für jeden Zentimeter, so dass z.B. bei 180 cm Länge das Gewicht zwischen 77,4 und 86,4 kg liegen soll. Erwachsene, bei denen mehr als 480 g auf 1 cm Länge entfallen, haben mindestens einen hochnormalen

⁴³ Vgl. KISCH (1908)

Fettreichtum; sind es 530 g und mehr, so ist die Fettleibigkeit schon ganz auffällig.“⁴⁵ Die Berechnungen Noordens scheinen recht weite Verbreitung gefunden zu haben, denn er berichtete: „Manche Versicherungen lehnen Bewerber ab, wenn mehr als 530 g auf 1 cm Zentimeter Körperlänge kommen.“⁴⁶

Trotz seiner Versuche einer Normierung billigte Noorden dem Einzelnen gewisse Freiräume zu. Die Nebenumstände seien „oft von größerer Bedeutung als der allgemeine Eindruck der Wohlbeleibtheit, den das Individuum hervorruft, und als die Gewichtszahl, die wir an der Waage ablesen.“⁴⁷ Zu diesen Nebenumständen zählte er beispielsweise auch die Herkunft des Betroffenen: Was für einen mecklenburgischen Gutsherrn ein völlig normaler Fettbestand sei, könne bei einem Kelten oder Romanen schon als erheblicher Grad von Fettleibigkeit zu deuten sein.⁴⁸

2.2 Ursachen der Fettleibigkeit

2.2.1 Lebensführung

Ebenso zahlreich wie die oben beschriebenen Versuche, die Fettleibigkeit zu definieren und zu quantifizieren, waren die Bemühungen, den Ursachen der Adipositas auf den Grund zu gehen. Meist wurde davon ausgegangen, dass gleichzeitig mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Brillat-Savarin betonte im Jahr 1826, dass die Genussfähigkeit zwar ein Privileg des Menschen sei, der Genuss am Essen aber auch subjektiv das Ausmaß der Nahrungsaufnahme bestimme und daher ein Grund für das Entstehen von Übergewicht sei. Als weitere mögliche Ursachen neben einer natürlichen Anlage mancher Menschen

⁴⁴ Vgl. NOORDEN (1910) S. 1

⁴⁵ Ebd. S. 4

⁴⁶ Ebd. S. 4

⁴⁷ Ebd. S. 2

⁴⁸ Ebd. S. 141

nannte er das übermäßige Essen und Trinken – vor allem von Mehlspeisen und Bier – sowie zuviel Schlaf und zuwenig Bewegung.⁴⁹ Die Rolle der Bewegung wurde auch von Gustav von Bunge⁵⁰ betont. Er behauptete in seinem Lehrbuch der Physiologie, dass sich bei einem Menschen, der nach seinen Gelüsten und seinem Hunger esse und ansonsten eine normale Lebensweise führe, nie eine Fettleibigkeit entwickeln könne. Der einzige Grund hierfür sei der Mangel an muskulärer Bewegung.

Regneller fand dagegen zahlreiche Faktoren für das Entstehen der Fettleibigkeit und unterschied zwischen Prädisponierenden- und Gelegenheitsursachen. Unter den Prädispositionen verstand er verschiedene „Temperamente“, wie das lymphatische, das lymphatisch-sanguinische und das lymphatisch-nervöse Temperament, ohne diese Typen näher zu beschreiben. Er behauptete aber, dass von 100 Fettleibigen wenigstens 95 ein lymphatisch-nervöses Temperament besäßen. Darüber hinaus zählte er eine Vielzahl die Wohlbeleibtheit fördernde Faktoren auf, wie unter anderem zu häufige Aderlässe, lauwarme Bäder, Ruhe des Körpers, Wohlhabenheit, Reichtum, Mönchsleben, Schlafen nach dem Essen, Wohnen in kalter und besonders warmer Umgebung, den Genuss heißer wasser- und zuckerhaltiger Getränke oder des Biers und diverser Nahrungsmittel wie Brei, Kartoffeln, zu starke Fleischbrühe, Bisquit und so weiter.⁵¹

Im Rahmen einer postulierten Überernährung wurde der zu reichliche Konsum verschiedener Nahrungsmittel für die Adipositas verantwortlich gemacht. Bereits ab dem 18. Jahrhundert war in England vor der Aufnahme von Fett als unerwünschter Belastung durch nutzlose und gefährliche Substanz gewarnt worden, „undesirable load of useless and pernicious matter“.⁵² Und für das Deutschland des 19. Jahrhunderts zitierte Wiegmann (2005) eine Ab-

⁴⁹ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826) S. 206

⁵⁰ Vgl. BUNGE (1887)

⁵¹ Vgl. REGNELLER (1839) S. 10

handlung aus dem Jahr 1836 über die Essgewohnheiten der wohlhabenden Bremer Bürger der Mittelschicht, in der der hohe Fettverzehr kritisiert wurde: „Die Zubereitung der Speisen ist im Allgemeinen sehr fett und vorzüglich. Die Gemüse werden sehr fett genossen. Ein trocknes Zugemüse zum Fleisch genügt nicht, sondern es muss noch mit dem Fette von Ochsen- oder Schweinefleisch und in Ermangelung desselben reichlich mit Butter angeschmälzt werden, und selbst das Fleisch muss noch in einer Fettbrühe gleichsam schwimmen. Hieraus und aus dem häufigen Genusse von Butterbrot erklärt sich auch der unverhältnismäßig starke Verbrauch der Butter in Bremen, der jährlich für jedes Individuum 25-30 Pfund beträgt.“⁵³

Die Oberschicht des 19. Jahrhunderts konnte in Berlin bereits in exklusiven Restaurationen und Weinstuben speisen und trinken. Das Angebot umfasste beispielsweise Zitrusfrüchte, Tee, Bohnenkaffee, Pasteten, Braten vom Schwein, Rind, Hammel und Wild bis hin zu Speiseeis und Backwaren.⁵⁴ Dem stand ein deutlich bescheideneres Nahrungsangebot für Angehörige der Mittel- und Unterschicht gegenüber, wie Lummel (2002) am Beispiel des Lebensmittelkonsums in der Stadt Berlin des Jahres 1840 zusammenfasst (Tabelle 1). Hier wird verdeutlicht, dass für sozial schwächer Gestellte schon allein aus Kostengründen der Zugang zu sehr fett- und kohlenhydratreichen Lebensmitteln in Form von Fleisch und Süßwaren erschwert war.

⁵² Vgl. DACOME (2005)

⁵³ Vgl. WIEGELMANN (2005) S. 247

⁵⁴ Vgl. LUMMEL (2002) S. 256

Tabelle 1: Schichtenspezifischer Lebensmittelkonsum in Berlin um 1840 nach Lummel⁵⁵

Schichten/ Lebensmittel	Oberschicht	Mittelschicht	Unterschicht
Alkoholika	Wein, Champagner; Importbiere v.a. aus Bayern, überseeische Spirituosen	Weißbier; Importbiere, Spirituosen	Billiger Kartoffelschnaps, süßes Braunbier, Dünnbier
Heißgetränke	Tee, Schokolade, Bohnenkaffee	Bohnenkaffee und Ersatzkaffee	Ersatzkaffee (Zichorie)
Brot	Weizenbrot	Weizen- und Roggenbrot	Roggenbrot (Hauptnahrungsmittel)
Fleisch/Wild	Braten vom Schwein, Rind, Hammel und Wild; Pasteten	Gepökelttes Fleisch, v.a. Schweinefleisch	selten Fleisch
Wurst	Importierte Würste	Schlack-, Leber-, Knoblauchwurst	Billige Blutwurst
Fisch	Karpfen, Hechte, Aale sowie feinere Flussfische und größere Seefische	Karpfen, Hechte, Aale	Stinte, Bleien, Barsche
Hülsenfrüchte	Je nach Bedarf	Je nach Bedarf	Nach Brot und Kartoffeln wichtigste Lebensmittelgruppe (Erbsen, Bohnen, Linsen)
Gemüse	Feingemüse	Feingemüse, Kartoffeln, Teltower Rübchen, Sauerkohl	Kartoffeln (Hauptnahrungsmittel, z.T. als Broteratz)
Obst	Zitrusfrüchte, französisches Obst, Frühlkirschen, Pfirsich, Trauben	Alle regionalen Obstsorten, v.a. Äpfel, Birnen, Kirschen, Pflaumen; getrocknete Früchte	Saisonal regionales Frischobst
Delikatessen	Speiseeis, Konditorware, Austern, Spargel, Pasteten, Krebs	Konditorware	

Nach Thomas King Chambers (1850) käme ebenfalls dem überreichlichen Verzehr von Fett, aber auch dem von Zucker, eine große Bedeutung bei der Entstehung der Korpulenz zu. Seiner Meinung nach bestehe aber seit Urzeiten und bei Angehörigen aller Nationen ein instinktiver Wunsch („instinctive

⁵⁵ Vgl. LUMMEL (2002) S. 255

desire“) nach fettreicher Nahrung, die darüber hinaus mit der Vorstellung von Luxus verbunden sei.⁵⁶

Banting war der Auffassung, dass allein die für lange Zeit beibehaltene Gewohnheit des „ein wenig zu viel Essens“⁵⁷ zu Korpulenz führe. Er betrachtete seine eigene Fettleibigkeit keinesfalls in Zusammenhang mit einer organischen Störung und wollte auch nicht als „Faultier“ oder unmäßig Essender angesehen werden. Jeden Tag, bei jeder Mahlzeit etwas zu viel zu essen, könne dazu führen, sein Körpergewicht zu erhöhen. Zunächst verlaufe dies oft unmerklich, und erst später werde die Adipositas offensichtlich. Erst zu diesem Zeitpunkt mache sich ein Betroffener darüber Gedanken, ob er vielleicht zu viel esse.

Allerdings wurde auch die Rolle des Fetts als unverzichtbarem Hauptnahrungsbestandteil erkannt. So schloss sich 1882 Ebstein den Untersuchungsergebnissen des Ernährungsphysiologen Voit an, der „neben 118 g Eiweiß und 500 g Stärkemehl für die Ernährung eines Arbeiters täglich 56 g Fett“ forderte.⁵⁸ Ebstein betonte, dass Fett in seiner Bedeutung für die Fähigkeit zur Arbeitsleistung allgemein anerkannt sei. Es nütze dem Arbeiter, indem es die Zersetzung der Eiweißkörper einschränke und somit die Bildung von Organeiweiß, das heißt den Fleischansatz, begünstige. Darüber hinaus verhindere es das Zustandekommen der - den Arbeiter behindernden - Fettleibigkeit, da Voit ja herausgefunden hatte, dass Eiweiß bei der gleichzeitigen Aufnahme von Fett vollständig zerstört würde, ohne Fett zu hinterlassen.

Kisch hingegen vertrat den Standpunkt, dass der Fettverzehr selbstverständlich die Fettbildung begünstige, aber nicht die Hauptursache der Adipositas sei. Jedoch definierte er die alimentäre Lipomatosis als „Missver-

⁵⁶ Vgl. CHAMBERS (1850) S. 66

⁵⁷ Vgl. BANTING (1863) S. 153

⁵⁸ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 19

hältnis zwischen reichlicher Zufuhr von Nährmaterial und geringem Verbrauch desselben“.⁵⁹

Für Ebstein spielte neben einer übermäßigen Nahrungsaufnahme auch der große Konsum alkoholischer Getränke eine große Rolle bei der Entstehung von Übergewicht. Darüber hinaus dürften aber gleichzeitig mangelnde körperliche oder geistige Anstrengung nicht vergessen werden: „Ein begünstigendes Moment ist überdies ein friedliches Leben, welches nicht durch heftige Gemütsbewegungen oder Leidenschaften erschüttert wird, und es lässt sich gewiss darüber streiten, ob das Phlegma mehr die Ursache oder die Folge des reichlichen Fettansatzes ist.“⁶⁰

In den „Würzburger Abhandlungen“ von 1908 zu Fettleibigkeit und Fettleibigkeit ging auch Kisch auf den Alkoholkonsum ein: Der Genuss von Flüssigkeiten beim Speisen und hier besonders von alkoholhaltigen Getränken wirke sich positiv auf die Fettablagerung aus. Er schütze das Fett vor dem Zerfall und mache den Konsumenten „faul und unlustig zu körperlicher Bewegung“.⁶¹

Zahlreiche Autoren machten darauf aufmerksam, dass zu reichliches Essen hauptsächlich den Angehörigen der oberen Schichten möglich sei, so dass die Fettleibigkeit eher als ein Problem der Reichen anzusehen war. So machte im Jahr 1839 Regneller auf Grund subjektiver Beobachtungen folgende Feststellung: „Die Wohlbeleibtheit ist [...] das traurige Erbteil der Wohlhabenden und reichen Leute in der ganzen Welt. In kalten Gegenden ist sie jedoch häufiger. Sie kommt überall vor, in den Hauptstädten wie in den Provinzen, auf dem Lande, wie in der Stadt.“⁶² Einen Zusammenhang zwischen Wohlhabenheit und Körperfülle betonte auch Wadd. Dadurch, dass die Oberschicht die finanziellen Mittel und einen Hang zur „Lebensverfeinerung“ besitze, sei sie für die übermä-

⁵⁹ Vgl. KISCH (1908) S. 13

⁶⁰ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 10

⁶¹ Vgl. KISCH (1908) S. 117

⁶² Vgl. REGNELLER (1839) S. 3

ßeige Nahrungsaufnahme prädestiniert. Daher überrascht es nicht, dass der Embonpoint als äußeres Zeichen eines gewissen Wohlstandes galt. Wadd beschrieb die Einstellung zur Fettleibigkeit als klassenspezifisch. Während eine Person mit einer „positiven Dickleibigkeit“ eher neidvoll betrachtet wurde, galt fettleibigen Angehörigen der Unterschicht mit einer „negativen Dickleibigkeit“ eher Bedauern oder sogar Verachtung. Sie wurden als „Faultier“ oder „Fettmaschine“ titulierte.⁶³

Dem Berliner praktischen Arzt Adolf Lion lag besonders die „Hilflosigkeit der ärmeren und arbeitenden Volksklassen“ am Herzen.⁶⁴ Er kannte offensichtlich die Lebensverhältnisse der armen Bevölkerung sehr genau und wusste, wie wichtig der Erhalt der Gesundheit gerade für diejenigen Menschen war, die auf ihre Arbeitskraft angewiesen waren, um ihre Familien ernähren zu können. „Die Gesundheit ist das unschätzbare Gut jedes Menschen, sowohl des Reichen, der im Überfluss lebt, ohne Mühe, Arbeit und Kummer, als ganz besonders desjenigen, welcher durch seine Tätigkeit, sei es die des Geistes, sei es die des Körpers, sich und die Seinigen erhalten muss.“⁶⁵ Der Reiche und Gebildete sei meist selbst in der Lage, seinen Körper gesund zu halten. Lion sah aber als Gefahr: „Ein ruhiges Temperament, sitzende Lebensweise, Müßiggang geben eine Anlage zur Wohlbeleibtheit.“⁶⁶ Daher warnte er vor übermäßigem Essen, denn dies würde sich früher oder später rächen.⁶⁷ Er wollte sich aber mit den „Krankheiten der Reichen“ nicht näher auseinandersetzen, da diese aus deren Lebensweise hervorgingen und die Wohlhabenden die finanziellen Mittel hätten, um sich Ärzte, Kliniken und Kuraufenthalte leisten zu können. In diesem Zusammenhang schien es Lion eine gewissen Genugtuung gewesen zu sein, dass Reiche in ihrer Not oft „Beute von Scharlatanen“ würden.

⁶³ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826), Vgl. WADD (1839)

⁶⁴ Vgl. LION (1864) S. 5

⁶⁵ Ebd. S. 1

⁶⁶ Ebd. S. 297

⁶⁷ Ebd. S. 243

Im Gegensatz zum Reichen stehe der Arme seiner Krankheit völlig unwissend gegenüber. Dennoch war es für Lion weder ein richtiger Weg, die Armen zu bevormunden oder gar zu bestrafen, noch sie durch Rezepte, die sie nicht verstünden, belehren zu wollen, er appellierte vielmehr an die Verantwortung des Staates und seiner Behörden, die durch Verbesserungen der materiellen Zustände für das Wohl des Volkes sorgen müssten.

Auch Wilhelm Ebstein sprach die Fettleibigkeit als klassenspezifisches Problem an. Unter den Übergewichtigen traf er häufig auf eine bestimmte Kategorie von Menschen, nämlich diejenigen, welche gern reichlich und gut äßen und viel alkoholische Getränke zu sich nähmen, ohne dass sie körperliche oder geistige Anstrengungen ausübten. Er ordnete ein friedliches Leben mit geringer körperlicher Bewegung und daraus folgendem reichlichem Fettansatz den Oberschichten zu. Wer sich und seine Familie hingegen täglich durch schwere körperliche Arbeit ernähren müsse, werde trotz Essen und Alkoholgenuss nicht so leicht Fett ansetzen.⁶⁸

Bis ins 20. Jahrhundert hinein galt die Fettleibigkeit vorwiegend als ein Problem der Reichen. Noch 1908 bemerkte Kisch, dass die alimentäre Lipomatosis besonders in den wohlhabenden Kreisen gehäuft vorkam. Es gäbe aber auch in bestimmten Berufsgruppen eine Prädisposition für Fettleibigkeit. Hier nannte er Fleischer, Bauer und Bäcker, die ungewöhnlich häufig übergewichtig seien.⁶⁹

2.2.2 Erbliche Veranlagung

Unter den Ursachen des Übergewichts spielte nach Ansicht vieler Autoren auch eine erbliche Disposition eine große Rolle. So machte Kelch 1898 außer der falschen Lebensführung sowohl für die Fettleibigkeit als auch für die

⁶⁸ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 18

Magerkeit eine fehlerhafte erbliche Veranlagung, zumindest zum Teil, verantwortlich.⁷⁰ Nach Scholz bestehe bei manchen Übergewichtigen eine deutliche erbliche Disposition, die durch zahlreiche weitere Faktoren das Entstehen der Adipositas begünstige: „So gibt es Menschen, bei denen Alles, was sie essen, sich in Fett verwandelt [...]. Dieses Alles hängt vom Alter, Konstitution, Persönlichkeit, Lebensweise, Gewohnheiten, Klima, Jahreszeit, von gesunden und krankhaften Zuständen ab, die so mannigfach sind, dass jeder Mensch hier uns zu besonderen Zuständen und Betrachtungen veranlassen könnte [... z.B.] ein ruhiges Temperament, sitzende Lebensweise, Müßiggang geben eine Anlage zur Wohlbeleibtheit.“⁷¹

Kisch sah eine hereditäre Disposition zur Lipomatose in bestimmten Familien, in denen alle oder die meisten Mitglieder hochgradig fettleibig wurden. Beispielsweise beschrieb er die „echten Fettkinder“, bei denen die Fettsucht gleich nach der Geburt oder in frühester Lebenszeit auftrat. Ursache hierfür seien krankhafte Funktionen der Körperzellen, bei denen die oxidativen Fähigkeiten der Körperzellen herabgesetzt würden. Kisch hat „in allen Fällen hochgradiger, ererbter, von Geburt an sich entwickelnder Fettsucht noch andere Zeichen nutritiver Degeneration“ feststellen können, „so Maskulinismus, Feminismus, Gigantismus, prämatüre Sexualentwicklung, Fehlen der Dentition und mehrere andere Stigmata“.⁷² Dieser hereditären juvenilen Lipomatose räumte Kisch eine sehr ungünstige Prognose ein, da sie mit einer geringen allgemeinen Widerstandsfähigkeit und einer Veranlagung zu bestimmten pathologischen Prozessen – in erster Linie dem Diabetes mellitus – stehe.

Diese Hypothese Kisch's konnte Noorden nicht bestätigen. Er bedauerte, dass seines Wissens nie Aufzeichnungen über das weitere Schicksal fettleibiger Kinder gemacht worden seien, da es ihn besonders interessierte, ob diese

⁶⁹ Vgl. KISCH (1908) S. 7

⁷⁰ Vgl. KELCH (1898) S. 63

⁷¹ Vgl. SCHOLZ (1883) S. 297

Kinder auch als Erwachsene übergewichtig waren und ob bei ihnen eine erhöhte Krankheitsdisposition bestanden hatte. Daher konnte er auch die Aussage von Kisch nicht bejahen, dass fast die Hälfte der Kinder mit einer infantilen oder juvenilen Fettsucht in ihrem späteren Leben an Diabetes erkrankten, denn bei allen Noorden bekannten Fettleibigen bestand lediglich eine „Mastfettsucht gewöhnlicher Art“.⁷³

2.2.3 Geschlecht

Vielfach wurden bezüglich der Ursachen der Adipositas geschlechtsspezifische Unterschiede aufgegriffen. Sabine Merta zitierte eine Fallbeschreibung von Georg Friederich Jaeger: Dieser hatte 1821 konstatiert, dass Mädchen angeblich eher von einer krankhaften Form der Fettleibigkeit erfasst würden und daran früher sterben könnten als Jungen, die zwar auch kolossale Fettmengen bildeten, was aber eher nicht krankhaft sei.⁷⁴

Einige Autoren glaubten zu wissen, dass das weibliche Geschlecht auf Grund einer natürlichen Trägheit eher zum Fettansatz neige. Ebstein versuchte dies mit Hilfe des folgenden Beispiels zu belegen: „Wenn Männer und Frauen aus dem gleichen sozialen Stand betrachtet werden, so sind einerseits die schwer arbeitenden Männer der Unterschicht trotz Essen und reichlichem Alkoholgenuss weniger fettleibig als deren Frauen, andererseits neigen Frauen in der Mittel- und Oberschicht bei gleicher Lebensweise wie ihre Männer zu mehr Fettansatz, was ein Indiz dafür ist, dass man Fettleibigkeit auf Trägheit zurückführen kann.“⁷⁵ Er zitierte auch die Ausführungen von St. Germain, der „die große Prädisposition der Frauen für die Fettleibigkeit lediglich auf die Trägheit,

⁷² Vgl. KISCH (1908) S. 4

⁷³ Vgl. NOORDEN (1910) S. 60

⁷⁴ Vgl. MERTA (2003) S. 222

⁷⁵ Ebd. S. 10

in der sie leben“ schob. Eine Ausnahme von dieser Trägheit sah er nur bei den schwer arbeitenden Köchinnen und Wäscherinnen.⁷⁶

In ähnlicher Weise äußerte sich Kelch in seinem Buch „Der Weg zur Schönheit“ über die Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht: „Das weibliche Geschlecht neigt wegen seiner sorgloseren Gemütsart, seiner behaglicheren Lebensweise und infolge verschiedener anderer Umstände mehr als das männliche zu stärkerem Fettansatz.“⁷⁷

Besonders intensiv setzte sich Kisch mit dem Thema des Übergewichts bei Frauen auseinander. Nach seiner Beobachtung hätten Männer im Alter zwischen 15 und 20 Jahren die geringste Fettbildungsneigung und erreichten zwischen 40 und 50 Jahren eine Phase maximaler Fettbildung, während bei Frauen während ihres ganzen Lebens größere Gewichtsschwankungen aufträten. Hierfür machte er beim weiblichen Geschlecht zahlreiche, eine Fettleibigkeit begünstigende Faktoren aus: „Frauen haben eine Affinität zu fetten, süßen Speisen, sitzender Lebensweise und Ruhe und somit eine ausgeprägtere Tendenz zur Fettleibigkeit als Männer [... Hinzu kommt] ein ruhiges phlegmatisches Temperament, das sich frei von Aufregungen und Emotionen zu halten weiß“.⁷⁸ Frauen seien faul und denkfaul und für ihre Dickleibigkeit nur bedingt verantwortlich zu machen, denn die genannten Eigenschaften entsprächen ihrem natürlichen Wesen. Nach der Interpretation von Klotter operiere Kisch hier mit einem ontologisch gedachten Frauenbild, das die Vorstellung von der Frau als genussüchtiger Müßiggängerin beinhalte.⁷⁹

Noorden⁸⁰ beobachtete, dass Frauen während der Schwangerschaft und Stillzeit ihre Nahrungsaufnahme oft steigerten und in diesen Zeiten übergewich-

⁷⁶ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 11

⁷⁷ Vgl. KELCH (1898) S. 300

⁷⁸ Vgl. KISCH (1908)

⁷⁹ Vgl. KLOTTER (1990) S. 77

⁸⁰ Vgl. NOORDEN (1910) S. 111

tig würden, weil sie den Energieumsatz und Stoffzuwachs des Kindes überschätzten. Sei der Körper aber einmal an große und häufige Mahlzeiten gewöhnt, dann behielten die Frauen ihr hohes Gewicht auch, wenn sie wieder nur ihren Eigenumsatz zu decken hätten.

Dagegen handelte es sich bei den von Brillat-Savarin beschriebenen Dickbäuchigen ausschließlich um Männer: „Eine Art von Fettleibigkeit beschränkt sich auf den Unterleib. An Frauen habe ich dieselbe nie beobachtet: Da diese nämlich im allgemeinen eine weichere Faser haben, so verschont die Fettleibigkeit, wenn sie ein Mitglied der schöneren Hälfte der Menschheit befällt, keinen Teil des Körpers. Ich nenne diese Art von Fettleibigkeit Gastrophorie und die damit Behafteten Gastrophoren (Bauchträger)“.⁸¹

2.2.4 Altersabhängige Veränderungen des Gewichts

Variationen des Körpergewichts und der Statur in Abhängigkeit vom Lebensalter waren ebenfalls Gegenstand der Auseinandersetzung mit den Ursachen der Fettleibigkeit.

Nach Regneller sei beim Fötus bis zum fünften Schwangerschaftsmonat noch kein Fett zu finden. Es bilde sich erst in der Folgezeit und sammle sich nach und nach unter der Haut an. Bei der Geburt zeige sich dann bereits eine größere Menge Fett unter der Haut und auch in den Wangen. Mit dem Wachstum nehme es zu, so dass das Kind rundliche Formen habe. Erst später lagere sich das Fett um die inneren Organe ab.⁸² Diese Beobachtung Regnellers bestätigte im Jahr 1882 Ebstein im Wesentlichen: Nach seinen Erfahrungen beginne der Fettansatz bereits etwa im sechsten Monat des Fötallebens, und ein normal entwickeltes, gesundes und zur richtigen Zeit geborenes Kind verfüge über ein recht ansehnliches Fettpolster. So betrage die Fettmenge beim Neu-

⁸¹ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826) S. 272

geborenen etwa 9-18% seines Körpergewichtes und sei damit relativ größer als beim Erwachsenen, bei dem er die Fettmenge auf etwa 5-6% des gesamten Körpergewichtes schätzte.⁸³

Chambers berichtete 1850, dass eine Fettsucht sofort nach der Geburt beginnen und rasch voranschreiten könne. Die Kinder kämen sehr dick und kräftig auf die Welt und wüchsen dann schnell, so dass sie mit zwei oder drei Jahren bereits so groß seien wie Sieben- oder Achtjährige. Diese Entwicklung aber nicht gleichmäßig voranschreite: Er beobachtete, dass der Unterleib sehr groß, die Gliedmaßen dagegen oft proportional erschienen.⁸⁴ Diese Fettleibigkeit von Geburt an komme aber - wie er feststellte - glücklicherweise nicht oft vor. Denn es wurden Beeinträchtigungen der Kinder durch Übergewicht beobachtet, und Hill (1889) schrieb in seinem Bericht „On some causes of backwardness and stupidity in children“, dass bei fettleibigen Kindern durch Atembehinderungen die Lernleistung gestört werden könne und eine Gewichtsreduzierung oft zu verbesserter Lernfähigkeit bei Kindern führe.⁸⁵ Das Problem der „Fettkinder“ griff ebenfalls Kisch 1908 in Zusammenhang mit einer erblich bedingten Fettleibigkeit auf.⁸⁶

Die meisten Fettleibigen sollten aber in der Altersgruppen zwischen 18 und 30 Jahren zu finden sein. In diesem aktiven Lebensabschnitt seien die Umstände, in denen es zu Fettsucht kommen könne, besonders günstig und sowohl eine Änderung der Tätigkeit als auch Ehe und Schwangerschaften seien wahrscheinlich auslösende Faktoren, um eine frühere Disposition zu Tage treten zu lassen.⁸⁷

⁸² Vgl. REGNELLER (1839) S. 5

⁸³ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 3

⁸⁴ Vgl. CHAMBERS (1850)

⁸⁵ Vgl. HILL (1889)

⁸⁶ Vgl. KISCH (1908) S. 7

⁸⁷ Vgl. CHAMBERS (1850) S. 67

Aber auch in höherem Lebensalter wurde die Fettleibigkeit häufig beobachtet. Kelch schrieb 1898: „Die Fettleibigkeit tritt am häufigsten zwischen dem vierzigsten und fünfzigsten Lebensjahr, zuweilen aber auch schon im Jünglings- und Kindesalter, auf.“⁸⁸ Und an anderer Stelle: „So tritt bekanntlich bei der Frau mit dem Erlöschen der Geschlechtsfunktionen eine vermehrte Fettablagerung ein; die gleiche Erfahrung zeigt sich, wenn kräftige Gattinnen plötzlich Witwen werden, ferner wenn bei männlichen Personen in der Jugend die Kastration vorgenommen wird.“⁸⁹ Traube hält eine massive Fettanhäufung bei Menschen über 50 Jahren für eine normale Erscheinung.⁹⁰

Anderer Meinung ist Geist: Nach seiner Beobachtung erreiche das Körpergewicht bei Männern sein Maximum etwa im Alter von 40 Jahren und bei Frauen im Alter von 50 Jahren, um anschließend – parallel zu einer Schrumpfung der Körpergröße – kontinuierlich abzunehmen. Außergewöhnliche Magerkeit und Korpulenz kämen bei beiden Geschlechtern in höherem Lebensalter gleich häufig vor.⁹¹

2.2.5 Übergewicht als Ausdruck von Stoffwechselstörungen

Nach Georg Friederich Jaeger (1821) handele es sich bei der Adipositas um eine „Störung in der Function der Harnwerkzeuge“.⁹² Damit formulierte er erstmalig ein eingleisiges endogenes Ätiologiekonzept; er blieb aber mit seiner Meinung für lange Zeit der einzige Vertreter einer derartigen Auffassung. Mit zunehmendem physiologischem und medizinischem Kenntnisstand wurde auch Stoffwechselstörungen im weitesten Sinne größere Aufmerksamkeit geschenkt.

⁸⁸ Vgl. KELCH (1898) S. 300

⁸⁹ Vgl. KISCH (1908) S. 300

⁹⁰ Vgl. TRAUBE (1867) S. 16 ff.

⁹¹ Vgl. GEIST (1860) S. 24

⁹² Vgl. JAEGER (1821)

Obwohl G. D. Regneller eine Vielzahl an Faktoren aufgezählt hatte, die das Entstehen der Adipositas begünstigen sollten, reichten diese nach seiner Meinung bei Personen mit gesundem Appetit und einem normal funktionierenden Magen alleine nicht aus, eine Fettleibigkeit auszulösen. So gebe es nach Regneller nur einen einzigen wirklichen Faktor, der zur Fettleibigkeit führe: die nervöse Reizung der Verdauungswege. Es könne aber daraus eine mehr oder weniger starke Bulimie⁹³ folgen. Die Verdauung bei den Betroffenen sei auf Grund einer zu großen Anregung des Magens und der Verdauungsorgane gestört. „Deshalb sind die Fettleibigen auch alle so starke Esser und haben besonders im Umfange großes Verlangen nach feculenten, schweren, selbst unverdaulichen Speisen, welche lange Zeit im Magen halten; sie verzehren oft unglaubliche Quantitäten.“ Daraus folge dann eine Trägheit, bis der Magen wieder leer sei. Da der Körper kein Defizit habe, wandle er das überflüssig Zugeführte in Fett um. Mit der Zeit gewöhne er sich so sehr daran, dass aus Gewohnheit weiter Fett produziert würde. Regneller begründete hiermit, dass Fettleibige häufig weiterhin zunähmen, auch wenn sie nicht mehr äßen als Normalgewichtige. Keine Erklärung lieferte er dagegen dafür, dass Menschen nach langen Krankheiten und begleitender strenger Diät oder nach Durchführung vieler Aderlässe fettleibig geworden sind, wie es schon der niederländische Arzt Boerhaave beobachtet hatte (Abbildung 4). Dieser hatte schon im Jahr 1780 beschrieben, dass ein Arzt nach zu häufigen Aderlässen selbst fettleibig geworden sei.⁹⁴

⁹³ Unter Fettsüchtigen mit einer „Bulimie“ verstand Regneller Menschen, die „Hunger wie ein Ochse“ hätten. Vgl. REGNELLER (1839) S. 10

⁹⁴ Vgl. BOERHAAVE (1780) S. 474



Abbildung 4: Titelseite des Physiologielehrbuchs von Hermann Boerhaave (1780)

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann man zwischen einer exogen und einer endogen bedingten Fettleibigkeit zu unterscheiden. Unter einer exogenen Adipositas verstanden beispielsweise Vogel (1873), Ebstein (1882) und Noorden (1910) ein Übergewicht durch zu reichliche Nahrungsaufnahme und zu wenig Bewegung, das sie teilweise auch als Überfütterungsfettsucht oder Faulheitsfettsucht bezeichneten. Beide Formen wiesen als Gemeinsamkeit eine positive Energiebilanz auf, d.h. die in Kalorien berechnete Energiezufuhr war in Relation zum Energieverbrauch zu hoch. Sowohl Vogel als auch Ebstein betonten, dass die Fettleibigkeit meistens exogen bedingt sei, und

diese Vorstellung vom quasi selbstverschuldeten Übergewicht wurde über einige Jahrzehnte beibehalten.⁹⁵

Im Gegensatz zur exogenen Adipositas würde eine endogene Fettleibigkeit (seltener) durch Funktionsstörungen der inneren Körperorgane verursacht, wenn beispielsweise eine Schilddrüsenunterfunktion oder ein Dysgenitalismus zu einer Verlangsamung des Stoffwechsels führe.⁹⁶

Naturgemäß wurden Versuche zu wissenschaftlichen Erklärungen der Stoffwechselstörungen vom jeweils aktuellen Kenntnisstand geprägt. Beispielsweise wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts angenommen, dass das Fettgewebe ein selbständiges, fettproduzierendes Gewebe sei⁹⁷ oder aber, dass sich prinzipiell jede Bindegewebszelle unter bestimmten physiologischen Umständen in eine Fettzelle umwandeln könne.⁹⁸ Nach Ebstein werde Fettleibigkeit durch Stoffwechselstörungen verursacht: Normalerweise werde überschüssige Energie vom Organismus auch zusätzlich verbrannt. Daher gebe es Menschen, die unmäßig essen könnten, ohne dick zu werden. Verlangsamungen des Stoffwechsels sowie Regulationsstörungen könnten aber verhindern, dass ein Nahrungsüberschuss mittels zusätzlicher Verbrennung wieder abgebaut werde. Als einzige endogene Ursache der Adipositas nannte Ebstein eine Schilddrüsenunterfunktion, die zu einer Verlangsamung des Stoffwechsels führe.⁹⁹ Dieser Meinung schlossen sich Noorden (1910) und Sopp (1912) an.

Bei Anton Sopp wurden erstmals auch Versuche Übergewichtiger erwähnt, ihre Fettleibigkeit durch Stoffwechselstörungen oder einen allgemein geringen Stoffumsatz entschuldigen zu wollen.¹⁰⁰ Sopp selbst unterschied wie

⁹⁵ Vgl. KLOTTER (1990) S. 79

⁹⁶ Vgl. NOORDEN (1910) S. 33

⁹⁷ Vgl. TOLDT (1870)

⁹⁸ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 4

⁹⁹ Ebd. S. 4

¹⁰⁰ Vgl. SOPP (1912) S. 18

Noorden (1910) zwischen einer Überfütterungsfettsucht durch „Steigerung der Einnahmen“ und einer Trägheits- oder Faulheitsfettleibigkeit durch „Verminderung der Ausgaben“. Noordens Beobachtung nach behaupteten Fettleibige oft, dass sie eher weniger als viele andere Menschen äßen und trotzdem immer dicker würden, sich also auf eine Anlage beriefen. Sopp lehnte diese Behauptung kategorisch ab. Er hatte bemerkt, dass oftmals eine gesamte Familie zu viel Appetit habe und körperliche Bewegung ablehne, was dann der einfache Grund für die familienübergreifende Fettleibigkeit sei. Dieser willkommene Einwand der Anlage betreffe in Wirklichkeit eine außerordentlich geringe Zahl der Fettleibigen. Sorgfältige Untersuchungen hätten bewiesen, dass ein verminderter Stoffumsatz bei Fettleibigen keine wesentliche Rolle spiele. Nach der gängigen Lehrmeinung setzten sich die Ausgaben des Körpers aus dem Umsatz des ruhenden Körpers (Atmung, Herztätigkeit), dem Umsatz durch die Verdauungstätigkeit und dem Umsatz durch körperliche Arbeit zusammen. Sopp betonte, dass im Zustand der Ruhe der Fettleibige keinesfalls einen geringeren Stoffwechsel aufweise als der Normalgewichtige.

Sopp definierte als Hauptursache der Fettleibigkeit eine den normalen Bedarf übersteigende Ernährung und den Mangel an genügender körperlicher Bewegung, also eine Herabsetzung der Muskeltätigkeit. Für ihn seien Nahrungszufuhr und -verbrauch zwei konstante Parameter, die sich im Regelfall in einem Gleichgewicht befänden: Der Appetit steuere bei einem gesunden Menschen die Nahrungsaufnahme, so dass er unbewusst die richtige Menge und Zusammensetzung der Nahrung zu sich nehme. Dabei bestünden aber durchaus individuelle Freiräume: „Dieselbe Fettmenge, welche bei dem muskelstarken, breitschultrigen Bauern als normale Ergänzung seines Körpers aufzufassen ist, kann für den schwächlichen und schwächlich gebauten Bureaumenschen ein unzuträgliches Missverhältnis bedeuten.“¹⁰¹

¹⁰¹ Ebd. S. 1

2.3 Folgen der Adipositas

2.3.1 Gesundheitsgefahren

Seit der Antike wird gelegentlich vor den Gefahren des Übergewichts gewarnt. Beispielsweise sind schon bei Galen, ibn Said (Avicenna) oder Aristoteles Schilderungen von sehr fettleibigen Menschen mit hierdurch bedingten Einschränkungen ihrer Gesundheit und Beweglichkeit anzutreffen, die bis ins 17. Jahrhundert immer wieder zitiert wurden. Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts wurden Hunderte, wenn nicht Tausende von Seiten mit Fallbeschreibungen und physiologischen oder pathologischen Hypothesen zum Entstehen abnormaler Fettansammlungen im Körper gefüllt.

Im 19. Jahrhundert war man einerseits der Überzeugung, ein gewisses Fettdepot („20-50 Pfund an Extrafleisch“)¹⁰² stelle eine gute Reserve dar, um den Organismus in schlechteren Zeiten weiter versorgen zu können. Andererseits wurden die Gefahren betont, die von einer Fettleibigkeit ausgehen könnten, und man unterstrich die alte Annahme, dass den sehr Fettleibigen kein langes Leben beschieden sei. Fettleibige erreichten selten ein hohes Alter. Durch die Fettmassen erstickten sie oder würden eines plötzlichen Todes sterben.“¹⁰³ Ein hohes Lebensalter zu erreichen, wurde freilich weiterhin als erstrebenswert angesehen und beispielsweise in verschiedenen Zeitschriften Möglichkeiten aufgezeigt, wie man dies durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung erreichen könne. So berichtete Regneller, dass auch 1837 in dem Journal „Der Hausfreund“ die begünstigende Auswirkung einer „gesunden Nahrung“ angesprochen worden sei. Jedoch wurde die Aussicht auf ein langes Leben als um so schlechter eingeschätzt, je jünger der Fettleibige war. Besonders bei korpulenten Menschen in jüngerem Alter wurde in diesem Zusammenhang auf den Krankheitswert der Adipositas hingewiesen: „Diese menschliche Schwäche, bedingt durch die Krankheit, kann nicht abgelegt werden [... Sie]

¹⁰² Vgl. EKNOYAN (2006) S. 423

wird bewirken, dass es Fettleibigkeit und Fettsucht geben wird, solange es Menschen gibt.“¹⁰⁴

In England veröffentlichte William Wass Anfang des 19. Jahrhunderts seine Monographie „Cursory Remarks on Corpulence or Obesity Considered as a Disease“, in der er verschiedene kurze Berichte über Fettleibigkeit publizierte. Er glaubte, dass die Atmung bei Obesitas beeinträchtigt sei, man also nur eingeschränkt oder mit Schwierigkeiten atmen könne. Darüber hinaus stand für ihn fest, dass es einen Zusammenhang zwischen Fettsucht und Schläfrigkeit gebe. Der Puls von dickeren Menschen sei schwächer als bei Normalgewichtigen und daraus resultiere eine Schwerfälligkeit, Schläfrigkeit und Trägheit.¹⁰⁵ Auch nach Brillat-Savarin gehe mit der Fettzunahme eine Abnahme der Kraft einher, und die bei den Wohlbeleibten vorhandene Apathie werde stärker. An diesem Punkt gelange der Betroffene in einen Teufelskreis, denn letzten Endes führe die Verstärkung der Symptome zu Schlafsucht, aus der die Fettleibigen nur zur Nahrungsaufnahme aufwachten.¹⁰⁶

Der englische Schriftsteller Charles Dickens (1812-1870) führte den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Schlaf-/Atemstörungen einer breiten Öffentlichkeit vor Augen. In seinem humoristischen Roman „The Posthumous Papers of the Pickwick Club“ – besser bekannt als „The Pickwick Papers“ –, der in zwanzig Teilen monatlich zwischen 1836 und 1837 veröffentlicht wurde, beschrieb er sehr lebendig am Beispiel seiner Hauptfigur Samuel Pickwick und des „Fat Boy“ Joe das heute als Schlafapnoe bekannte Syndrom mit kardio-pulmonalen Störungen, anfallsweisen Schlafzuständen, Atemnot, Zyanose u. a. bei Fettleibigen, welches sich nach Gewichtsabnahme wieder zurückbildet.¹⁰⁷

¹⁰³ Vgl. REGNELLER (1839) S. 5

¹⁰⁴ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 9.

¹⁰⁵ Vgl. WADD (1816)

¹⁰⁶ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826) S. 210

¹⁰⁷ Vgl. KRYGER (1985)

Andere Autoren assoziierten eine Reihe von Krankheiten mit der Adipositas.

Brillat-Savarin berichtete über „Schlagfuß“,¹⁰⁸ aber auch über Wassersucht und Beingeschwüre als Folgen der Fettleibigkeit: Daher verhindere sie alle Beschäftigungen oder Vergnügungen, die Lebhaftigkeit oder Geschicklichkeit erforderten.¹⁰⁹ Die allgemeinen körperlichen Beeinträchtigungen thematisierte auch Dr. A. Fischer und traf im Jahr 1832 die Feststellung, dass „anscheinend beleibte und wohlgenährte Körper oft kränklich und nichts anders als gesund sind“.¹¹⁰ Diese Ansicht teilte William Wadd.¹¹¹

1850 untersuchte William Chambers die Todesursachen bei 69 adipösen Patienten. Bei 50 dieser Patienten sollen Herzveränderungen in Form einer Hypertrophie, Dilatation oder Atrophie vorgelegen haben. An weiteren Diagnosen stellte er dreizehnmal Ödeme, elfmal einen Apoplex, fünfmal eine Pneumonie, dreimal eine Rippenfellentzündung und einmal eine Herzverfettung fest.¹¹² Ein eindeutiger Zusammenhang mit der Fettleibigkeit konnte aber ebensowenig festgestellt werden, zumal es auch seinerzeit keine einheitliche Meinung darüber gab, welche organischen Schäden mit dem Übergewicht in Verbindung zu bringen seien.

Noch 1882 unterschied Ebstein „mit aller Vorsicht“ drei Stadien der Fettleibigkeit: Im ersten Stadium sei der Betroffene noch zu beneiden, man bewunderte seine Korpulenz, sein Embonpoint, der Körper nehme rundere Formen an und die Muskulatur setze gleichmäßig Fett an. Im zweiten Stadium wandle sich der Fettleibige zu einer komischen Person. Der schwerfällige Gang, die plumper werdenden Gesichtszüge und die Kurzatmigkeit könne er noch kom-

¹⁰⁸ Schlaganfall, Herzschlag

¹⁰⁹ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826) S. 210

¹¹⁰ Vgl. FISCHER (1832) S. 1

¹¹¹ Vgl. WADD (1839)

¹¹² Vgl. CHAMBERS (1850)

pensieren und trüge sie mit einer gewissen Würde. Die zunehmenden Beschwerden im dritten Stadium, die mit einer Schädigung lebenswichtiger Organe einhergingen, würden nun auch für den Betroffenen zur Qual. Er würde ein schwerkranker, von seiner Umgebung bemitleideter Mensch.¹¹³

Wenig spezifisch waren auch die Äußerungen anderer Autoren. So berichtete Scholz (1883): „Überladungen des Magens, Verdrießlichkeit beim Essen, der Genuss unverdaulicher oder schlechter Nahrungsmittel rächt sich eher oder später an denen, die darin sündigen.“¹¹⁴ Und Wells (1898) beschrieb Personen, die wegen ihrer Fettleibigkeit unter nasalen Obstruktionen litten. Sie beklagten sich über eine ausgeprägte Schläfrigkeit am Tage, die sich nach einer deutlichen Gewichtsabnahme verbesserte.¹¹⁵

Noorden (1910) verstand unter Fettsucht oder Fettleibigkeit „einen Zustand des Körpers, bei dem das Fettgewebe so stark entwickelt ist, dass sich aus dem übergroßen Fettreichtum Nachteile für den Gesamtorganismus oder für einzelne seiner Teile und deren Funktionen ergaben.“¹¹⁶ Er legte allerdings Wert darauf, dass Gefahren nicht unmittelbar bevorstehen müssten, sondern in Zukunft eintreten könnten. Dies bedeute, dass ein Fettleibiger durchaus im Moment gesund sein könne, wenn er aber weiterhin so adipös bliebe, könne es später zu schweren Krankheiten kommen. Diese auf die frühe Neuzeit zurückgehende Einstufung setzte sich nach und nach durch.

Auch Sopp (1912) sah im Übergewicht eine eher unspezifische Gesundheitsgefährdung: „Mag eine gewisse Menge von Fettansatz beim gesunden Menschen als eine Art Reservefond für Zeiten der Krankheit und Not und als Schutz vor übermäßigem Wärmeverlust ganz wünschenswert sein, ein Übermaß von Fett im Körper bedeutet dagegen nicht nur einen Schönheitsfehler,

¹¹³ Vgl. EBSTEIN (1882)

¹¹⁴ Vgl. SCHOLZ (1883) S. 343 f.

¹¹⁵ Vgl. WELLS (1898)

¹¹⁶ Vgl. NOORDEN (1910) S. 1

sondern auch eine mehr oder weniger bedeutende Beeinträchtigung von Wohlbefinden und Gesundheit.“¹¹⁷

Obwohl – wie oben beschrieben – ein Zusammenhang zwischen Fettleibigkeit und Gesundheit häufig sehr allgemein formuliert und postuliert wurde, sind aus der damaligen Zeit eine ganze Reihe wissenschaftlicher Arbeiten bekannt, die sich mit der Pathologie des Übergewichts, insbesondere aber mit den Verfettungen innerer Organe auseinandersetzten.

Schon 1839 lagen G. D. Regneller Untersuchungsergebnisse darüber vor, dass sich Fett im Inneren des Körpers besonders in der Nähe des Herzens um die großen Gefäße, aber auch in der Umgebung der Nieren sowie in den Mesenterien und Darmnetzen einlagere.¹¹⁸ Nach Chambers sollten besonders bei älteren adipösen Menschen Herzverfettungen häufig vorkommen. In der Zeit von 1845 bis 1850 wurden die Herzen von 36 korpulenten Personen untersucht und in zwölf Fällen enorme Fettmengen – auch an der muskulären Struktur – festgestellt.¹¹⁹

Klinische Schlussfolgerungen aus solchen Befunden zog Adolph Goldberg im Jahr 1888. In seiner Dissertation ging er auf Fettablagerungen im intramuskulären Bindegewebe, in den Muskelfasern, in der Bauchhöhle und in den inneren Organen wie Herz, Leber und Nieren ein. Er sah einen direkten Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und Hyperämien und Katarrhen der Lungen. Weiterhin bringe die sogenannte Fettleber Stauungen im Pfortadergebiet mit sich, die ihrerseits Magen- und Darmkatarrhe auslösen könnten. Auch verfettete Nieren lösten Stauungshyperämien aus. Als Fazit konstatierte Goldberg, dass Fettleibige einem Circulus vitiosus unterlägen, bei

¹¹⁷ Vgl. SOPP (1912) S. 4

¹¹⁸ Vgl. REGNELLER (1839) S. 4

¹¹⁹ Vgl. CHAMBERS (1850)

dem gleichzeitig zwei oder mehr Störungen einander ungünstig beeinflussen.¹²⁰

Ebstein (1904) stellte den Zusammenhang zwischen Adipositas und Störungen des Muskelapparats, der Nieren, der Leber sowie mit Blutarmut und Gallensteinen her. Als erstes Organ sei die Leber, aber auch der Herzmuskel, von einer Fetteinlagerung betroffen. Er betonte, dass physiologischerweise kein Fett an den inneren Organen festzustellen sei. Die Leber stelle eine Ausnahme dar, da man bereits einige Stunden nach der Nahrungsaufnahme eine Fetteinlagerung erkennen könne. Von diesem physiologischen Zustand sei eine pathologische Verfettung abzugrenzen, da diese mit einer fettigen Degeneration des Lebergewebes einhergehe.¹²¹ Darüber hinaus litten alle hochgradig Fettleibigen an einer Anämie, die nach seinen Erfahrungen eine Zunahme der Fettablagerung begünstige.

Kisch¹²² konnte in seinen detaillierten Darstellungen auf Erkenntnisse zurückgreifen, die er durch Versuche mit Masttieren und durch Obduktionsbefunde fettleibiger Menschen erlangt hatte. Er beschrieb, dass bei stark Übergewichtigen die Herzmuskulatur in besonderem Maße beansprucht werde. Die Vermehrung des Gewebes erfordere neu zu versorgende Gefäßgebiete, so dass das Herz einerseits seine Leistung enorm steigern müsse, aber andererseits in seiner Arbeit durch Fettwucherungen und -durchwachsungen behindert und geschwächt sei. Zwar hätten Fettleibige mit gut entwickelter Muskulatur zunächst geringere kardiale Beschwerden als solche mit schwachen Muskeln, jedoch erreiche jeder Adipöse früher oder später das Stadium einer funktionellen Herzschwächung. Kisch beschrieb die Symptome dieser Herzschwäche folgendermaßen: anfänglich Herzklopfen, Pulserhöhung, Schmerzen in der Herzgegend und Beklemmungen in der Brust, die schon nach geringer körperli-

¹²⁰ Vgl. GOLDBERG (1888) S. 10

¹²¹ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 2

¹²² Vgl. KISCH (1908) S. 122

cher Belastung aufträten. Später seien Zyanosen an Lippen, Ohren und Fingern und eine erschwerte Atmung erkennbar. In schweren Fällen beobachtete er kardiales Asthma mit Dyspnoe, Lungenstauungen, quälendem Husten, kaltem Schweiß auf Gesicht und Brust – alles verbunden mit hochgradiger Angst und Beklommenheit. Parallel zu diesen ernsten Zeichen der Herzinsuffizienz beobachtete Kisch Stauungszustände in allen Gefäßen, resultierend in Ödemen, Leber- und Nieren-Indurationen und einer Albuminurie. Doch beobachtete er krankhafte Symptome bei Fettleibigen nicht nur am Herzen. Dyspepsie und habituelle Stuhlverstopfung beträfen die Verdauungsorgane. Im Respirationstrakt steige die Neigung zu Katarrhen der Bronchialschleimhaut mit resultierender Dyspnoe. Häufig entstehe eine Glykosurie, die als ein Zeichen für Diabetes mellitus in Betracht gezogen werden müsse.

Kisch sah auch die Arteriosklerose, die zusätzlich den Blutfluss behindere, als gefährliche Begleiterscheinung des Krankheitsbildes. Besonders bei Fettleibigen, die übermäßig Alkohol konsumierten, seien die Voraussetzungen für einen möglichen Angina pectoris-Anfall mit plötzlichem Exitus geschaffen.

Auf Grund seiner klinisch-pathologischen Befunde teilte Kisch die Lipomatosis in zwei Formen ein: Patienten mit einer alimentären Lipomatosis sähen gesund aus, hätten ein üppiges, gerötetes Gesicht und ein kräftiges Muskelsystem. Bei der Blutuntersuchung finde man eine erhöhte Erythrozytenzahl und einen gesteigerten Hämoglobingehalt. Histologisch sei das Fettgewebe derbe und fest mit prall gefüllten Fettzellen. Demgegenüber erschienen Personen mit einer konstitutionellen Lipomatosis kränklich: Ihre Haut und Schleimhäute seien blass, die Muskeln schwach, und sie ermüdeten schnell. Auch fiele eine herabgesetzte Zahl der Erythrozyten und ein verminderter Hämoglobingehalt auf.

Man gewinnt den Eindruck, dass gegen Ende des 19. Jahrhundert die psychischen und ästhetischen Folgen der Adipositas in den Hintergrund traten. Es entstand die These, dass unterschiedliche Typen von Adipösen auch unter-

schiedliche Folgekrankheiten haben könnten. Die muskelstarken Fettleibigen (plethorischer Typus) wurden von den muskelschwachen (anämischer Typus) unterschieden, wobei die starken offenbar wesentlich weniger von den Folgeschäden betroffen waren als die schwachen.

Angesichts der wachsenden Anerkennung der medizinischen Thesen über die möglichen negativen Folgen des Übergewichts durch die Bevölkerung zeigten sich die Ärzte überrascht davon, dass es auch zahlreiche Fettleibige gab, bei denen die meisten Körperfunktionen einschließlich Puls, Appetit, Verdauung und Schlaf keine merklichen Abweichungen von der Norm aufwiesen. So bemerkte Kisch abschließend: „Ich habe durchaus nicht als stets gültiges Gesetz finden können, daß die allgemeine Fettzunahme im Körper in einem bestimmten geraden Verhältnisse zur Entwicklung des Mastherzens oder zur Intensität der Herzbeschwerden steht.“¹²³

In ähnlicher Weise betonte Sopp¹²⁴, dass nicht die reine Fettmenge dafür entscheidend sei, ob diese den Gesamtorganismus oder die Funktion einzelner Organe einschränke. Auch Sopp beschrieb detailliert die Herzinsuffizienz und Gefäßkomplikationen als Hauptrisikofaktoren des Übergewichts. Jede Bewegung und Anstrengung des übergewichtigen Körpers bedeuteten zwingend eine erhöhte Leistung für das Herz. Dieser Mehrleistung stehe jedoch nicht ein entsprechend kräftiger Herzmuskel gegenüber, sodass es bereits bei geringer körperlicher Leistung zur Überanstrengung des Herzens komme, welche sich in Herzklopfen und Kurzatmigkeit äußere. Stiegen die körperlichen Anforderungen, komme es infolge ungenügender Blutversorgung der Organe zu Atemnot, Schwindel und Ohnmachtsanfällen. Betreffe die Verfettung den Herzmuskel selbst, komme es zur einer Dilatation mit eingeschränkter Herzleistung. Durch Minderungen der Blutzirkulation entstünden speziell in den Extremitäten Ödeme. Ebenfalls griff Sopp die Problematik der permanenten Herzüberlastung in

¹²³ Ebd. S. 123

¹²⁴ Vgl. SOPP (1912) S. 2

Zusammenhang mit der Arteriosklerose auf. Die Gefäßverkalkung und damit geringere -elastizität böten dem Herz einen größeren Widerstand.

Als Mechanismus der Kurzatmigkeit bei Übergewichtigen vermutete Sopp einen reduzierten Sauerstoffgehalt im Blut, den der Körper reflektorisch durch vermehrte Atmung auszugleichen versuche. Auch werde die Beweglichkeit der Lunge durch Fettansammlungen im Brustraum behindert: Hierdurch würden die Atmungsorgane deutlich mehr beansprucht und die Lunge trotz der erhöhten Atemfrequenz weniger durchlüftet. Bronchialkatarrhe, Emphyseme und Lungenentzündungen seien die Folge. Bei Fettleibigen mit ihrem wenig widerstandsfähigen Organismus führe dies weitaus häufiger zum Tod als bei Normalgewichtigen.

Daneben beschrieb Sopp die Entstehung einer Stauungsleber bis hin zur Organschrumpfung – besonders bei starkem Alkoholkonsum –, Stauungsercheinungen in den Nieren und Störungen der Verdauungsorgane als unmittelbare Folgen einer Fettansammlung.

Weniger Beachtung fanden die Auswirkungen der Fettleibigkeit auf die Fortpflanzungsorgane: Grundsätzlich stellte Chambers fest, dass Frauen kurz nach der Pubertät dazu neigten, rundliche Formen anzunehmen, die jedoch weit von Adipositas entfernt seien. Seine Untersuchungen führten ihn aber um 1850 zu dem Ergebnis, dass adipöse Mädchen ungewöhnlich früh menstruierten. Als Beispiel nannte er eine 45jährige Patientin, die etwa 5 feet (ca. 1,50 m) groß und 28 stone (ca. 160 kg) schwer war. Ihre Menstruation habe im Alter von neun Jahren begonnen und bereits mit elf Jahren machte sie den Eindruck einer vollständig entwickelten jungen Frau von etwa 19 Jahren.¹²⁵ Chambers beobachtete auch, dass bei einigen Frauen die Fettleibigkeit mit einem Stillstand der Funktion der Fortpflanzungsorgane einhergehe und zu einem sehr fülligen Bauch führe.

¹²⁵ Vgl. CHAMBERS (1850)

Während ansonsten dem Zusammenhang zwischen Übergewicht und Fortpflanzung aber wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, gab der Marienbader Badearzt Enoch Heinrich Kisch im Jahr 1888 einen umfassenden Überblick über alle Störungen des weiblichen Geschlechtsapparates, die nach seinerzeit herrschender Meinung auf eine Fettleibigkeit zurückzuführen seien.¹²⁶ Im Einzelnen nannte er: Menstruationsanomalien (besonders spärliche oder fehlende Menstruation, seltener auch übermäßige Blutungen), Katarrhe der Uterus- und Vaginalschleimhaut durch eine chronische Hyperämie und - bei sehr korpulenten Frauen - durch Erytheme an den großen Schamlippen, Hysterie in Form depressiver Verstimmungen bei jungen Frauen, ansonsten Krämpfe durch krampfhaftes Respirationsbewegungen: Lach-, Wein- und Gähnkrämpfe, aber auch spastische Zustände im Bereich des Verdauungsapparates von Schluckauf über Darmkrämpfe bis hin zur Tympanie, Sterilität, Lageveränderungen des Uterus. Dem fügte Sopp (1912) als weiteren wenig beachteten Aspekt hinzu, dass es bei fettleibigen Männern zu einer völligen Impotenz kommen könne.

2.3.2 Fettleibigkeit als ästhetisches Problem

Brillat-Savarin¹²⁷ beschäftigte sich bereits 1823 mit der Korpulenz, wurde aber erst 1865, nach der Übersetzung des französischen Originaltextes durch Carl Vogt (Abbildung 5), in Deutschland bekannt. Er beurteilte Korpulenz keineswegs als Krankheit, sondern vielmehr als ein ärgerliches Übel, das der Kraft und Schönheit schade. Er beschrieb den lebenslangen Kampf der Frauen um die „wohl-dosierten Rundungen“, und nach seiner Meinung schade die Fettleibigkeit der Schönheit, weil sie die Harmonie des Körpers beeinträchtigt.¹²⁸ Sowohl Brillat-Savarin (1826) als auch Wadd (1839) legten ästhetische Maßstäbe zur Beurteilung der Fettleibigkeit an und verzichteten auf metrische Daten. Bei-

¹²⁶ Vgl. KISCH (1888) S. 219

¹²⁷ Ebd. S. 212

¹²⁸ Ebd. S. 210

de vertraten die Auffassung, dass es sich bei Adipositas um ein Problem der Oberschicht handele.

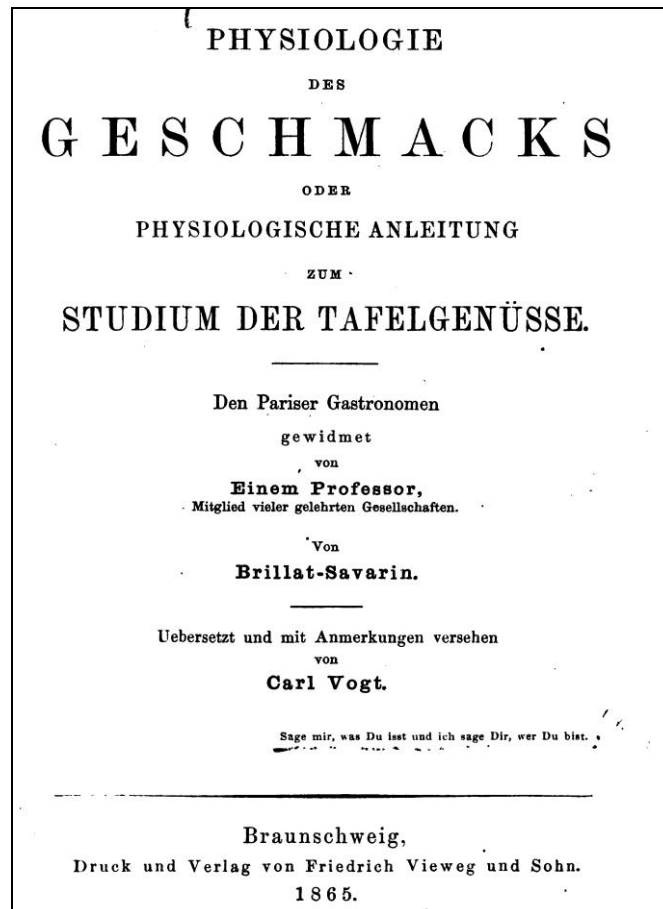


Abbildung 5: Titelblatt der deutschen Übersetzung der „Physiologie du gout“ von Jean-Anthelme Brillat-Savarin (1826)

In seinem Buch „Der Weg zur Schönheit“ betonte Kelch, dass ein gesunder Körper durch Muskeln und Fettablagerung eine gewisse Fülle aufweisen müsse und dies eine der Hauptbedingungen schöner Gestaltung sei.¹²⁹ Er setzte die Fettleibigkeit gleich mit Korpulenz, in geringerem Grad werde sie Embonpoint genannt und in höherem Grad Fettsucht. Dabei werde Fett übermäßig unter der Haut, in den Körperhöhlen und um die Muskeln abgelagert.

Der Körper werde schwerfällig und in seinen Bewegungen eingeschränkt. Zunächst lagere sich das Fett an den Körperstellen ab, an denen sich normalerweise auch schon Fettgewebe befinde; danach seien auch andere Körperteile betroffen. Kelch berichtete von Fällen, „wo der Leibesumfang die Körperhöhe erreicht, ja übertrifft. Von diesen Bedauernswerthen hat natürlich die Schönheit längst Abschied genommen.“¹³⁰

Grundsätzlich wurde also bereits im 19. Jahrhundert darauf hingewiesen, dass Fettanlagerungen die ästhetische Erscheinung des Menschen wesentlich beeinträchtigen könnten. Detailliert beschrieb Kisch (1908) die Veränderungen, die eine starke Gewichtszunahme mit sich bringt: Im Gesicht würden massive Fettablagerungen im subkutanen Bindegewebe erkennbar, welche es fast vollkommen rund erscheinen und den mimischen Ausdruck verloren gehen ließen. Starke Zunahmen des Umfangs an Brust und Bauch führten bei Männern dazu, dass die Brust dem weiblichen Busen ähnlich werde. Weibliche Schenkel, Hüften und das Gesäß („Nates“) könnten geradezu monströse Ausmaße annehmen: „Bei manchen Frauen ist dann das Fettpolster über dem Tuber ossis ischii derart entwickelt, dass die Gestalt der Nates an das Kreuzbein der Frauen der Hottentotten und Buschmänner befindliche Fettgeschwulst erinnert“.¹³¹

Blieb die Fettleibigkeit begrenzt, wurde sie lediglich als Schönheitsfehler angesehen; im Übergang zur Fettsucht jedoch wurden mehr und mehr pathologische Faktoren betont.

2.3.3 Psychische und mentale Auswirkungen der Fettleibigkeit

William Wadd (1839)¹³² war der Meinung, Adipositas reduziere die geistigen Fähigkeiten und veranlasse den Korpulenten, sich zu sehr mit dem Leiden zu beschäftigen. Außerdem verstärke sich ein Hang zur Bequemlichkeit und

¹²⁹ Vgl. KELCH (1898) S. 297

¹³⁰ Vgl. KELCH (1898) S. 299

¹³¹ Vgl. KISCH (1908)

Ruhe. Die Öffentlichkeit bedaure Fettleibige zwar, verachte und verspötte sie aber auch, so dass sie sich zusehends aus dem öffentlichen Leben zurückzögen. Diese Auffassung teilten Ebstein (1882) und Kisch (1888).

Regneller stellte in seinem Buch von 1839 fest, dass Fettleibige in eine gewisse Apathie verfielen und eine Abwehrhaltung gegenüber jeglicher Bewegung aufbauten. Damit würden „die Empfindungen stumpf“ und die Intelligenz nehme ab. Am Ende verfielen die Wohlbeleibten fast stets in Schlafsüchtigkeit, aus der sie nur zu den Mahlzeiten erwachten. Regneller bezeichnete Fettleibige als große Egoisten. Sehr mit ihrem eigenen Zustand beschäftigt, sähen sie die kleinste Bewegung als Zumutung an und seien nicht in der Lage, etwas für die Menschen in ihrer Umgebung zu tun. Darüber hinaus sah Regneller die Fettleibigkeit als Gefahr für den Intellekt und führte Beispiele dafür an, dass anfänglich geistig aktive Menschen mit zunehmender Körperfülle später kindisch würden.¹³³ Carus gestand den Fettleibigen „leicthhere Blüthen des Geistes und Verstandes“ wie beispielsweise Witz, Humor, schnelles Gedächtnis und musikalisches Talent zu und räumte ein, dass Magerkeit nicht zwingend mit einer höheren Geistesbildung verbunden sei, jedoch sprach auch er 1858 von der „herabgezogenen Intelligenz bei einem zu reichlichen Embonpoint des Leibes.“¹³⁴

Dem widersprach Ebstein. Er war zwar der Auffassung, dass eine zunehmende Fettleibigkeit die volle Entfaltung der geistigen Kräfte nicht fördere, bezweifelte jedoch einen großen nachteiligen Einfluss auf die geistige Tätigkeit. Die Geschichte liefere eine ganze Reihe an Beispielen großer Männer, die fett gewesen seien. Und auch in der Literatur und Kunst werde Fettleibigkeit nicht selten mit Geist und Witz verbunden wie etwa in der Figur des korpulenten

¹³² Vgl. WADD (1816)

¹³³ Vgl. REGNELLER (1839) S. 11

¹³⁴ Vgl. CARUS (1858) S. 279

Falstaff aus der komischen Oper „Die lustigen Weiber von Windsor“ von Otto Nicolai aus dem Jahre 1849.¹³⁵

Kelch sah einen Zusammenhang zwischen dem Phlegma der Fettleibigen und der Schwierigkeit, Ernährungsvorschriften zur Gewichtsreduktion einzuhalten: „Die Behandlung dieses Übels ist mit großen Schwierigkeiten verknüpft, weil bei starker Beileibtheit fast immer auch die seelischen Funktionen in Mitleidenschaft gezogen und Schwerfälligkeit im Entschließen und Handeln, Arbeitsunlust, Trägheit und Willensschwäche hervorgerufen werden, so dass es außerordentlich schwer fällt, die an Fettleibigkeit Leidenden zur Durchführung der nötigen Vorschriften zu vermögen.“¹³⁶ Sollten die fettleibigen Personen in ihren Bewegungen derart eingeschränkt sein, dass sie sich selbst gar nicht mehr bewegen könnten, so gab Kelch den Rat, passive Gymnastik und Massage vorzunehmen.

Ganz besonders thematisierte Noorden (1910), dass Adipöse durchaus einen normalen Intellekt haben könnten, allerdings sei bei ihnen die Empfindungs- und Willenssphäre stark beeinträchtigt. So würden schwache Naturen der Dickleibigkeit erliegen, starke Naturen hingegen sie besiegen. Dickleibige seien häufig uneinsichtig und würden ärztliche Ratschläge nicht befolgen. Er klagte ihre Charakterschwäche an und bezeichnete sie als Schwächlinge und Versager.

2.4 Konzepte zur Gesunderhaltung und Lebensverlängerung durch gesunde Ernährung und Gewichtsreduktion

¹³⁵ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 15 f.

¹³⁶ Vgl. KELCH (1898) S. 301

2.4.1 Änderungen der Anschauungen über Alter, Ernährung und Beginn gezielter Hausfrauenschulung

Ende des 19. Jahrhunderts erfuhr die Wahrnehmung des Alterns eine Veränderung. Es wurden spezifische Alterserscheinungen und typische Erkrankungen dieses Lebensabschnittes beschrieben. Der Nürnberger Arzt Lorenz Geist widmete sich in seinem Buch „Die Klinik der Greisenkrankheiten“ den „natürlichen Alterungsveränderungen, wie sie sich durch die verschiedenen Involutionenjahrzehnte unaufhaltsam entwickeln und fortwährend die Prädisposition zur Erkrankung verändern“ und sprach in diesem Zusammenhang von „pathologisch-physiologischen Zuständen“.¹³⁷ Als neues Teilgebiet der Medizin etablierte sich die Altersheilkunde, auch vorangetrieben durch den französischen Neurologen und Pathologen Jean Martin Charcot. Ausgelöst durch seine 1867 veröffentlichten Vorlesungen über chronische und Alterskrankheiten, die ab 1881 in der englischen Übersetzung¹³⁸ weitere Verbreitung fanden, begann man zunehmend, das Alter selbst verstärkt als einen pathologischen Zustand anzusehen. Hierdurch wurden dann mit Beginn des 20. Jahrhunderts Maßnahmen angesprochen, die das Erreichen eines hohen Lebensalters in Gesundheit und bei erhaltener Leistungsfähigkeit fördern sollten.

Noorden (1910) ging in seinem Buch über die Fettsucht auch darauf ein, dass sich nicht jedes Diätkonzept für jedes Alter eigne. Beispielsweise sei das primäre Ziel bei fettleibigen Kindern nicht wie bei Erwachsenen die Abmagerung, sondern die Verhinderung weiteren Fettansatzes. Nach seinen Erfahrungen werde im jugendlichen Alter eine richtige Diät schlecht vertragen, sie mache schlaff und matt. Da der Appetit gezügelt werden müsse, empfahl er Nahrungsmittel mit einem verhältnismäßig geringen Nährwert, die den Magen füllten, wie Kartoffeln und derbe Brotsorten.¹³⁹

¹³⁷ Vgl. GEIST (1860) S. IV

¹³⁸ Vgl. CHARCOT (1881)

¹³⁹ Vgl. NOORDEN (1910) S. 175

Genauso lehnte er Entfettungskuren im Greisenalter ab. Wer sein ganzes Leben hindurch fettleibig war und nun mit 60, 70 oder 80 Jahren die dadurch entstandenen Atem- und Herzbeschwerden stärker empfinde als früher, solle keinerlei Kuren mehr erhalten. Fast ausnahmslos führten diese zu einem schnellen Zusammenbruch der Kräfte. Allerdings gebe es nicht viele Fälle von Fettsucht im Greisenalter, da die mit ihr einhergehenden Komplikationen bereits vor Erreichen dieses Stadiums das Leben zerstörten.

Mit der Entwicklung der Medizin kam es allmählich auch zur Etablierung der laborchemisch begründeten medizinischen Ernährungswissenschaft. Die Ärzte des späten 19. bzw. frühen 20. Jahrhunderts kannten zwar die Zusammensetzung von Nahrungsmitteln, jedoch hatten sie Probleme, die neuen theoretischen Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen, also beispielsweise das Wissen um die Zusammensetzung der Nahrungsmittel in das tägliche Leben, die Zubereitung der Speisen, einzubringen – eine Schwierigkeit, die bis weit ins 20. Jahrhundert hineinreichte. So beschrieb der Medizinhistoriker Hans-Heinz Eulner 1972 seine eigenen Erfahrungen folgendermaßen: „Physiologische Chemie, Klinik, Pharmakologie und Bakteriologie haben uns Kenntnisse über Stoffwechselfvorgänge und Fermentsysteme, Vitamine, Leberfunktion, Harnbildung und Nahrungsmittelhygiene vermittelt, von denen vor 140 Jahren kaum jemand träumen konnte. Wir wussten das Grundsätzliche über Aminosäuren, Triglyceride und Hexosen. Fragte uns aber ein Patient, ob er Pflaumen essen dürfe, so waren wir hilflos.“¹⁴⁰

Auf das Problem der Vermittlungsebene zwischen Theorie und Praxis¹⁴¹ ging Jürgensen bereits im Jahr 1905 ein: Zwar besäßen die Ärzte theoretisches Wissen über die richtige Diät, doch schon aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung wüssten sie kaum, wie man die dünnen Kalorien-, Fett-, Eiweiß- und Kohlehydratvorgaben in Form schmackhafter Mahlzeiten servieren

¹⁴⁰ Vgl. EULNER (1972) S. 80

¹⁴¹ Vgl. THOMS (2002a)

sollte.¹⁴² Erst um die Wende zum 20. Jahrhundert gab es laut Thoms erste Schritte zur Beseitigung dieses Dilemmas: Ärzte taten sich mit Köchinnen oder ihren eigenen Ehefrauen zusammen und verfassten Krankenkochbücher. Zudem veranstalteten die gerade entstehenden Haushaltungsschulen spezielle Kochkurse für Ärzte, von denen Martin berichtete.¹⁴³ Offenbar war es jedoch enorm schwierig, die neu gewonnenen medizinischen Kenntnisse umzusetzen.¹⁴⁴

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts waren zunehmend Bemühungen erkennbar, eine gesunde Kost auf den Grundlagen des damaligen ernährungswissenschaftlichen und medizinischen Kenntnisstandes zu propagieren. Die Volksgesundheit sollte durch eine qualitative Verbesserung der Ernährung optimiert werden. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich die wirtschaftliche Situation in Deutschland insgesamt für alle verbessert, obwohl die Gegensätze zwischen Arm und Reich weiterhin Bestand hatten.

Örtliche Haushaltsschulen wurden gegründet und es entstanden „Wander-Haushaltsschulen“, die von Ort zu Ort zogen. 1913 gab es bereits 283 solcher Schulen.¹⁴⁵ Darüber hinaus wurden vermehrt Ratgeber und Kochbücher veröffentlicht.

Zwar war eine grundsätzliche Versorgung der Bevölkerung zur Jahrhundertwende prinzipiell möglich, doch drangen die beschriebenen Modernisierungen trotzdem größtenteils nicht bis in die unteren Schichten vor, denen die pekuniären Mittel zur täglichen Grundversorgung fehlten. Daher wurde beispielsweise auch in Kochbüchern auf die weiterhin bestehenden gesellschaftlichen Klassenunterschiede eingegangen. So heißt es im Vorwort eines Kochbuchs von Mathilde Schröder aus dem Jahr 1851: „Meiner Ansicht nach gehört die

¹⁴² Vgl. JÜRGENSEN (1905)

¹⁴³ Vgl. MARTIN (1907)

¹⁴⁴ Vgl. THOMS (2002a)

¹⁴⁵ Vgl. LESNICZAK (2002) S. 9

größere Zahl der Leserinnen eines Kochbuchs dem Mittelstande an, denn in höheren Regionen ist es kaum geziemend, sich mit dergleichen Dingen zu befassen; in den tiefer liegenden Schichten der menschlichen Gesellschaft fehlen leider nur zu oft die Mittel, sich eine angenehme Befriedigung der Lebensbedürfnisse zu verschaffen, oder die Gelegenheit, sich hierfür gehörig auszubilden.“¹⁴⁶ Schröder hielt es daher für wichtig, dass bereits junge Mädchen eine Anleitung zum Kochen erhielten, damit sie später ihre häuslichen Pflichten ausüben könnten.

Als neues Instrument zur Verbreitung der neuen Erkenntnisse zur allgemeinen Gesundheit wurden ab dem 18. Jahrhundert auch Zeitschriften genutzt und das Wissen damit auch der bürgerlichen Mittelschicht zugänglich gemacht. Ernst Keil (1816-1878) brachte im Januar 1853 das Familienjournal „Die Gartenlaube“ heraus (Abbildung 6), mit dem er eine breitere Bevölkerungsschicht erreichen wollte und das neben unterhaltenden Beiträgen auch informative und belehrende Artikel zu einem breiten Interessensspektrum enthielt. Beispielsweise wurde 1866 ein „Diätetisches Rezept für Fettleibige“ veröffentlicht. Hier wurde auf die Gefahren der allgemeinen Fettleibigkeit für die Gesundheit auch schon in jungen Jahren eingegangen und zwischen der Fettleibigkeit und der Zunahme des Körpergewichts ab dem 50. Lebensjahr unterschieden. Die letztgenannte Art der Gewichtszunahme wurde als natürlicher Vorgang betrachtet, dem keinerlei schädliche Wirkung beigemessen wurde. Jüngeren Fettleibigen empfahl man zur Verhütung von Erkrankungen eine fett- und zuckerarme Diät, bei der die Ernährung aus Brot, fettarmem Aufschnitt, fettarmen Fleischsorten und Brühe sowie Gemüse und Obst bestehen sollte.¹⁴⁷ Solche Ratschläge fanden – besonders seitens der Ärzteschaft – keine ungeteilte Zustimmung. So lehnte etwa Lion (1864) jegliche „Volksschriften“ ab, welche lediglich Rezepte und allgemeine Volksarzneimittel veröffentlichten, da sie dem Laien diese Vor-

¹⁴⁶ Vgl. SCHRÖDER (1851) S. V

¹⁴⁷ Vgl. KEIL (1866)

schriften nicht verständlich erklären könnten.¹⁴⁸ Auch Goldberg konstatierte 1888 in seiner Dissertation über Fettleibigkeit: „Obschon wir die Fettleibigkeit a priori nicht einmal als eine Krankheit auffassen können, so gehört doch die Behandlung derselben mit zu den ernstesten Aufgaben des Arztes.“¹⁴⁹



Abbildung 6: „Die Gartenlaube“, Titelblatt der ersten Ausgabe vom Januar 1853

Trotz aller Kritik fanden Zeitschriften, Ratgeber und Kochbücher weitere Verbreitung, und bezüglich der Ernährung vermittelten sie gegen Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr nur die Kenntnisse der bürgerlichen Küche, sondern sprachen auch die ländlichen Haushalte an. Vor dem Hintergrund der finanziel-

¹⁴⁸ Vgl. LION (1864)

¹⁴⁹ Vgl. GOLDBERG (1888) S. 8

len Not in der Arbeiterklasse einerseits, aber auch des wachsenden Wohlstandes der oberen Schichten andererseits wurden allerdings zunehmend auch wirtschaftliche Aspekte betont: So gab Henriette Davidis im Jahr 1879 in dem Kapitel „Von der passenden Anwendung des verschiedenartigen Fettes zum Küchengebrauch“ ihres Buches „Das Praktische Kochbuch für die gewöhnliche und feinere Küche“ den Rat: „In Haushaltungen, wo man mit einer guten Zubereitung auch Wirtschaftlichkeit zu verbinden sucht, kann neben anderen Ersparnissen auch beim Gebrauch der Butter ökonomisiert werden. Zu dem Zweck kann verschiedenartiges Fett als: Nierenfett, Schweineschmalz [...] zweckmäßig angewendet werden. Da aber ein unpassender Gebrauch der Fettsorten die damit zubereiteten Speisen ganz und gar unschmackhaft macht, so möchte es noch wenig Geübten angenehm sein, hier eine Angabe über die passende Anwendung des verschiedenartigen Fettes zu finden.“¹⁵⁰

Kurz zuvor (1878) war ein „Neues praktisches Kochbuch für die gewöhnliche und feinere Küche“ von Henriette Sander erschienen, in dem die Autorin ausdrücklich auf die Notwendigkeit neuer Kochbücher verwies: „[...] denn seitdem sich Männer der Wissenschaft und die größten Chemiker mit der Lebensmittelfrage und der Erforschung des Nahrungswertes der verschiedenen Tier- und Pflanzenstoffe beschäftigen, welche Gott in so reicher Mannigfaltigkeit zu unserer Ernährung geschaffen hat, sind viele Vorurteile gefallen, welche in Beziehung auf diese für die Küche so wichtigen Dinge bestanden.“¹⁵¹ Sander beklagte auch, dass es wohl Schulen gebe, in denen die weibliche Jugend in den Fächern Englisch, Französisch, Musik, Tanzen und Turnen unterrichtet werde, aber keine, in denen sie das Kochen lernen könne. Dabei betonte sie, wie wichtig bei den immer teurer werdenden Lebensmitteln Einnahme- und Ausgabe-rechnungen seien.

¹⁵⁰ Vgl. DAVIDIS (1879)

¹⁵¹ Vgl. SANDER (1878)

In der Einbeziehung der wirtschaftlichen Hausführung zeigt sich, dass ein Wandel der gesellschaftlichen Rolle der Frau begann, und Frauen eine größere Verantwortung eingeräumt wurde. Hierauf wies auch Antonie Steimann hin, die in ihrem Nachschlagewerk „Die tüchtige Hausfrau“ (1913) auch eine detaillierte Anleitung zum Führen eines Haushaltsbuches gab.¹⁵²

Darüber hinaus sollte die Hausfrau neben Rezepten für neue Gerichte auch ernährungswissenschaftliche und medizinische Kenntnisse erlangen. Lebensmittelkundliche Fakten und Nährwerttabellen hielten Einzug in die Ratgeberliteratur.

Die Ärztin Anna Fischer-Dückelmann sah 1908 die Notwendigkeit, den Hausfrauen den derzeitigen ernährungswissenschaftlichen und medizinischen Kenntnisstand zu vermitteln. In Bezug auf die Ernährung schrieb sie: „Je mehr die Frauenwelt sich neuen Ideen zuwendet, ihre Unwissenheit auf dem Ernährungsgebiete erkennt und ihre hohe Verantwortlichkeit für alle häuslichen Einrichtungen zu fühlen beginnt, so wird die Ernährung besser werden. Darüber entscheiden sollte nicht die Gewohnheit oder der Wunsch des Hausherrn oder der Glaube der Hausfrau sondern ausnahmslos die chemische Beschaffenheit der Nahrungsmittel.“¹⁵³ In dem Kapitel „Unsere Ernährung“ riet sie unter anderem auch zum Verzehr roher Nahrungsmittel als Fortschritt zu einer gesünderen, weil einfacheren Ernährung. Alkohol und Fleisch sollten zugunsten von Früchten verdrängt werden. Allen Fettleibigen wurde allzu viel Zucker- und Mehlgenuss verboten. Ebenfalls wurde eindringlich auf das bei Alkoholgenuss entstehende vergrößerte und verfettete Herz eingegangen.

¹⁵² Vgl. STEIMANN (1913)

¹⁵³ Vgl. FISCHER-DÜCKELMANN (1908) S. 100

2.4.2 Methoden zur Behandlung des Körpergewichts

Wie im vorigen Kapitel geschildert, fand um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert ein grundlegender Wandel der Anschauungen über das Körpergewicht statt. Bereits ein geringes Übergewicht wurde jetzt als gesundheitsgefährdend angesehen. Mit Slogans wie „Fettsucht macht krank“ und „Fettsüchtige sterben früh!“¹⁵⁴ wurde die Vorsorge in Hinblick auf ein deutliches Überschreiten des normalen Körpergewichts propagiert. Bezüglich einer normalen Nahrungsmittelbilanz bemerkte Scholz: „Die tägliche Erfahrung lehrt es uns, dass bei dem gesunden Menschen Einnahme und Ausgabe sich die Waage halten.“¹⁵⁵ Da dieser Mechanismus bei Fettleibigen offensichtlich gestört ist, hatte es bereits seit Anfang des 19. Jahrhunderts zahlreiche Versuche gegeben, durch verschiedenartige Maßnahmen das Gewicht zu reduzieren.

Die bis Anfang des 19. Jahrhunderts üblichen Methoden, um das Körpergewicht zu reduzieren, fasst Regneller wie folgt zusammen: „Der Eine empfahl Eilmärsche, körperliche und geistige Anstrengung, Beschäftigung, langes Wachen, Entziehung des Schlafes, Exzesse jeder Art, trockene, geräucherte, gesalzene, gewürzte Speisen, reizende Getränke wie Tee, Kaffee, Spirituosen, saure, adstringierende, tonische, schweißtreibende Substanzen usw. Die Andern empfahlen Mäßigkeit, weißes Fleisch, vegetabilische Diät und Säuren. Andere versichern, man werde sie mit doppelkohlensaurem Natron und Sodawasser heilen, welches ihr Fett in Seife verwandelt! Andere übertreiben die gute Wirkung tiefer Inzisionen und Haarseile bis in das Fettgewebe. Ein Vierter schwört, dass nichts als Fasten und trockenes Brot und Wasser, 7 bis 8 Monate lang, statt aller Nahrung, hinreichen.“¹⁵⁶ Kurz gesagt wurde „alles, was den Körper herunterbringt“ ausprobiert, um das Körpergewicht zu reduzieren.¹⁵⁷

¹⁵⁴ Vgl. ZIKEL (1925) S. 10

¹⁵⁵ Vgl. SCHOLZ (1883) S. 78

¹⁵⁶ Vgl. REGNELLER (1839) S. 19

¹⁵⁷ Vgl. KISCH (1901) S. 1

Ein umfassendes Konzept zur Gewichtsreduktion stellte 1826 Brillat-Savarin vor: Er nannte als Grundregeln Mäßigkeit im Essen, eine Schlafreduzierung und Bewegung zu Fuß oder zu Pferde, betonte aber, dass es sehr schwer sei, diese drei Grundregeln einzuhalten: „Denn man muss erstens eine große Willenskraft haben, um noch einigermaßen hungrig vom Tische aufzustehen, zweitens dicken Leuten vorschreiben, daß sie früh aufstehen sollen, heißt, ihnen das Herz brechen und drittens Reiten ist eine teure Arznei, gegen das Fußgehen kommen aber zahlreiche Einwürfe.“¹⁵⁸ Praktikabler und empfehlenswert sei eine Diät mit reichlich Flüssigkeitszufuhr („in jedem Sommer 30 Flaschen Selterswasser“) und einer Nahrungsbeschränkung nach folgenden Regeln: „Fliehet das Bier wie die Pest, meidet alle Mehlspeisen, in welcher Gestalt sie auch auftreten mögen, esst häufig Radieschen, Artischocken mit Pfeffer, Spargel, Sellerie und ähnliches Grünzeug. Gebet unter dem Fleische dem Kalbe und dem Geflügel den Vorzug, esset vom Brot nur die Kruste“.¹⁵⁹

Über die Akzeptanz dieser Kur informiert G. D. Regneller (1839). Er zitierte einen Patienten von Brillat-Savarin, dem es nicht gelungen war, das verordnete Diätkonzept einzuhalten. Der Graf Louis Greffhule habe ihm Folgendes berichtet: „Ich habe Ihre Vorschriften befolgt, als wenn mein Leben davon abhinge, und ich habe gefunden, dass ich in diesem Monat 3 Pfund und etwas darüber abgenommen habe; allein ich habe allen meinen Neigungen, allen meinen Gewohnheiten zu entsagen müssen, mit einem Worte, ich habe so viel gelitten, dass ich für Ihren guten Rat danke und auf die guten Folgen verzichte und mich dem unterwerfe, was die Vorsehung über mich künftig beschließen wird.“ Diese Schilderung nahm Regneller zum Anlass, darauf hinzuweisen „dass der Rat von Brillat-Savarin, ohne gerade schlecht zu sein, die Fettleibigkeit doch nicht heilen kann“ und bemerkte auch, dass der Graf in seinem 40. Lebensjahr an den Folgen seiner ungeheuren Fettleibigkeit gestorben sei.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826)

¹⁵⁹ Ebd.

¹⁶⁰ Vgl. REGNELLER (1839) S. 21

Regneller selbst empfahl, zunächst über 14 Tage durch tägliche äußerliche Einreibungen der Magengegend mit Schwefeläther und Laudanum die normalen Verdauungsfunktionen wiederherzustellen. Es sollte eine Diät anschließen, bei der alles außer fetten und mehlhaltigen Speisen erlaubt war, wobei Obst stets roh gegessen werden sollte. Regneller riet außerdem, jede Möglichkeit zur körperlichen Bewegung zu nutzen und einmal monatlich Abführmittel zu nehmen.¹⁶¹ Über Erfolg und Verbreitung dieser Diätmethode ist nichts bekannt.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden zur Behandlung der Adipositas spezifische Diäten vorgeschlagen. Es entwickelten sich einerseits Diätkuren, die eine Fettentziehung durch Regulierung der Nahrungszufuhr vorsahen (z.B. die Bantingkur oder die Ebsteinsche Methode) oder andererseits solche Kuren, die zusätzliche ausgiebige Muskelbewegungen und Beschränkungen der Wasserzufuhr zur Grundlage hatten (z.B. die Oertelsche Methode). Zu diesem Zweck wurden Kostpläne entworfen, die eine verringerte Nahrungsaufnahme oder die Limitierung bestimmter Nährstoffe, besonders der Fette und Kohlenhydrate, vorsahen. Als erste Methode, die eine weite Verbreitung in der Öffentlichkeit fand, ist die so genannte Bantingkur zu nennen. Sie wurde benannt nach dem englischen Unternehmer William Banting, der ab seinem 30. Lebensjahr kontinuierlich zunahm und jahrelang erfolglos gegen sein Übergewicht ankämpfte. In seiner Veröffentlichung „Letter on Corpulence“¹⁶² (Abbildung 7) berichtete er von seinen Erfahrungen, beispielsweise von zahlreichen Aufenthalten in Krankenhäusern, Kur- und Seebädern, regelmäßigem Rudern, Schwimmen und Reiten, Hungerkuren und dem Gebrauch diverser Arzneimittel wie beispielsweise „gallons of physic and liquid potassae“¹⁶³ – Maßnahmen, die allesamt nicht zum gewünschten Ergebnis verhalfen. Erst im Alter von 65 Jahren stieß Banting 1862 eher zufällig auf den Arzt William Harvey.

¹⁶¹ Vgl. REGNELLER (1839) S. 21

¹⁶² Vgl. BANTING (1863)

¹⁶³ Anm. d. Autorin: Abführmittel und flüssige Pottasche

Dieser hatte auf einem Kongress in Paris Vorträge des Physiologen Claude Bernard über Diabetes gehört und angefangen, sich damit auseinanderzusetzen, auf welche Weise die einzelnen Nahrungsbestandteile wie Fett, Zucker und Stärke den Körper beeinflussen. Zu diesem Zeitpunkt wog Banting 202 lbs (etwa 101 kg) bei einer Größe von 5 feet 5 inches (etwa 165 cm), hatte Gelenksbeschwerden, schlief schlecht und fühlte sich in seinen täglichen Aktivitäten deutlich eingeschränkt. Harvey riet ihm, auf Brot, Butter, Milch, Zucker, Bier und Kartoffeln zu verzichten, da die hierin enthaltene Stärke und Saccharine den Fettaufbau förderten. Bereits nach wenigen Diättagen fühlte Banting sich deutlich besser. Es gelang ihm, im Laufe eines knappen Jahres sein Gewicht auf 156 lbs (etwa 78 kg) zu reduzieren und dieses auch zu halten.



Abbildung 7: Titelseite des „Letter on Corpulence“ von Dr. William Banting (1869)

Die Bantingkur löste Ende des 19. Jahrhunderts eine Diätwelle in Europa aus. Im englischen Sprachgebrauch wurde eine Zeit lang das Wort „banting“ als Synonym für „eine Diät machen“ verwendet. Auch in Deutschland wurde die Methode gebräuchlich, besonders als Julius Vogel die Diätvorschriften Bantings beziehungsweise dessen Arztes Harvey in dem Buch „Korpulenz: Ihre Ursachen, Verhütung und Heilung durch einfache diätetische Mittel: Auf der Grundlage des Banting-Systems“ an den deutschen Küchenzettel anpasste und modifizierte. Vogel ergänzte das Original um die populärwissenschaftliche Beschreibung der aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse und teilte die Nahrungsmittel nach ihrer Verdaulichkeit ein, um dem Leser die Auswahl zu erleichtern.¹⁶⁴

In Deutschland wurde um 1890 die Banting-Kur durch die Methode nach Schweningen bzw. Oertel abgelöst, nachdem Reichskanzler von Bismarck und sein Sohn mit Hilfe dieses Verfahrens deutlich an Gewicht verloren hatten.¹⁶⁵ Auf der Basis der Beschreibung einer Kreislaufstützung durch Wasserentziehung durch Oertel verwendete Schweningen die Wasserentziehung in Kombination mit Ernährungsvorschriften und körperlichem Training zur Gewichtsreduzierung. Eine Modifikation der „Schweningerkur“ umfasste auch die Anwendung drastischer physikalischer Maßnahmen: „Der Arzt faßt die fetten Hautdecken des Bauches so breit als möglich zwischen seine beiden Hände und zerquetscht die Fetträuben derselben so kräftig, daß braune und blaue Flecken auf der Haut entstehen. Das ist der schmerzhafteste Teil der Prozedur. Endlich springt der Arzt in ganzer Person auf den Leib des Patienten, so daß seine beiden Knie tief in die Magengrube hineindrücken.“¹⁶⁶

Die Popularität gewichtsreduzierender Diäten erhielt weiteren Aufschwung, als Ende des 19. Jahrhunderts die Kalorie als Maßzahl zur Bewer-

¹⁶⁴ Vgl. VOGEL (1873) S. 33

¹⁶⁵ Vgl. HEYLL (2006) S. 178

¹⁶⁶ Vgl. MAASS (1895) S. 23

tung des Energiegehaltes von Nahrungsmitteln durch W. Camerer (1888) aus Tübingen eingeführt wurde.¹⁶⁷ Bereits im 18. Jahrhundert hatte der Pariser Chemiker Antoine Laurent de Lavoisier (1743-1794) beschrieben, dass alle Stoffwechselfvorgänge mit Verbrennungsprozessen in Zusammenhang stehen und dabei Wärme in Arbeit umgewandelt wird. Als Maßeinheit zum Vergleich unterschiedlichster wärmeverbrauchender und -erzeugender Abläufe leitete er von dem lateinischen Begriff für Wärme = *calor* die Wärmeeinheit „Kalorie“ ab und definierte sie als diejenige Wärmemenge, die nötig ist um 1 kg Wasser um 1°C zu erwärmen.

Mit Hilfe dieser Wärmeeinheit war es erstmals möglich, den Nährwert von Lebensmitteln in Kalorimetern exakt zu quantifizieren, anstatt wie bisher recht willkürlich zwischen „leichten und schweren Speisen“ oder „nahrhafter und nicht nahrhafter Kost“ zu differenzieren.

Ebstein, ein absoluter Gegner der Bantingkur, entwickelte eine Entfettungsmethode auf der Basis einer eiweißreichen Fleischdiät, bei der auch eine gewisse Fettmenge erlaubt und vorgeschrieben war.¹⁶⁸ Seine Theorie stützte er auf neue Untersuchungsergebnisse von Carl Voit, der den täglichen Bedarf eines körperlich arbeitenden Menschen mit 118 g Eiweiß, 500 g Stärkemehl und 56 g Fett angegeben hatte.¹⁶⁹ Ebstein lehnte körperliche Bewegung zur Bekämpfung der Fettleibigkeit ab, da sie nur den Appetit anrege und damit das Gewicht eher steigern.

Auch Kelch (1898) gab in seinem Buch „Der Weg zur Schönheit“ Ratschläge zur Gewichtsreduzierung: „Die Beseitigung der Fettleibigkeit und die Herstellung normaler Formen ist nur durch eine gründliche Änderung der fehlerhaften Lebensweise unter Berücksichtigung der im einzelnen Falle vorliegenden Ursachen möglich. Die natürlichsten, wirksamsten und unschädlichsten

¹⁶⁷ Vgl. CAMERER (1888)

¹⁶⁸ Vgl. EBSTEIN (1882) S. 20

¹⁶⁹ Vgl. VOIT (1881)

Mittel zur Ausscheidung des abgelagerten Fettes sind angespannte Muskeltätigkeit im Freien, körperliche Arbeit, Holzhacken, Gartenbau, Bergsteigen, Schwimmen, Rudern, Radfahren, Fußwandern, Treppensteigen, Zimmergymnastik und Massage. Dabei ist besonders auf ausgiebige Atmung und Schweißbildung zu achten. Um die Neubildung überschüssigen Fettes zu verhindern, bedarf die Ernährung einer gründlichen Regelung. Der Genuß von Speisen, die die Fettbildung begünstigen (z. B. fettes Fleisch, fette Milch, Sahne, Käse, Speck, Butter, Brot, Mehlspeisen), ist möglichst einzuschränken. Alkoholische Getränke sind ganz zu meiden. In erster Reihe dürfen genossen werden: grüne Gemüse wie Spargel, Salate usw. ferner Obst und Schrotbrot. In den meisten Fällen ist auch Beschränkung der Nachtruhe auf sechs bis sieben Stunden erforderlich. Mineralwasserkuren (Marienbad, Karlsbad, Kissingen, Homburg) sind nur in Verbindung mit geeigneter Lebensweise wirksam. Medikamente haben keinen Erfolg.“¹⁷⁰

In „Die Frau als Hausärztin“ beschrieb Fischer-Dückelmann die gezielte Behandlung eines Fettbauches bei Frauen: „Er spielt bei Frauen der vierziger und fünfziger Jahre eine große Rolle; denn er verunschönt die Gestalt. Er behindert und plagt“.¹⁷¹ Er gehe einher mit einer Schloffheit der Bauchdecken, Trägheit der Verdauung oder Unterleibsleiden und mangelnder körperlicher Bewegung. Zur Behandlung empfahl sie Sitzbäder bei 35°C mit Kreuz- und Bauchguss von 24°C, tägliche Vibrationsmassagen des Bauches, „Wälzen“, Regelungen der Ernährung und tägliche, mindestens zweistündige Spaziergänge.

1902 erschien ein Artikel von Thilo über die „Bewegung als Heilmittel“ in „Die Gartenlaube“, in der er bei verschiedenen Krankheiten Bewegung als unerlässlich bezeichnete. Auch „gegen Fettsucht und Gefäßverkalkungen sind die Bewegungen ein vortreffliches Heilmittel. Sie haben sich auch bei vielen ande-

¹⁷⁰ Vgl. KELCH (1898) S. 301

¹⁷¹ Vgl. FISCHER-DÜCKELMANN (1908) S. 592

ren Krankheiten bewährt, z. B. bei vielen Ernährungsstörungen.“¹⁷² Thilo beklagte, dass sich die Heilung meist nur mit der Beseitigung einer Krankheit beschäftige, nicht jedoch damit, eine frühere Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Außerdem würden die Bewegungsübungen einzig und allein dem Willen und der Einsicht des Kranken überlassen, weshalb sie oft nicht erfolgreich seien. Eine bedauerliche Schlussfolgerung daraus sei, dass Bewegungskuren im Allgemeinen nicht sehr erfolgreich seien.

Vor dem Hintergrund der Diätwelle warnte Kisch vor einer zu schnellen Gewichtsreduktion: „Eine rationelle Entfettungsmethode muss es sich zur Aufgabe setzen, die allmähliche und stetige Förderung des Verbrauches des überflüssigen und belästigenden Fettes zu erzielen, derart, dass bei dieser Behandlung nur allein das Fett schwinde, ohne dass hierbei jedoch der Eiweißbestand des Körpers angegriffen, die Muskelkraft herabgemindert, der Organismus geschwächt wird. Alle Entfettungskuren, welche durch allgemeine Entziehung der Nahrung oder übermäßigen Verbrauch der Körperstoffe nebst dem Schwunde des Fettes auch Schwund der übrigen Gewebe herbeiführen, sind verwerflich“.¹⁷³

Kisch stellte nur für die geringen Grade der Fettleibigkeit eine günstige Prognose, da sie durch Ernährungsumstellung und Bewegung einfacher zu therapieren seien. Bei schwerer alimentärer Fettleibigkeit und der konstitutionellen Lipomatose würden diätetische Maßnahmen zwar eine gewisse Entlastung von den Stauungssymptomen und eine wesentliche Erleichterung der Beschwerden durch eine Anregung der Energie der Herzmuskulatur bringen, doch sei ein tödlicher Ausfall des Herzmuskels durch eine Beeinträchtigung der Herzinnervation oder eine Erhöhung des Gefäßwiderstands unausweichlich.¹⁷⁴

¹⁷² Vgl. THILO (1902)

¹⁷³ Vgl. KISCH (1901) S. 4

¹⁷⁴ Ebd.

1912 erschien von dem Naturarzt Bernhard Ummen die Schrift „Esssucht und ihre schädlichen Folgen für die körperliche und geistige Gesundheit“, in der er auf die Problematik der verminderten körperlichen Beanspruchung durch die Industrialisierung aufmerksam machte und forderte, die Ernährung komplett umzustellen. Falls weiterhin Fleisch-, Eier- und Mehlspeisen bevorzugt und kaum Gemüse und Früchte gegessen würden, trete unausweichlich eine Verfettung ein.¹⁷⁵

Alle modernen Diäten – einschließlich Trink- und Badekuren – bezeichnete Noorden als Hokusfokus, da sie Jugendliche verleiteten, an Kuren und wundertätige Quellen zu glauben und nicht an ihre eigene Energie, die sie befähige, sich zu disziplinieren und maßvoll zu ernähren.

Die Kurfuscher prangerte auch Sopp gern an: „Wie auf allen Gebieten menschlicher Leiden suchen auch hier geldgierige und gewissenlose Kurfuscher aus dem Missgeschick ihrer Mitmenschen Kapital zu schlagen. Günstig ist ihnen hier der Umstand, dass die Mehrzahl der Wohlbeleibten kritiklos jedes Mittel mit Freuden begrüßt, von welchem eine Entfettung ohne Entbehrung und Unbequemlichkeit versprochen wird, da den meisten die erforderliche Einsicht oder Energie oder beides fehlt, sich zu den nächstliegenden Mitteln, Nahrungsbeschränkung und vermehrter Körperbetätigung aufzuraffen.“¹⁷⁶

Bereits 1910 formulierte Carl von Noorden einige Grundsätze zur Therapie der Fettleibigkeit, die auch aus heutiger Sicht noch Gültigkeit besitzen: „Nirgends fallen vorbeugende ärztliche Ratschläge und Warnungen auf undankbareren Boden wie in Fragen der Ernährung“¹⁷⁷, zumal er immer wieder betonte, dass es kein allgemein gültiges Durchschnittsmaß gebe. In jedem Fall müsse eine ganz auf das Individuum abgestimmte Therapie erfolgen, im Rahmen derer Qualität und Quantität der Kost, Verteilung und Häufigkeit der Mahlzeiten,

¹⁷⁵ Vgl. UMMEN (1912) S. 16

¹⁷⁶ Vgl. SOPP (1912) S. 75

¹⁷⁷ Vgl. NOORDEN (1910) S. 140

Zufuhr von Flüssigkeit, die Aufnahme alkoholischer Getränke, der Umfang der täglichen Muskelarbeit und die Dauer des Schlafes zu berücksichtigen seien. Besonders in den Anfangsstadien einer Fettsucht könnten dann gute Erfolge erzielt werden.

Später, bei ausgebildeter Fettsucht, solle die Therapie unbedingt in ärztliche Hände und nicht in die von Kurpfuschern gelegt werden. In diesen Fällen sei ausnahmslos eine Entfettungskur indiziert. Dabei müsse die Nahrungsaufnahme in das richtige Verhältnis zum Energieverbrauch gebracht werden, wobei die Nahrungszufuhr geringer als der Energieverbrauch sein müsse, damit es zur Gewichtsreduktion kommen könne.

Noorden lehnte radikale Diäten ab, die der Fettleibige vielleicht einen Monat durchführe, um danach wieder in seine alten Gewohnheiten zurückzufallen. Vielmehr forderte er eine schonende, aber lebenslange Kur. Auf jeden Fall war es ihm viel wichtiger, Krankheiten vorzubeugen als sie zu heilen.

3 Schlussfolgerungen

Die Diskussion um die Fettleibigkeit im Zeitraum 1800 bis 1914 ist nicht nur durch die Fortschritte des medizinischen Kenntnisstandes gekennzeichnet, sondern sie steht in engem Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Entwicklung im Untersuchungszeitraum.

In der vorindustriellen Zeit war die Ernährung des überwiegenden Teils der (meist ländlichen) Bevölkerung durch das lokale Angebot geprägt. Es bestand vorwiegend aus Brot, Getreide, Kartoffeln und Gemüse. Armut und Hungersnöte verhinderten meist die Bildung einer Fettleibigkeit. „Obesitas“ oder „Embonpoint“ wurden als ein Zeichen für Wohlstand angesehen und nur die monströse Fettsucht problematisiert. Da eine Wohlbeleibtheit eher als erstrebenswert galt, bestand naturgemäß wenig Bedarf an einer medizinischen Auseinandersetzung mit der Adipositas, auch wenn ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und verschiedenen Gesundheitsstörungen durchaus bekannt war. Neben einer Tendenz zu Schwerfälligkeit, Schläfrigkeit und Trägheit¹⁷⁸ wurden negative Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System mit Krankheitszeichen beschrieben, die aus heutiger Sicht der Herzinsuffizienz zuzuordnen sind wie beispielsweise Herzhypertrophie und - dilatation¹⁷⁹, darüber hinaus Atemnot, Schlafapnoe¹⁸⁰ und Schlaganfall¹⁸¹. Auch wurde ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und einer verkürzten Lebenserwartung gesehen.¹⁸²

Dass eine zu reichliche Zufuhr von Nahrungsfetten zu Fettansammlungen im Körper führt, betonten viele Autoren des frühen 19. Jahrhunderts wie unter anderem Wadd (1816), Brillat-Savarin (1826), Fischer (1832) Regneller

¹⁷⁸ Vgl. WADD (1816)

¹⁷⁹ Vgl. CHAMBERS (1850)

¹⁸⁰ Vgl. WADD (1816)

¹⁸¹ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826) S. 210, Vgl. CHAMBERS (1850)

¹⁸² Vgl. REGNELLER (1839) S. 5

(1839) oder Chambers (1850). Daneben wurden zahlreiche weitere Faktoren als Ursachen einer Adipositas benannt, unter ihnen ein Überangebot an Kohlenhydraten¹⁸³ und mangelnde Bewegung¹⁸⁴, aber auch eine Prädisposition des weiblichen¹⁸⁵ oder des männlichen¹⁸⁶ Geschlechts. Zur Behandlung des Übergewichts wurde alles empfohlen, „was den Körper herunterbringt“.¹⁸⁷ Die Erfolgsaussichten einer bewussten Gewichtsreduktion wurden jedoch schon zu damaliger Zeit skeptisch bis pessimistisch beurteilt; denn von einer systematischen Vorgehensweise konnte in diesem Zusammenhang noch nicht die Rede sein.

Gegen Mitte des 19. Jahrhunderts – in Großbritannien schon deutlich früher - fand ein gravierender gesellschaftlicher Umbruch durch die Industrialisierung statt. Mit der einsetzenden Landflucht und Verstädterung sowie der Ausbildung einer Arbeiterklasse konnte die Versorgung großer Teile der Bevölkerung mit Lebensmitteln zunächst nicht Schritt halten. Gleichzeitig bildete sich ein vergleichsweise wohlhabendes Bürgertum heraus, welches die Nahrungsgewohnheiten der Oberschicht imitierte, so dass hier die Zahl Übergewichtiger anstieg. Zeitgleich etablierte sich eine wissenschaftlich begründete Ernährungsphysiologie. In Bezug auf die menschliche Ernährung wurden als grundsätzliche Nahrungsbausteine Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate identifiziert. Justus von Liebig postulierte 1842, dass tierisches Eiweiß die eigentliche Quelle menschlicher Muskelkraft sei.¹⁸⁸

Man bemühte sich vermehrt darum, die Grenzen zwischen Normal- und Übergewicht zu definieren und durch mathematische Formeln exakt zu quantifizieren. Es wurden Normen für das Körpergewicht aufgestellt und Abweichun-

¹⁸³ Vgl. CHAMBERS (1850) S. 66

¹⁸⁴ Vgl. BRILLAT-SAVARIN (1826) S. 206

¹⁸⁵ Vgl. MERTA (2003) S. 222

¹⁸⁶ Vgl. MERTA (2003) S. 222

¹⁸⁷ Vgl. KISCH (1901) S. 1

gen von der Norm als gesundheitliches Problem angesehen, so dass Versicherungen ein „Idealgewicht“ festlegten beziehungsweise Kunden nur bis zu einem bestimmten Höchstgewicht aufnahmen.¹⁸⁹ Zeitgenössische Formeln zur Berechnung des Normalgewichts wie der Broca-Index oder der Body-Mass-Index (BMI) sind bis heute bekannt und verbreitet. Der BMI wird bis heute durch die WHO als Berechnungsgrundlage für eine Klassifizierung der Adipositas empfohlen.¹⁹⁰ Allerdings bleibt unklar, ab welchem Grad der Körperfülle die Ärzte eine Therapie für indiziert hielten, da die Grenzen zwischen Normal- und behandlungsbedürftigem Übergewicht von den Ärzten des 19. Jahrhunderts nicht festgelegt wurden.¹⁹¹

Ab der Mitte des 19. Jahrhunderts flossen die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse auch in die Methodik des Abnehmens ein. Mit der so genannten „Banting-Kur“ finden wir erstmalig ein laborwissenschaftlich begründetes Diätkonzept: Es wurde nicht nur die Einschränkung des Fettkonsums empfohlen sondern auch die Reduzierung der Kohlenhydratzufuhr angeraten, um den Fettabbau zu fördern.¹⁹² Die Banting-Kur kann als Prototyp moderner Diäten angesehen werden. Es fand – auch in modifizierter Form¹⁹³ – weite Verbreitung und regte Ärzte zur Entwicklung eigener Methoden an.¹⁹⁴ Die Begleitung des Fettleibigen bei der Gewichtsabnahme sollte den Ärzten vorbehalten bleiben,¹⁹⁵ wobei Kisch kritisch anmerkte, dass die ärztliche Diagnose der Adipositas auch von den kulturellen Werten abhängig sei.¹⁹⁶

¹⁸⁸ Vgl. LIEBIG (1842)

¹⁸⁹ Vgl. CHAMBERS (1850)

¹⁹⁰ Vgl. WHO (2000), Vgl. HAUNER (2007)

¹⁹¹ Vgl. KLOTTER (1990) S. 124

¹⁹² Anm. d. Autorin: Abführmittel und flüssige Pottasche

¹⁹³ Vgl. VOGEL (1873) S. 33

¹⁹⁴ Vgl. HEYLL (2006) S. 178

¹⁹⁵ Vgl. GOLDBERG (1888) S. 7

¹⁹⁶ Vgl. KISCH (1901) S. 1

Bei der Propagierung neuer Abnehmkonzepte dürfen einigen Medizinerinnen durchaus auch pekuniäre Interessen unterstellt werden. Da Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts das Übergewicht immer noch vornehmlich in wohlhabenderen Kreisen problematisiert wurde, galt es, diese Klientel zu gewinnen: Schließlich verfügten sie über die finanziellen Mittel, um sich Ärzte, Kliniken und Kuraufenthalte leisten zu können.¹⁹⁷

Mit zunehmender Lösung der „sozialen Frage“ gegen Ende des 19. Jahrhunderts kam es in Deutschland auch für die Unterschicht zu Verbesserungen der finanziellen und beruflichen Situation und damit einhergehend zu Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten von der Nahrungszubereitung aus frischen Lebensmitteln hin zu einer industriell gefertigten „Bequemlichkeitkost“. In der Zeit zwischen 1880 und 1914 fand der Durchbruch zum modernen Massenkonsum statt. Der Verbrauch von Luxusgütern wie Kaffee und Zucker stieg ebenso an wie der vermehrte Verzehr teurer Nahrungsmittel wie Fleisch und Eier.¹⁹⁸ Diese Entwicklung beobachtete man zunächst in den Städten, da hier Geldlohn zur Verfügung stand. Die wiedergewonnene Nahrungsverfügbarkeit führte zu einer Ausweitung der Übergewichtsproblematik auf größere Teile der Bevölkerung. Begriffe wie „Corpulenz“, „Obesité“, „Adipositas“ und „Fettsucht“ kennzeichneten nun ein Übergewicht. Ende des 19. Jahrhunderts hielt auch die Kalorie als Maß des Energiegehaltes¹⁹⁹ von Lebensmitteln Einzug in die Ernährungswissenschaft und die deutschen Haushalte und machte Berechnungen des Nährstoffgehaltes einzelner Lebensmittel möglich. Auch gab es weitere Versuche, den essentiellen Nahrungsbedarf zu quantifizieren.

Es gestaltete sich jedoch schwierig, brauchbare Diätvorschriften zu etablieren, denn neue ernährungswissenschaftliche Theorien waren auf Grund einer fehlenden Vermittlungsebene zwischen Wissenschaftlern und Hausfrauen nicht

¹⁹⁷ Ebd. S. 243

¹⁹⁸ Vgl. LESNICZAK (2002) S. 193

¹⁹⁹ Vgl. CAMERER (1888)

einfach in die Praxis umzusetzen.²⁰⁰ Als allgemeingültige Ratschläge wurden in aller Regel die „Mäßigung beim Essen“ und oder die Änderung des Essverhaltens in Kombination mit regelmäßiger Bewegung empfohlen. Es begann die Pathologisierung auch des geringen Übergewichts. Die Vorsorge im Zusammenhang mit der Fettleibigkeit wurde nun nicht nur in der Ober- und Mittelschicht propagiert, sondern auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt. Es wurde immer noch eine Selbstverschuldung des fettleibigen Zustandes zu Grunde gelegt. Die Schwachen, diejenigen, die ihr Essverhalten nicht beherrschen konnten, schienen psychisch labil und wurden gesellschaftlich und moralisch verurteilt, und nur die Starken, also diejenigen, die entweder gar nicht dick geworden oder in der Lage waren, ihre Fettleibigkeit zu bekämpfen, wurden akzeptiert.²⁰¹

Die Entwicklung führte weg von der Nahrungsaufnahme zum Zwecke der Sättigung oder Bedürfnisbefriedigung hin zum ständigen Überdenken des Essverhaltens, was im weiteren Verlauf des 20. Jahrhunderts zur Entstehung von Extremen wie der Magersucht führen sollte. In unserer modernen vom Wohlstand geprägten Gesellschaft hat sich die Ernährung zur Fertignahrung bis hin zu einer Entfremdung von den Ursprungserzeugnissen entwickelt. Das führt zu einem merklichen Verlust von Kochkenntnissen, zumal das Zusammenleben in einer Familienstruktur mit Eltern, Großeltern und der damit verbundenen Weitergabe der Kenntnisse aufgehoben ist.²⁰²

Seit Ende des 19./ Beginn des 20. Jahrhunderts ist der Begriff der Fettleibigkeit vereinheitlicht, wohl deshalb, weil die Adipositas seitdem einen allgemein anerkannten Status als Krankheit in der medizinischen Wissenschaft gefunden hat. Es kam in den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zu einer Vereinheitlichung der Lehrmeinungen über die Folgen der Fettleibigkeit.

²⁰⁰ Vgl. EULNER (1972)

²⁰¹ Vgl. MERTA (2003)

²⁰² Vgl. TEUTEBERG (2002) S. 181

Die Adipositasforschung hatte sich zu einer „Einheitswissenschaft“ formiert, eine „Scientific Community“ hatte sich herausgebildet,²⁰³ die sich gewissermaßen auf das Thema Fettsucht spezialisierte.

Neben den oben angesprochenen Änderungen der medizinischen Anschauungen über das Übergewicht kam es im Untersuchungszeitraum zu gravierenden Wandlungen des herrschenden Schönheitsideals beziehungsweise der Schlankkeitsnormen. War der Embonpoint zunächst als Zeichen des Wohlstandes geschätzt, begann gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine Geringschätzung fettleibiger Menschen. Die europaweite Popularität der Banting-Kur, einer von William Harvey entwickelten Diät, löste einen „Sturm gegen das Fett“ aus und führte zur gesellschaftlichen Ahndung des Übergewichts. Slogans wie „Fettsucht macht krank“ und „Fettsüchtige sterben früh!“²⁰⁴ sollten zur Kontrolle beziehungsweise Reduktion des Körpergewichts anregen.

In der bürgerlichen Küche, zunächst geprägt von einer Nachahmung der Oberschichtgewohnheiten, wurde mit der Jahrhundertwende verstärkt die Gesunderhaltung der Familie mit Hilfe einer ausgewogenen Ernährung thematisiert.²⁰⁵ Hierbei spielten aber auch finanzielle Aspekte eine Rolle – die soziale Funktion der Frau innerhalb der Familie erweiterte sich in diesem Zusammenhang über die traditionelle Mutterrolle hinaus auf die Rolle der Hauswirtschafterin, die das Familienbudget in gesunde und schmackhafte Mahlzeiten umsetzen musste.²⁰⁶ Im Rahmen der wachsenden Anerkennung der Frau in der Gesellschaft und der Abkehr von der traditionellen Frauenrolle als Hausfrau und Mutter wurde auch die Adipositas bei Frauen zum Thema und deren ästhetische und gesundheitliche Folgen beschrieben. Erstmals wurden auch durch Über-

²⁰³ Vgl. KLOTTER (1990) S. 110

²⁰⁴ Vgl. ZIKEL (1925) S. 10

²⁰⁵ Vgl. FISCHER-DÜCKELMANN (1908)

²⁰⁶ Vgl. STEIMANN (1913)

gewicht bedingte sexuelle Störungen in die wissenschaftliche Forschung einbezogen.²⁰⁷

Wie sehr die Änderung der traditionellen Frauenrolle, die Befreiung von althergebrachten gesellschaftlichen Zwängen ebenso wie ein sich wandelndes Schönheitsideal in das Bewusstsein der Menschen vorrückten, zeigt die Forderung zur Abschaffung des Korsetts bei Frauen („Korsettkrieg“)²⁰⁸ Schultze-Naumburg bemerkte hierzu im Jahr 1902, dass sich eine Ästhetik der Zukunft nur aus einer zusammenfassenden Erkenntnis aller anatomischen, biologischen und motorischen Momente des Körpers entwickeln könne, und forderte: „Die Seele unserer gesamten Frauenkleidung muss eine andere werden.“²⁰⁹ Denn Schultze-Naumburg sah den einzigen Sinn des Korsett-Tragens darin, den Körper anders in Erscheinung zu bringen als er bei normaler Entwicklung sei, nur um einem Zerrbild des Ideals näher zu sein. „Wenn es wahr wäre, dass die Frau das Korsett zur Stütze ihrer Brüste bedürfte, so wäre jedes Korsett das Eingeständnis einer Brust, die ihre Schönheit eingebüßt hat. Denn nur Brüste, die so fest und prall sind, dass sie der Idee, sich von fremder Hilfe tragen zu lassen, spotten können, haben Anspruch auf Schönheit.“²¹⁰ Von anderer Seite wurde sogar eine gesundheitsschädliche Auswirkung des Korsetts betont. Nach Kelch erfahre „besonders der untere Theil des Brustkorbes und der Bauch [...] beträchtliche Formveränderungen“ (Abbildung 8)²¹¹. Bergdolt stellte heraus, dass in „Die Gartenlaube“ energisch vom Tragen eines Korsetts abgeraten und statt dessen eine kräftigende Lungengymnastik empfohlen werde.²¹² Diese Neuerung kennzeichnete auch das neue Schlankheitsbewusstsein. Die „Erlan-

²⁰⁷ Vgl. KISCH (1888)

²⁰⁸ Vgl. PFISTER (2006) S. 5

²⁰⁹ Vgl. SCHULTZE-NAUMBURG (1902) S. 38

²¹⁰ Ebd.

²¹¹ Vgl. KELCH (1898) S. 465

²¹² Vgl. BERGDOLT (1999)

gung schlanker Hüften“ und die „Beseitigung des Fettleibes“²¹³ wurden zu erstrebenswerten Zielen, die man nun auch mit der Unterstützung erster Gymnastikschulen zu erzielen versuchte.

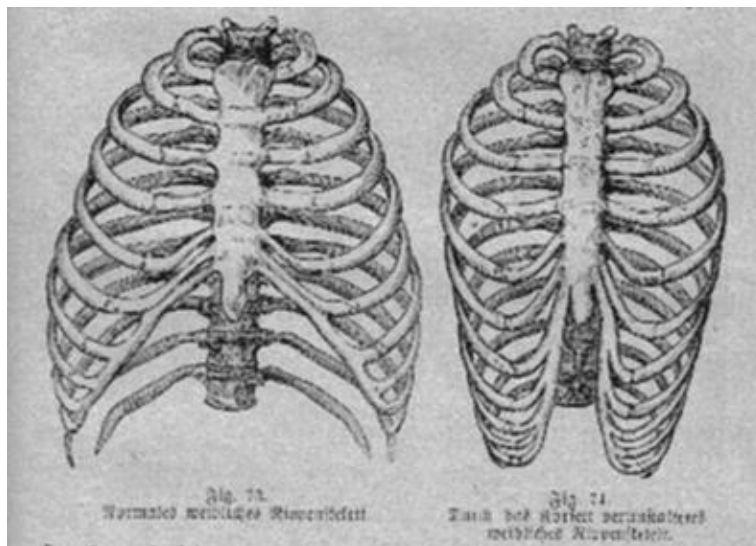


Abbildung 8: Normales Rumpfskelett (links) und Deformationen des Rumpfskeletts durch das Tragen eines Korsetts (Kelch 1898)

Die Entwicklung des bis heute nicht nur bei Frauen weit verbreiteten – teilweise vehement geforderten – Wunsches nach einer Idealfigur fasst Klotter folgendermaßen zusammen. Er stellte die Hypothese auf, dass sich „die Schlankheitsnorm in dem Augenblick radikalisierte, als in den Industrieländern die Epoche begann, in der es im Prinzip der gesamten Bevölkerung vergönnt war, sich regelmäßig satt zu essen, also seit ca. 100 Jahren [...]“²¹⁴ Seiner Meinung nach fungiere die Schlankheitsnorm als Gegensteuerung zu der evolutionären Programmierung, d.h. zu dem Gebot, essen zu müssen, sobald es etwas zu essen gebe.²¹⁵

²¹³ Vgl. WOHLFARTH (1908)

²¹⁴ Vgl. KLOTTER (2008) S. 27

²¹⁵ Ebd.

An dieser Stelle schließt sich ein Kreis vom 19. Jahrhundert bis in die heutige Zeit, denn schon 1850 hatte Chambers²¹⁶ auf einen Zusammenhang zwischen Korpulenz und sich wandelnder Lebenssituation hingewiesen, so dass beispielsweise Veränderungen im Berufsleben, in der Ehe oder Schwangerschaft bei vorhandener Disposition zur Adipositas führen können. Diese Beobachtungen reflektieren, dass „die Art und Weise der Ernährung ein zentrales Steuerungsmoment des persönlichen Lebensstils bildet. Gesunde Ernährung ist weit mehr als die materielle technische Zufuhr von Nährstoffen. Sie ist zugleich ein Mittel zur Gestaltung aller Daseinsbereiche. Der alte Begriff ‚Lebens-Mittel‘ hat einen sehr viel tieferen Sinn, der viele Jahrhunderte allen Menschen konkret vor Augen stand.“²¹⁷

In heutiger Zeit verfügen wir über ein detailliertes Wissen über Nahrungsmittel und Ernährung, und die Grundprinzipien zur Erhaltung einer schlanken Figur auf gesundem Wege – wenig Fett, wenig Alkohol, viel frisches Gemüse und Obst, ausreichend Bewegung – sind hinreichend bekannt. Dennoch haben dementsprechende Empfehlungen von Ärzten, Ökotonophologen und Ernährungsberatern bei der Mehrheit der stark übergewichtigen Bevölkerung bis heute tatsächlich wenig bis fast nichts bewirkt. Aus dem derzeit geltenden Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) geht hervor, dass aktuell 68% der Männer und 50% der Frauen zwischen 14 und 80 Jahren übergewichtig sind und die Ernährungssituation bei Kindern besorgniserregend ist: Es werden insgesamt ca. 15 % der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig und etwa 6 % hiervon als adipös eingestuft. Der mit der Industriellen Revolution in Deutschland begonnene Trend zur Fettleibigkeit hält folglich bis in die heutige Zeit an, und bedarf weiterer Forschung und der Entwicklung neuer Strategien, um die in den letzten 100 Jahren gewonnenen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse für die veränderten Lebensgewohnheiten des modernen Menschen des 21. Jahrhunderts praktikabel umsetzen zu können.

²¹⁶ Vgl. CHAMBERS (1850)

²¹⁷ Vgl. TEUTEBERG (2002) S. 181

4 Literaturverzeichnis

BANTING (1863)

Banting, William, Letter on corpulence, addressed to the public. London
[Reprint in: Obesity Research 1, 1993, 153-163], 1869

BARLÖSIUS (1999)

Barlösius, Eva, Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung, Weinheim 1999

BÉCLARD (1848)

Béclard, Jules, Lettre à Mr. Dumas. [zit. in: Dr. Canstatt und Dr. Eisenmann, Jahresbericht über die Fortschritte des gesamten Medzin in allen Ländern im Jahre 1848, Erlangen, S. 36], 1848

BELLISARI (2008)

Bellisari, A., Evolutionary origins of obesity, in: Obes Rev 9 (2008), S. 165-180

BERGDOLT (1999)

Bergdolt, Klaus, Kinderheilkunde in der Gartenlaube 1885-1914, Köln 1999

BOERHAAVE (1780)

Boerhaave, Hermann, Physiologie. Übersetzt und mit Zusätzen vermehrt von D. Johann Peter Eberhard. Zweite verbesserte Auflage, Halle 1780

BRAY (1990)

Bray, G. A., Obesity: historical development of scientific and cultural ideas, in: International Journal of Obesity 14 (1990), S. 909-926

BRILLAT-SAVARIN (1826)

Brillat-Savarin, Jean-Anthelme, Physiologie du gout. [Nachdruck der deutschen Übersetzung "Physiologie des Geschmacks" von 1865, Salzwasser-Verlag, Bremen, 2010], Lausanne 1826

BUNGE (1887)

Bunge, Gustav von, Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. In zwanzig Vorlesungen für Ärzte und Studierende, Basel 1887

CAMERER (1888)

Camerer, Wilhelm, Zuckerharnruhr, Korpulenz, Gicht und chronische Nierenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden und diätetischen Behandlung, Tübingen 1888

CARUS (1858)

Carus, Carl Gustav, Symbolik der menschlichen Gestalt. Ein Handbuch zur Menschenkenntniß. 4. Aufl., Dresden 1858

CHAMBERS (1850)

Chambers, Thomas King, The Gulstonian Lectures. Delivered before the President and Fellow of the College of Physicians, April, 1850. "On corpulence". Reprint in: Obesity Research 1 (1993), S. 57-84, 1850

CHARCOT (1881)

Charcot, Jean Martin, Clinical lectures on senile and chronic diseases, London 1881

CONTI (2004)

Conti, A. A., Lippi, D., Gensini, G. F., Obesity and nutritional behavior within a historical perspective, in: Minerva Gastroenterologica et Dietologica 50 (2004), S. 171-177

DACOME (2005)

Dacome, Lucia, Useless and pernicious matter. Corpulence in eighteenth century England. in: Forth, C. E., Carden-Coyne, A. (Hrsg.): Cultures of the abdomen. Diet, digestion, and fat in the modern world, Basingstoke 2005, S. 185-204

DAVIDIS (1879)

Davidis, Henriette, Praktisches Kochbuch für die gewöhnliche und feinere Küche. Zuverlässige und selbstgeprüfte Rezepte zur Bereitung der verschiedenartigsten Speisen und Getränke, zum Einmachen und eine Hinweisung auf schnell zu machende Speisen, Berlin und Leipzig 1879

DE ONIS (2010)

de Onis, M., Blossner, M., Borghi, E., Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children, in: American Journal of Clinical Nutrition 92 (2010), S. 1257-1264

EBSTEIN (1882)

Ebstein, Wilhelm, Die Fettleibigkeit (Corpulenz) und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsätzen, Wiesbaden 1882

EKNOYAN (2006)

Eknoyan, Gabared, A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad, in: Advances in Chronic Kidney Disease 13 (2006), S. 421-427

EULNER (1972)

Eulner, Hans-Heinz, Die Lehre von der Ernährung im Universitätsunterricht. in: Heikschel-Artelt, Edith (Hrsg.): Ernährung und Ernährungslehre im 19. Jahrhundert, Göttingen 1972, S. 80-92

FISCHER (1832)

Fischer, A. Fr., Prüfende Blicke auf das Embonpoint der Männer und Frauen. Oder: Über Ursache, Wesen und Heilart der krankhaften Dickleibigkeit und Körperfülle, Nürnberg 1832

FISCHER-DÜCKELMANN (1908)

Fischer-Dückelmann, Anna, Die Frau als Hausärztin. Ein ärztliches Nachschlagebuch der Gesundheitspflege und Heilkunde in der Familie mit besonderer Berücksichtigung der Frauen- und Kinderkrankheiten, Geburtshilfe und Körperpflege, Stuttgart 1908

FORTH (2005)

Forth, C. E., Carden-Coyne, A., Cultures of the abdomen. Diet, digestion, and fat in the modern world, Basingstoke 2005

GEIST (1860)

Geist, Lorenz, Klinik der Greisenkrankheiten, Erlangen 1860

GOLDBERG (1888)

Goldberg, Adolph, Über Fettleibigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Wesens und Werthes ihrer Behandlung nach Banting, Ebstein und Oertel, Würzburg 1888

GRAEFE (1821)

Graefe, C. F., Fall einer lebensgefährlichen, glücklich geheilten Fettsucht, in: Journal der Chirurgie und Augenheilkunde 9 (1826), S. 367-393

GUERRINI (2000)

Guerrini, A., Obesity and depression in the enlightenment. The life and times of George Cheyne, Norman 2000

HASLAM (2007)

Haslam, D., Obesity: a medical history, in: Obesity Reviews 8 Suppl 1 (2007), S. 31-36

HAUNER (2007)

Hauner, H., Buchholz, G., Hamann, A., Husemann, B., Koletzko, B., Liebermeister, H., Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wirth, A., Wolfram, G., Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie, Düsseldorf 2007

HEYLL (2006)

Heyll, U., Wasser, Fasten, Luft und Licht. Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland, Frankfurt 2006

HILL (1889)

Hill, William, On some causes of backwardness and stupidity in children, in: British Medical Journal 2 (1889), S. 771-772

HIRSCHFELDER (2002)

Hirschfelder, Günther, Der Mythos vom Elendstrinken. Die Realität der frühen Fabrikarbeiterschaft im Raum Aachen 1750-1850, in: Der Bürger im Staat 52 (2002), S. 219-225

HUTCHINSON (1846)

Hutchinson, John, On the capacity of lungs, and on the respiratory functions, with a view of establishing a precise and easy method of detecting disease by the spirometer, in: Medico-chirurgical transactions 29 (1846), S. 139-153

JAEGER (1821)

Jaeger, Georg Friederich, Vergleichung einiger durch Fettleibigkeit oder colossale Bildung ausgezeichnete Kinder und einiger Zwerge, Stuttgart 1821

JÜRGENSEN (1905)

Jürgensen, C., Über die Erziehung des Arztes zu diätetischer Therapie, in: Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie 8 (1905), S. 309-325

KEIL (1866)

Keil, Ernst (Hrsg.), Die Gartenlaube. Illustriertes Familienblatt., Leipzig 1866

KELCH (1898)

Kelch, A., Der Weg zur Schönheit. Anleitung zur möglichst vollkommenen Ausgestaltung des menschlichen Körpers, Berlin 1898

KELLY (2008)

Kelly, T., Yang, W., Chen, C. S., Reynolds, K., He, J., Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030, in: International Journal of Obesity 32 (2008), S. 1431-1437

KISCH (1888)

Kisch, Enoch Heinrich, Über den Einfluss der "Fettleibigkeit" auf Krankheiten der weiblichen Sexualorgane, in: Berliner Klinische Wochenschrift 20 (1888), S. 218-220

KISCH (1901)

Kisch, Enoch Heinrich, Über Entfettungskuren, Hoffmann 1901

KISCH (1908)

Kisch, Enoch Heinrich, Fettleibigkeit und Fettsucht, in: Würzburger Abhandlungen 1 (1908), S. 115-126

KLOTTER (1990)

Klotter, C., Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem. Zur Geschichtlichkeit des Übergewichts., Heidelberg 1990

KLOTTER (2008)

Klotter, C., Von der Diätetik zur Diät - Zur Ideengeschichte der Adipositas. in: Schmidt-Semisch, H., Schorb, F. (Hrsg.): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas, Wiesbaden 2008, S. 21-34

KRYGER (1985)

Kryger, Meir, H., Fat, sleep, and Charles Dickens: Literary and medical contributions to the understanding of sleep apnea., in: Clinics in Chest Medicine 6 (1985), S. 555-562

LEE (2009)

Lee, Y. S., The role of genes in the current obesity epidemic, in: Annals of the Academy of Medicine, Singapore 38 (2009), S. 45-43

LESNICZAK (2002)

Lesniczak, Peter, Ländliche Kost und städtische Küche. Die Verbürgerlichung der Ernährungsgewohnheiten zwischen 1880 und 1930, in: Der Bürger im Staat 52 (2002), S. 193-199

LIEBIG (1842)

Liebig, Justus von, Die Thierchemie oder die organische Chemie in ihrer Anwendung auf Physiologie und Pathologie, Gießen 1842

LION (1864)

Lion, Adolf, Allgemeine Gesundheitspflege des Menschen oder fassliche Belehrung über den Bau, die Tätigkeit und die Krankheiten des menschlichen Körpers, Berlin 1864

LUMMEL (2002)

Lummel, Peter, Berlins nimmersatter Riesenbauch. Die Lebensmittelversorgung einer werdenden Weltstadt, in: Der Bürger im Staat 52 (2002), S. 252-258

MAASS (1895)

Maass, O., Die Schweninger-Kur. Diätetische und Entfettungskuren v. Prof. Dr. Oertel in München. Wesen und Ursachen der Fettsucht, Berlin 1895

MARTIN (1907)

Martin, Dora, Diätetische Kochkurse, in: Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie 10 (1907), S. 591-597

MERTA (2003)

Merta, Sabine, Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult: Diätkost und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensformen 1880-1930, Stuttgart 2003

MOLESCHOTT (1850a)

Moleschott, Jakob, Die Physiologie der Nahrungsmittel. Ein Handbuch der Diätetik (F. Tiedemann's Lehre von dem Nahrungsbedürfniss, dem Nahrungstrieb und den Nahrungsmitteln des Menschen, Darmstadt 1850

MOLESCHOTT (1850b)

Moleschott, Jakob, Lehre der Nahrungsmittel für das Volk, Erlangen 1850

NOORDEN (1910)

Noorden, Carl von, Die Fettsucht, Wien und Leipzig 1910

OLIVER (2006)

Oliver, J. E., Fat politics: the real story behind America's obesity epidemic, Oxford 2006

PFISTER (2006)

Pfister, C., Staub, K., Die Geburt des Schlankheitsideals, in: Tabula 3 (2006), S. 4-7

PIGEOT (2010)

Pigeot, I., Buck, C., Herrmann, D., Ahrens, W., Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Die weltweite Situation, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53 (2010), S. 653-665

REGNELLER (1839)

Regneller, G. D., Die Fettleibigkeit und Magerkeit, ihre Ursachen und ihre gründliche Heilung durch Diät und andere Mittel, Quedlinburg und Leipzig 1839

SANDER (1878)

Sander, Henriette, Neues praktisches Kochbuch für die gewöhnliche und feinere Küche, Hannover 1878

SCHEINDLIN (2008)

Scheindlin, S., Obesity, body image and diet drugs: 100 years of change, in: Molecular Interventions 8 (2008), S. 64-69

SCHLEGEL-MATTHIES (2002)

Schlegel-Matthies, Kirsten, Liebe geht durch den Magen - Mahlzeit und Familienglück im Wandel der Zeit, in: Bürger im Staat 52 (2002), S. 208-212

SCHOLZ (1883)

Scholz, F., Die Physiologie des Menschen als Grundlage einer naturgemäßen Gesundheitslehre, Leipzig 1883

SCHRÖDER (1851)

Schröder, Mathilde, Die geschickte rheinische Köchin. Neues auf Erfahrungen gegründetes Kochbuch für die bürgerliche und feinere Küche, Wesel 1851

SCHULTZE-NAUMBURG (1902)

Schultze-Naumburg, Paul, Die Kultur des weiblichen Körpers als Grundlage der Frauenkleidung, Leipzig 1902

SCHWARTZ (1986)

Schwartz, H., Never satisfied. A cultural history of diets, fantasies and fat., New York - London 1986

SOPP (1912)

Sopp, Anton, Fettleibigkeit, ihre Ursachen, Gefahren und Bekämpfung, Würzburg 1912

STEARNS (1997)

Stearns, P. N., Fat history. Bodies and beauty in the modern West, New York - London 1997

STEIMANN (1913)

Steimann, Antonie, Die tüchtige Hausfrau. Ein praktisches Nachschlagebuch, Stuttgart und Wien 1913

STOLBERG (2011)

Stolberg, M., Abhorreas pinguidinem. Fat and obesity in early modern medicine (c. 1500-1750), in: Studies in History and Philosophy of Science (Manuskript eingereicht) (2011), S.

TAPPE (2002)

Tappe, Heinrich, Alkoholverbrauch in Deutschland. Entwicklung, Einflussfaktoren und Steuerungsmechanismen des Trinkverhaltens im 19. und 20. Jahrhundert, in: Der Bürger im Staat 52 (2002), S. 213-218

TEUTEBERG (2002)

Teuteberg, Hans Jürgen, Der essende Mensch zwischen Natur und Kultur, in: Der Bürger im Staat 52 (2002), S. 179-187

THILO (1902)

Thilo, Otto, Bewegung als Heilmittel, in: Die Gartenlaube 1/1902 (1902), S. 35-39

THOMS (1995)

Thoms, Ulrike, Dünn und dick, schön und häßlich. Schönheitsideal und Körpersilhouette in der Werbung 1850-1950. in: Wischermann, C., Borscheid, P. (Hrsg.): Werbung in der Konsumgesellschaft des 19. und 20. Jahrhunderts, Stuttgart 1995, S. 242-281

THOMS (2000)

Thoms, Ulrike, Körperstereotype. Veränderungen in der Bewertung von Schlankeit und Fettleibigkeit in den letzten 200 Jahren. in: Wischermann, C., Haas, S. (Hrsg.): Körper mit Geschichte. Der menschliche Körper als Ort der Selbst- und Weltdeutung, Stuttgart 2000, S. 281-307

THOMS (2002a)

Thoms, Ulrike, Krankenhauskost. Krankenhausverpflegung im Wandel der Zeit, in: Der Bürger im Staat 52 (2002), S. 243-246

THOMS (2002b)

Thoms, Ulrike, Essen in der Arbeitswelt. Kantinen in Deutschland von 1850 bis heute, in: Der Bürger im Staat 52 (2002), S. 238-242

TOLDT (1870)

Toldt, Carl, Beiträge zur Histologie und Physiologie des Fettgewebes, Wien 1870

TRAUBE (1867)

Traube, Ludwig, Symptome der Krankheiten des Respirations- und Circulationsapparates, Berlin 1867

UMMEN (1912)

Ummen, B., Die Esssucht und ihre schädlichen Folgen für die körperliche und geistige Gesundheit, Freiburg 1912

VOGEL (1873)

Vogel, Julius, Corpulenz: Ihre Ursachen, Verhütung und Heilung durch einfache diätetische Mittel: Auf der Grundlage des Banting-Systems, Berlin 1873

VOIT (1868)

Voit, Carl von, Theorien der Ernährung der thierischen Organismen, München 1868

VOIT (1881)

Voit, Carl von, Physiologie des allgemeinen Stoffwechsels und der Ernährung. (Band 6. 1. Abteilung von Hermanns Handbuch der Physiologie), Leipzig 1881

WADD (1816)

Wadd, William, Cursory remarks on corpulence or obesity considered as a disease, London 1816

WADD (1839)

Wadd, William, Die Corpulenz (Fettleibigkeit) als Krankheit, ihre Ursachen und ihre Heilung, Weimar 1839

WELLS (1898)

Wells, William, Some nervous and mental manifestations occurring in connection with nasal disease, in: The American Journal of the Medical Sciences 71 (1898), S. 677-682

WELLS (2006)

Wells, J. C., The evolution of human fatness and susceptibility to obesity: an ethological approach, in: Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society 81 (2006), S. 183-205

WHO (2000)

WHO, Obesity: preventing and managing the global epidemic. (WHO Technical Report Series 894), Genf 2000

WIEGELMANN (2005)

Wiegelmann, Günter, Teil II: Volkskundliche Studien zum Wandel von Speisen und Mahlzeiten. in: Teuteberg, Hans Jürgen, Wiegelmann, Günter (Hrsg.): Nahrungsgewohnheiten in der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts. 2. Aufl., Münster 2005, S. 222-373

WOHLFARTH (1908)

Wohlfarth, Das neue Verfahren zur Wiedererlangung schlanker Hüften und zur Beseitigung des Fettleibes, Berlin-Werder 1908

ZIKEL (1925)

Zikel, Heinz., Neue Esskunst für "Dicke" und "Dünne", Aachen 1925