

Der dicke Körper und sein Konsum im Visier von Wissenschaft und Politik in der DDR und der BRD

Ulrike Thoms

ABSTRACT

The Fat Body and his Consumption in the Focus of Science and Politics in GDR and FRG

In modern society, speaking about the body includes speaking about virtues like responsibility, discipline, efficiency and rationality as foundations of western societies. Insofar, the fat body is a political problem. The paper reconstructs the history of overweight in the GDR and FRG, which both had to face the problem. It analyses the discourse in regard to its function as an indicator of political communication. Doing so, it works out, how overweight was rated on both sides of the wall and which alternative models of consumption were developed and realized.

Schon seit Jahren steht das Thema Übergewicht im Zentrum gesellschaftlicher Diskussionen. Die Bedeutung des Körpers als Mittelpunkt der gesellschaftlichen Auseinandersetzungen um Übergewicht beruht letzten Endes auf seiner Doppelrolle: Insofern für seinen Bedarf an Nahrung zu sorgen ist, ist er einerseits Ziel staatlicher Aktivität. Andererseits ist er Mittel staatlichen Handelns, da der Staatskörper auf den individuellen Körpern ruht, die ge- und verbraucht werden, um den Staats- wie den Volkskörper am Leben zu erhalten.¹ Damit geht jedes Sprechen über Körper über den Bereich des eigentlich

1 Zu den Körperanalogien zwischen Staat und menschlichem Körper: M. Lorenz, *Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte*, Tübingen 2000, S. 104 ff., zur Vorstellung des Volkskörpers: M. Pieper, *Der Körper des Volkes und der gesunde Volkskörper*. Johann Peter Franks „System einer vollstaendigen medizinischen Polizey“, in: *Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 46 (1988), S. 97-119 sowie M. Föllmer, *Der „kranke Volkskörper“*. Industrielle, hohe Beamte und der Diskurs der nationalen Regeneration in der Weimarer Republik, in: *Geschichte und Gesellschaft* 27 (2001), S. 41-67.

Körperlichen hinaus. Der dicke Körper stellt wesentliche Grundlagen und Tugenden des modernen Staatsbürgers, wie Verantwortungsfähigkeit, Disziplin, Effektivität und Rationalität, in Frage. Schon die Breite der Diskussion, die Präsenz des Themas in den Massenmedien sowie die fraglose und weithin geteilte Akzeptanz zentraler Grundannahmen qualifiziert den dicken Körper als politisches Problem. Wie zu zeigen sein wird, war dies nach Ende des Zweiten Weltkriegs keineswegs ausgemacht. Die damalige Ernährungslage und deren Entwicklungsaussichten sprachen jedenfalls nicht dafür. Gerade weil in den verschiedenen Besatzungszonen und später in der DDR und BRD sehr verschiedene Konsum- und gesundheitspolitische Konzepte entwickelt wurden, erscheint es lohnend, den Übergewichtsdiskurs in beiden deutschen Staaten im Hinblick auf seine Rolle als Indikator politischer Kommunikation vergleichend zu untersuchen. Dazu wird im folgenden zunächst kurz die Ausgangssituation um 1945 skizziert, um dann die Problematik des Körpergewichts in Ost und West zu verfolgen. Anschließend werde ich die Frage nach alternativen Modellen des Konsums stellen, wie sie über die Ernährungsaufklärung vermittelt bzw. über den Markt der kalorienreduzierten Nahrungsmittel und Schlankheitspillen faktisch geschaffen wurden. Abschließend ist kritisch zu fragen, ob nicht auch der überreichliche Konsum bzw. die Modelle eines anderen Konsums letztlich politische Haltungen transportieren und also jene Indikatorfunktion haben, die im Mittelpunkt dieses Heftes stehen.

1. Die Entwicklung des Übergewichtsdiskurses in Ost und West

Bekanntlich war der ernährungspolitische Ausgangspunkt der Nachkriegssituation zunächst in allen Besatzungszonen ähnlich. Knappheit bestimmte den Alltag wie auch politische Diskussionen.² Die Alliierten engagierten sich in ganz verschiedenem Ausmaß für die Lebensmittelversorgung, entsprechend veränderte sich die Ernährungssituation in den verschiedenen Besatzungszonen in unterschiedlichem Tempo, wobei die amerikanische und englische Zone Vorreiter waren, während die sowjetische Zone Nachzügler bei Verbesserungen war.³ Die britischen und amerikanischen Militärärzte und Besatzungsbehörden verfolgten die Entwicklung des Körpergewichts ebenso gespannt wie deutsche Gesundheitsämter und Forschungseinrichtungen wie das Dortmunder Institut für Arbeitsphysiologie.⁴ Dabei zeigte sich, dass das seit 1943 um einige Kilos gesunkene Körpergewicht seit 1948 wieder anstieg.⁵

2 R. Gries, Die Rationengesellschaft. Versorgungskampf und Vergleichsmentalität. Leipzig, München und Köln nach dem Kriege, Münster 1991.

3 Siehe die entsprechenden Kalorienwerte der Rationen bei M. Boldorf, Sozialfürsorge in der SBZ 1945–1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegsarmut, Stuttgart 1998, S. 80.

4 Dazu A. Dinter, Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg, Berlin 1999.

5 E. Meier, Über die Variation von Körpergrößen und Körpergewichten bei Erwachsenen nach Untersuchungen an der Berliner Bevölkerung, Archiv für Hygiene 140 (1956), S. 304–306.

Schon 1953 problematisierte ein Artikel in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift das Problem der Adipositas als Folge dieser Entwicklung. Da die Mediziner mit der Zwangsdiet während der beiden Weltkriege einen Rückgang der Diabetikerzahl konstatiert hatten, erwarteten sie jetzt besorgt ihren erneuten Anstieg.⁶ Die DDR hatte das besondere Problem, dass die Insulin produzierenden pharmazeutischen Firmen sämtlich im Westen lagen. Daher hing die Versorgung der ostdeutschen Diabetiker bis in die siebziger Jahre von Arzneimittelimporten ab. Schon deswegen war man interessiert, die Zahl der insulinpflichtigen Diabetiker gering zu halten. Derartige ökonomische Zwänge wurden im Westen nicht thematisiert. Hier verteidigten die Ärzte ihre angestammte Therapiefreiheit und das Recht der Patienten auf individuelle Therapie schon aus standespolitischen Gründen, während die Selbsthilfeorganisationen ihren Anspruch auf gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung formulierten. Dieser Anspruch schloss die Verfügbarkeit von speziellen Nahrungsmitteln zu akzeptablen Preisen ebenso ein wie die steuerliche Abzugsfähigkeit von Mehraufwendungen für die teure Diabetesdiät.⁷ Hinzu kam ein weiterer Unterschied: Im Rückgriff auf die Sozialhygiene der Weimarer Republik schrieb die Verfassung der DDR Gesundheitsschutz und -pflege als Staatsaufgaben fest.⁸ Die Volksgesundheit galt als Resultat der Wechselwirkungen zwischen den individuellen Anlagen und den Lebensbedingungen; entsprechend wurde von der sozialistischen Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung eine Optimierung des Gesundheitszustands erwartet. Auch wenn dies durch die ökonomischen Beschränkungen faktisch Utopie blieb, bestimmte diese Vision die Leitlinie gesundheitspolitischen Handelns in der DDR, das wie die Wirtschaft zentraler Planung unterlag. Deren Grundlage war die permanente Beobachtung aktueller Entwicklungen. Entsprechend großen Stellenwert nahm eine möglichst umfassende Statistik ein: Schon 1952/53 wurde das nationale Krebsregister eingerichtet, 1958 folgte das der Diabetiker. Dergleichen wurde im Westen strikt abgelehnt. Planung und Sozialhygiene galten als durch den Nationalsozialismus diskreditiert, ebenso die flächendeckende Erfassung und Überwachung der Bürger.⁹ Demzufolge wurden die Grundlagen für eine überindividuelle Gesundheitspolitik erst spät geschaffen, das Gesundheitsministerium erst 1961 errichtet. Zudem blieb Prävention weitgehend auf die individuelle Früherkennung von Krankheiten beschränkt und die Sozialmedizin hatte es angesichts der naturwissenschaftlichen Dominanz lange schwer.¹⁰ In der BRD wurden erst in den siebziger Jahren repräsentative epidemiologische Studien zum Körpergewicht und seinem Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit

6 F. Grosse-Brockhoff, Die Bedeutung der Adipositas als Krankheitsursache, ihre Therapie und Prophylaxe, Deutsche Medizinische Wochenschrift 78 (1953), S. 399-402, 435-439.

7 S. Roth, Entwicklung und Aufgaben des Deutschen Diabetiker-Bundes, med. Diss., Düsseldorf 1993. S. 11 ff.

8 Vgl. G. Moser, „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 2002.

9 Zur Diskussion A. v. Elling/M. Wunder, Krebsregister. Erfassung als Politik, Hamburg 1986.

10 R. Rosenbrock, Wa(h)re Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik seit den sechziger Jahren, in: S. Roeßiger/H. Merk (Hrsg.): Hauptsache Gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation, Marburg 1998, S. 202-216.

durchgeführt. Bis dahin verließ man sich weitgehend auf die umfangreichen, ungeheuer populär gewordenen Erhebungen vornehmlich amerikanischer Lebensversicherungen, die seit Beginn des 20. Jahrhunderts das Risikofaktorenmodell entwickelt hatten, um ihre Versicherungsprämien zu berechnen und Bewerber mit zu hohen Krankheitsrisiken von der Versicherung ausschließen zu können. In diesem Zusammenhang waren auch Normgrößen für das Normal- und Optimalgewicht entwickelt worden. Dem amerikanischen Modell folgend waren Konsumententscheidungen Angelegenheiten des Einzelnen, was im Übrigen auch die Entwicklung der bundesdeutschen Ernährungsaufklärung nachhaltig prägte. Sie war auf einen Konsumenten orientiert, der sich auf durchweg rationaler Grundlage entscheidet.¹¹ In der DDR gehörte dieses rationale Element zu den Anforderungen an die „sozialistische Persönlichkeit“, wodurch Konsumententscheidungen per se eine politische Komponente hatten.

Bekanntlich waren in der DDR die Spielräume für Konsumententscheidungen begrenzter als in der BRD. Eckpunkte der Konsumententwicklung wurden auf höchster politischer Ebene festgelegt und den allgemeinen politischen Zielen untergeordnet. So war auf dem ersten SED-Parteitag 1947 die Kopplung von Leistungserbringung an die Verbesserung der Lebensbedingungen zur Leitlinie der Konsumpolitik erhoben worden. Allerdings gelang es nicht, dieses Vorhaben auch umzusetzen. Die SED musste im Zusammenhang mit den Ereignissen des 17. Juni 1953 erkennen, dass sie die politische Sprengkraft der Unzufriedenheit der Bevölkerung mit der Konsumlage unterschätzt hatte. In der Folgezeit sah sie daher vor allem darauf, die Ansprüche zumindest soweit zu bedienen, dass Unzufriedenheit und damit die Flüchtlingszahlen nicht weiter stiegen. Aus diesem Grund spielten Vergleiche zwischen dem Konsumniveau der BRD und der DDR in der politischen Diskussion des Konsums eine zentrale Rolle und zwar insbesondere nach dem V. Parteitag der SED 1958. Hier war die Losung ausgegeben worden, der Pro-Kopf-Verbrauch der werktätigen Bevölkerung an Lebensmitteln solle bis 1961 das westdeutsche Niveau erreichen und übertreffen. Kaum war dies ausgesprochen, wies das Statistische Jahrbuch auch schon die Erfüllung dieser Vorgabe nach.¹² Demnach lag der rechnerische Pro-Kopf-Verbrauch an Nahrungsmitteln mit Ausnahme von Margarine, Käse und pflanzlichen Ölen bereits auf der Höhe des westdeutschen Konsums oder sogar leicht darüber.

Vereinzelte gab es in den fünfziger Jahren auch im Westen noch Zweifel, ob die Kalorienversorgung ausreiche,¹³ doch warnten schon Artikel der ersten bundesdeutschen ernäh-

11 Vgl. U. Thoms, Learning from America? The Travels of German Nutritional Scientists to the USA in the Context of the Technical Assistance Program of the Mutual Security Agency and its Consequences for West German Nutritional Policy, in: *Food & History* 2 (2005), S. 117-151, Zur Entwicklung des Konsumentenleitbildes in der Bundesrepublik jetzt N. Gasteiger, Der Konsument. Verbraucherbilder in Werbung, Konsumkritik und Verbraucherschutz 1945–1989, Frankfurt a. M./New York 2010, S. 35-67.

12 Statistisches Jahrbuch der DDR 1958, S. 598.

13 F. Wirz, Uns fehlen Kalorien. Ernährungsverbesserung in Theorie und Praxis, *Ernährungs-Umschau* 1 (1954), S. 53-54; H. Bramsel, Garantieren die Durchschnittsergebnisse der Erhebung von Wirtschaftsrechnungen, die das Statistische Bundesamt 1958 in Indexfamilien durchgeführt hat, eine vollwertige Ernährung?, in: *Nutritio et dieta* 5 (1963), S. 120-132.

zungswissenschaftlichen Zeitschriften vor zu hohem Fettverbrauch.¹⁴ Ähnlich verwies auch das ostdeutsche Institut für Ernährung schon 1958 auf die gesundheitlichen Folgen der reichlichen Kost. Diesen Warnungen schloss sich das Institut für Bedarfsforschung unmittelbar nach seiner Gründung im Jahr 1961 an. Seine Aufgabe bestand in der Beobachtung des Konsumverhaltens, um Warenströme besser lenken zu können. Dies belegt die Bedeutung, die die Machthaber dem Konsumenten zumaßen und zeigt deren Willen zur Änderung der unbefriedigenden Situation.

Die politische Bedeutung dieser Entwicklung zeigt sich auch daran, dass Ulbricht 1963 in seiner Rede auf dem VI. Parteitag der SED auf die von übermäßigem Lebensmittelkonsum ausgehenden Gesundheitsgefahren hinwies.¹⁵ Noch galt die Ideologie, dass der Sozialist wegen seiner besonderen Einsichtsfähigkeit sowie seiner wahrgenommenen Verantwortung für den von ihm mitgestalteten Staat in seinem Konsum rationalen Motiven folgen und sich gesund ernähren werde. Zu den hedonistischen Aspekten des Verbrauchs der DDR-Bürger fanden die Chefideologen, die lange auf der Ebene eines bescheidenen Bedürfnisniveaus dachten, dagegen nur schwer Zugang. Zugleich standen sie vor dem Dilemma, dass die versprochene Verbesserung der Konsummöglichkeiten zentraler Bestandteil ihres politischen Programms war. Eine Rücknahme dieses Versprechens hätte die sozialistische Utopie einer gesetzmäßig verlaufenden, permanenten Aufwärtsentwicklung der DDR in Frage gestellt, wie sie in der Entwicklung des Konsums erlebt werden konnte. Zugleich war dieser Konsum ökonomisch nützlich, insofern er die Abschöpfung überschüssiger Kaufkraft ermöglichte und dadurch die Staatsfinanzen zu bessern half. Hier gibt es deutliche Parallelen zur Alkoholpolitik der DDR: Zwar blickte man sorgenvoll auf die enorme Steigerung des Alkoholkonsums, war aber doch auf die Steuereinnahmen erpicht und fürchtete die psychologische Wirkung von autoritären Regulierungsmaßnahmen. Deswegen wurde der Absatz von Alkoholika noch befördert, als er gesellschaftlich längst als dysfunktional erkannt war.¹⁶

Allerdings sind für die ausgehenden sechziger Jahre ein Prozess des Umdenkens und eine erhebliche Belebung des Diskurses zu verzeichnen. Offenkundig lösten die Befunde zur Entwicklung des Gesundheitszustandes regelrechte Panik aus. Hier spielten Futurologie und Prognostik eine entscheidende Rolle, die seit den sechziger Jahren weltweit in der Politik und insbesondere in der Wissenschaftspolitik Furore machten. Die ost- wie westdeutsche Problemwahrnehmung war geprägt von der vermeintlichen Rückständigkeit in Wissenschaft und Technik, der so genannten technologischen Lücke. Angesichts der begrenzten Ressourcen des Gesundheits- und Wissenschaftssystem war Prioritätensetzung das Gebot der Stunde. Mittel mussten demnach dort eingesetzt werden, wo sie die größte Wirkung in der Verbesserung von Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit

14 Bramsel, Durchschnittsergebnisse, S. 131-132; W. Heupke, Moderne Probleme der Diätetik. So manche Manager-Krankheit lässt sich verhüten, in: Ernährungs-Umschau 2 (1955), S. 1-2.

15 W. Ulbricht: Das Programm des Sozialismus und die geschichtliche Aufgabe der SED, Protokoll der Verhandlungen des VI. Parteitages der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands, 18.-21. Januar 1963 in der Werner-Seelenbinder-Halle zu Berlin, Bd. 1, S. 28.

16 Dazu T. Kochan, Blauer Würger. So trank die DDR, Berlin 2011, S. 291-313.

versprochen. Hier spielten umfangreiche statistisch fundierte Zustandserhebungen eine zentrale Rolle. So wurde in diesem politischen Zusammenhang auf westdeutscher Seite der erste, 1969 veröffentlichte Ernährungsbericht und 1971 der erste eigenständig erschienene Gesundheitsbericht publiziert. Auf ostdeutscher Seite hatten insbesondere die Arbeiten an der so genannten „Biologieprognose“ zur Erarbeitung eines entsprechenden Datenkorpus beigetragen.¹⁷

Aus diesen Arbeiten war hüben wie drüben die Zunahme der Herz-Kreislaufkrankungen bekannt. Sie wurde vornehmlich mit der überreichlichen Ernährung erklärt. Diese galt auch als Ursache für die zunehmende Zahl der Diabetiker. Für die Zukunft wurde der aus den zugrunde liegenden statistischen Daten erkennbare statistische Trend der letzten Jahre schlicht linear fortgeschrieben. Damit war die Krise da, ebenso offenkundig war die Notwendigkeit gesundheitspolitischen Handelns¹⁸ und eines Disziplinierungsprogramm, das der Gesellschaft den leistungsfähigen Bürger erhalten sollte.

Damit kamen Prävention und Prophylaxe auf die Tagesordnung, denen in der DDR eine zentrale Funktion zugeschrieben wurden. Im Gegensatz zum Westen hatte man hier sozialhygienische Bestrebungen des Nationalsozialismus fortgeführt, allerdings unter Entkleidung von eugenischem Gedankengut. Angesichts der offenkundigen Knappheit der verfügbaren Mittel wurde die Diskussion gesundheitspolitischer Maßnahmen an ökonomischen Richtwerten orientiert. Zugleich wurden die Bürger mit Krankheitsregistern und einer umfassenden Tätigkeit der ambulanten Krankenversorgung auch umfassend überwacht.¹⁹ Entsprechend suchte man auch gezielt nach bisher unentdeckt gebliebenen Diabetikern, um sie möglichst früh einer Behandlung zuzuführen und so irreparablen Spätschäden wie Erblindungen und Amputationen vorzubeugen. Anders als in der Bundesrepublik war man in der DDR daher auch bestens über die Zunahme der Diabetiker informiert. Hatte ihre Zahl noch 1960 bei rund 62,7 Fällen auf 10.000 Einwohner gelegen, betrug sie nur sieben Jahre später schon 154,4, bis 1980 erwartete man eine weitere Verdopplung.²⁰ Ausschlaggebend für den Aktionismus des Staates waren dabei nicht nur das Wohlergehen der Menschen, sondern die Kosten für den Staat. Für die Behandlung eines jeden Fettsüchtigen veranschlagte man 3000 M. Davon entstanden allein 2000 M. durch Arbeitsausfall und die Minderung des Nationaleinkommens, der Rest ging auf das Konto von Behandlung und weiterer Betreuung. Insgesamt wurden für die Behandlung der Übergewichtigen und Diabetiker jährliche Gesamtkosten in Höhe von 600

17 Siehe hierzu : A. Malycha/U. Thoms, Aufbruch in eine neue Zukunft? Prognosen für die Biowissenschaften in der DDR und der Bundesrepublik 1964–1970, in: H. Hartmann und J. Vogel (Hrsg.): Zukunftswissen. Prognosen in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft seit 1900, Frankfurt a. M. 2010, S. 107-137 und die dort angegebene Literatur.

18 Zu den Bezügen zwischen Krise und Körperkonzepten vgl. P. Diehl, Der „Neue Mensch“ gegen die Kontingenz: Utopische Körperentwürfe als Strategie der Krisenbewältigung in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus, in: H. Grunwald, M. Pfister (Hrsg.), Krisis! Krisenszenarien, Diagnosen, Diskursstrategien, München 2007, S. 158-177.

19 Vgl. z. B. A. Keck u. a., Planung und Leitung des Gesundheitswesens, Berlin 1981.

20 Vgl. Zuarbeit für die „Studie über Möglichkeiten zur gelenkten Entwicklung des Nahrungsmittelverbrauchs unter gesundheitlichen und ökonomischen Aspekten, Archiv des Deutschen Instituts für Ernährung, Potsdam-Rehbrücke, Nr. 208, Bl. 215-201, Anlage, Bl. 204.

Millionen veranschlagt, die Verringerung des Nationaleinkommens durch ernährungsabhängige Erkrankungen wurde 1970 auf fünf, 1985 bereits auf zehn Milliarden M. geschätzt.²¹ Das waren erhebliche Summen für die finanzschwache DDR.

Reihenuntersuchungen zur Schätzung der Diabetikerzahl gab es auch in der Bundesrepublik; sie gingen allerdings nicht auf die Initiative von Experten oder staatlicher Institutionen zurück, sondern auf die Förderung der pharmazeutischen Industrie, die so die Größe des höchst einträglichen und daher heiß umkämpften Marktes für Insulin und orale Antidiabetika abschätzen konnte. Auch im Übergewichtsdiskurs spielten von Wirtschaftsunternehmen und Versicherungen entwickelte Gewichtstabellen eine dominante Rolle, während am ostdeutschen Zentralinstitut für Ernährung eigene anthropometrische Messmethoden und Richtwerte erarbeitet wurden.²² Auch die „Deutsche Gesellschaft für Ernährung“ (DGE), die regelmäßig den bundesdeutschen Ernährungsbericht erstellte, hatte starke industrielle Bezüge und Interessen. Doch trotz der hohen personellen Kontinuitäten aus der Zeit des Nationalsozialismus schien den Gründungsmitgliedern der DGE eine so direktive Politik wie in der DDR ebenso unmöglich wie eine allzu große Nähe zwischen Forschung und Politik. Das von den Gründungsmitgliedern 1953/54 entwickelte und der Arbeit der DGE zugrunde gelegte Modell der Ernährungsberatung orientierte sich an den USA und deren Marktmodell.²³ Bedingt auch durch das föderale Modell hatte die Bundesrepublik wohl etliche Einrichtungen, die sich mit Ernährungsforschung befassten, doch keine zentrale Institution. Die vorhandenen Einrichtungen konzentrierten sich auf die Produktionssphäre, während es an Einrichtungen mangelte, die in sozialwissenschaftlicher Perspektive an das Problem herangingen. Daher wuchs der DGE ein offiziöser Status zu, so dass ihre Ernährungsempfehlungen allgemein anerkannt waren.

Im Gegensatz dazu verfügte die DDR von Anfang an über das „Institut für Ernährungsforschung“ in Potsdam-Rehbrücke.²⁴ Hier wurde interdisziplinäre Ernährungsforschung betrieben, die von der Lebensmittelchemie über soziologisch orientierte Ernährungserhebungen bis hin zur Erarbeitung anthropometrischer Indizes reichte, um allen Facetten des „sozioökonomischen Totalphänomens“ (Marcel Mauss) gerecht zu werden. Zugleich war die Arbeit von vornherein auf die Praxis ausgerichtet. So erarbeitete das Institut beispielsweise Rezepturen für die Gemeinschaftsverpflegung, die in der gesamten DDR bindend waren. Hier war auch das Programm „Ernährung und Leistung“ angesiedelt, das aufgrund der erwähnten „Biologieprognose“ entwickelt worden war und 1972 seine Arbeit aufgenommen hatte. In den folgenden Jahrzehnten wurde die Datenproduktion intensiviert, auf der Seite der BRD durch die periodisch erscheinenden Ernährungsberichte und schließlich auch durch größere epidemiologische Studien. Nach den Natio-

21 Ebenda, Bl. 200.

22 Siehe die Hinweise in H.-J. Zunft/M. Möhr/G. Ulbricht (Hrsg.), Zur Ernährungssituation in der DDR zwischen 1980 und 1990. Eine Materialsammlung, in: Ernährungsforschung 41 (1996), S. 79-112.

23 Dennoch finanzierte sich die DGE wesentlich aus Bundesmitteln, Thoms, Learning, S. 143 f.

24 U. Thoms, Zum Konzept der Ernährung am Deutschen Institut für Ernährungsforschung und seinen Vorläufern, in: S. Bauer u. a. (Hrsg.), Essen in Europa. Kulturelle „Rückstände“ in Nahrung und Körper, Bielefeld 2010, S. 89-112.

nenalen Verzehrsstudien ist die 1990 begonnene EPIC-Studie, die multizentrisch in ganz Europa an insgesamt 800.000 Probanden durchgeführt wird, der vorläufige Höhepunkt dieser Datensammlungen, die die Grundlage für die Entwicklung politisch umsetzbarer Gegenstrategien bilden können.²⁵ Voraussetzung für deren Realisierung war wiederum ihre Kommunikation in wissenschaftlichen wie populären Medien, um das politische Handlungsfeld abzustecken und mögliche Akteure zu mobilisieren.

2. Bekämpfungsstrategien I: Aufklärung

In beiden deutschen Staaten wurde dem Befund, dass ihre Bürger insgesamt zu viel, zu fett und zu süß aßen, das Modell eines anderen, wissenschaftlich korrekten und gesunden Konsums entgegengesetzt. Auf der normativen Ebene waren die Konturen dieses Konsums vornehmlich in Potsdam-Rehbrücke bzw. von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung formuliert und in der Öffentlichkeit vertreten worden. Die Frage war nur, wie man die Bürger auch tatsächlich dazu bringen sollte, ihre Ernährung entlang der wissenschaftlichen Verzehrsempfehlungen zu gestalten. Eine klassische Antwort auf dieses Problem war die Popularisierung von Ernährungswissen oder Ernährungsaufklärung, die auf eine lange Tradition zurückblicken konnte. In der BRD wurde diese Aufgabe vom Hauswirtschaftlichen Aufklärungs- und Informationsdienst wie der DGE wahrgenommen. Letztere bildete Ernährungsberaterinnen aus, die z. B. in Verbraucherzentralen tätig wurden. Sie bot Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer und sonstige Multiplikatoren an, um so das Wissen in Schule und Gesellschaft zu tragen. Die Mittel dazu waren klassisch: Vorträge, Publikationen und die Zeitschrift „Ernährungs-Umschau“. Hinzu kam eine ausgedehnte Pressearbeit.

In der DDR dagegen wurde auf verschiedenen institutionellen Ebenen ein umfangreiches Programm direkter Aufklärung ins Werk gesetzt, das didaktisch begleitet wurde. Schon seit Kriegsende wirkte das Institut in Potsdam entsprechend, etwa durch die Publikation von Merkblättern, Broschüren und Lehrbüchern.²⁶ Seit 1952 gab das Nationale Komitee für Gesundheitserziehung die populärmedizinische Zeitschrift „Deine Gesundheit“ mit heraus, die 1962 mit der Zeitschrift „Alles für Deine Gesundheit“ des Dresdener Hygienemuseum vereinigt wurde. Hinzu kamen zahlreiche Broschüren sowie populärwissenschaftliche Vorträge z. B. an der Berliner Urania, an denen sich auch die Mitarbeiter des Instituts für Ernährung beteiligten. Dabei profitierte die DDR enorm von der Tradition und Erfahrung des 1912 gegründeten Dresdener Hygienemuseums auf den Gebieten des Ausstellungswesens und der Lehrmittelproduktion. Seit Beginn der siebziger Jahre wurde die Systematisierung dieser Aufklärung gezielt vorangetrieben, erste „Grundrisse

25 Vgl. C. Bischof, Epidemiologische Räume der Wissensproduktion in Europa, in: S. Bauer u. a. (Hrsg.), Essen in Europa. Kulturelle „Rückstände“ in Nahrung und Körper, Bielefeld 2010, S. 113-135.

26 Vgl. nur das dort herausgegebene Lehrbuch H. Gräfe, Richtige Ernährung – gesunde Menschen. Nahrungsbedarf, Ernährungsweise und Kostpläne unter verschiedenen Lebens- und Arbeitsbedingungen, Leipzig 1967.

der Gesundheitserziehung“ erschienen.²⁷ Zudem häuften sich einschlägige Veranstaltungen für die Multiplikatoren, so dass man von einer Verdichtung des Diskurses sprechen kann. Sie fand ihren Ausdruck auch in einer raschen Reihenfolge von einschlägigen, wissenschaftlich hochrangig besetzten Tagungen zum Thema.²⁸ Begleitend zum Forschungsprogramm „Ernährung und Leistung“ hatte der Ministerrat der DDR schon am 1.3.1972 einen Beschluss „über die weitere Durchsetzung einer gesunden Ernährung sowie zur Verbesserung der Ernährungsaufklärung im Rahmen der Gesundheitserziehung in der DDR bis 1975“ gefasst. Dieser Beschluss basierte auf einem systematischen Zugriff, der sowohl die materiellen Voraussetzungen, die ökonomischen Maßnahmen zur Produktionssteigerung und (lebensmittel-)gesetzliche Rahmenregelungen, wie auch kulturell-erzieherische Regelungen einbezog. Mit letzteren waren Maßnahmen der Ernährungsaufklärung und Öffentlichkeitsarbeit durch Presse, Funk und Fernsehen sowie in Aus- und Weiterbildung gemeint. Neben den klassischen, gedruckten Medien zur Aufklärung stellte das Institut für Gesundheitserziehung des Dresdener Hygienemuseums zahlreiche Filme her wie etwa „Gewicht“ (1974), „Abnehmen“ (1975), „Dicke Kinder“ (1975) sowie unzählige Fernsehbeiträge. Über ihre gut besuchten Vorträge hinaus beteiligte sich auch die Urania an der Produktion von Bildmedien wie etwa Diareihen. Für deren Archivierung und Bereitstellung waren auf Bezirks-, Kreis- und Stadtebene sogenannte Kabinette für Gesundheitserziehung eingerichtet worden, die ebenfalls Lehrmaterialien produzierten.²⁹ Pädagogische Hochschulen arbeiteten didaktische Konzepte für den Unterricht in Gesundheitsfragen aus.³⁰ Zudem erschienen in der populärwissenschaftlichen Zeitschrift „Urania“ verschiedentlich Artikel, die die Probleme nicht nur benannten, sondern deren Zusammenhänge fundiert erklärten.³¹ Mit anderen Worten: Alle Bereiche der öffentlichen Kommunikation wurden von diesem Diskurs gezielt durchdrungen.

3. Bekämpfungsstrategien II: Ein anderer Konsum

Neben der kommunikativen Vermittlung von Ernährungswissen sollten in der DDR die erwähnten „wirtschaftlich-organisatorischen Maßnahmen“ auf Ernährungszustand und Gesundheit der Bürger einwirken. Hier wurde ein politischer Handlungsraum nicht nur

27 L. Werner, Grundriß der Gesundheitserziehung, Berlin 1973.

28 Wissenschaftliche Konferenz. Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung in der sozialistischen Gesellschaft, Ms., Dresden o.J. [1971]; Vgl. Sozialistische Ideologie und Gesundheitserziehung, Materialien des zweiten Symposiums des Instituts für Gesundheitserziehung im Deutschen Hygiene-Museum in der DDR vom 4.-6. April 1973 in Dresden, Ms. Dresden o. J. [1973].

29 Deutsches Hygiene-Museum in der DDR – Institut für Gesundheitserziehung – in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für Ernährung der Akademie der Wissenschaften, Gesunde Ernährung, Teil 2, Dresden 1979, S. 111 f.

30 Vgl. Informationen zur Theorie und Praxis der Gesundheitserziehung im einheitlichen Bildungssystem der DDR, Halle 1972 ff.

31 Etwa: D. Lohmann: Zuckerkrankheit, „Wohlstandskrankheit“, in: Urania 21 (1974), S. 481-485; G. Brüsckke, Garantien für ein langes Leben, in: Urania 19 (1972), S. 201-209.

kommunikativ besetzt, hier wurden konsumhistorisch Fakten geschaffen, die vor allem halfen, die Ströme vorhandener Nahrungsmittel zu lenken. Unter diese Maßnahmen fiel zum einen die staatliche Normierung der Gemeinschaftsverpflegung bis hin zu Rezepten. Ziel war nicht allein die Bereitstellung einer gesunden Mahlzeit in Schule oder Firma. Vielmehr sollte die dortige tägliche Mahlzeit über ihren Vorbildcharakter eine erzieherische Funktion erfüllen. Denn es wurde erwartet, dass sich die Verpflegungsteilnehmer so an die gesunde Kost gewöhnten, dass sie ihre häuslichen Kochgewohnheiten anpassen.

In den Bereich wirtschaftlich-organisatorischer Maßnahmen fielen auch die Bemühungen zur verstärkten Herstellung „Optimierter Kost“. Unter diesem Warenzeichen wurden Diätahrungsmittel produziert, die als materieller Weg begriffen wurden, die Ernährung direkt zu beeinflussen.³² Unter der Dachmarke „ON-Optimierte Nahrung“ wurden verschiedene Linien von Diätahrungsmitteln verkauft (energiereduziert, salzarm, Säuglingsnahrung und Produkte für Diabetiker), deren Herstellung auf verpflichtenden, vom Amt für Technik genehmigten Produktionsvorschriften beruhten. Diese Vorschriften wurden in zeitraubenden Prozessen erarbeitet, auf ihre Qualität geprüft und einzeln staatlich lizenziert. Dass die ON-Produkte geschmacklich, qualitativ und optisch Abwechslung in die Gesamtpalette industriell verarbeiteter Lebensmittel brachten, verlieh ihnen zusätzlich Bedeutung,³³ weil sie damit dem Trend der kapitalistischen Länder zu industriell verarbeiteten, vermeintlich hochwertigeren Nahrungsmitteln folgten.³⁴ In Kombination mit der Ernährungspropaganda erlaubte die Substituierung bestimmter Nahrungsbestandteile durch Wasser oder Luft gleich mehrfach eine „Intensivierung der Produktion“. Denn man erwartete, dass sich durch den Konsum der ON-Produkte der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern würde und Krankheitskosten zurückgingen. Zweitens sollte der Ersatz bestimmter Nahrungsbestandteile durch Wasser oder Luft den Wareneinsatz bei der Produktion reduzieren und damit die Inanspruchnahme von Landwirtschaft, Lebensmittelindustrie und Transportwesen reduzieren.³⁵ Und drittens sollten die deutlich teureren Nahrungsmittel dazu beitragen, die vorhandene Kaufkraft abzuschöpfen, das Wachstum des Verbrauches zu bremsen und das Angebot an Lebensmitteln in eine Richtung zu lenken, „die der Ernährungsweise als Bestandteil der sozialistischen Lebensweise gerecht wird.“³⁶ In dieser Hinsicht herrschte relative Unzufriedenheit bei den Planern. Im Ganzen erwiesen sich die erstellten Prognosen des Lebensmittelverbrauchs zwar als relativ treffsicher, bei den einzelnen Produkten kam es aber immer wieder zu erheblichen Differenzen zwischen Angebot und Nachfrage. Für

32 K. L. Hunger, Gedanken zur Entwicklung optimierter Nahrung (ON), in: Ernährungsforschung 27 (1982), S. 129-131.

33 Vgl. 15. Mitgliederversammlung des Warenzeichenverbands „diätetische Erzeugnisse“, in: Ernährungsforschung 30 (1985), S. 81.

34 Vgl. W. Jurich/W. Bischoff, Unser Lebensmittelverbrauch, 2 Teile, Berlin 1964 und 1965.

35 H. Groß, Ernährungspropaganda als Intensivierungsfaktor, in: Ernährungsforschung 23 (1978), S. 105 f.; M. Anders: Hauptaufgabe und Erfordernisse einer planmäßigen Nahrungsmittelversorgung, Ernährungsforschung 23 (1978), S. 135-138.

36 H. Groß, Ernährungswissenschaftliche Anforderungen an die Lebensmittelproduktion, in: Ernährungsforschung 32 (1987), S. 5-7.

diese Diskrepanzen brachten die Bürger allerdings immer weniger Verständnis auf. Verbände, die die Interessen der Konsumenten hätten vertreten können, waren im System weder vorgesehen noch zugelassen. Allerdings konnten sich Konsumenten im Einzelfall mit Eingaben direkt an Behörden, Staatsämter oder den Ministerpräsidenten wenden, um sich zu beschweren, Problemlösungen einzufordern oder Vorschläge zu machen.³⁷ Entsprechende Eingaben über die unzureichende Versorgung mit diätetischen Nahrungsmitteln nach dem VII. Parteitag veranlassten im Januar 1970 tatsächlich die Errichtung eines republikweiten Verkaufnetzes wie eines Lagers in jedem der 13 Bezirke der DDR, um die nur beschränkt vorhandenen Produkte wenigstens gleichmäßig über die Republik zu verteilen.³⁸

Zugleich arbeitete der 1969 gegründete Warenzeichenverband diätetischer Nahrungsmittel an der Erweiterung der Produktpalette, die 1985 143 Produkte umfasste. Von 1970 bis 1985 hatte sich der Umsatz an diesen Produkten bei stabilen Preisen auf 162 Millionen M. annähernd verfünffacht.³⁹ Dennoch reichte die Produktion insbesondere bei zuckerfreien Diabetikersüßwaren nicht aus, um eine stabile Versorgung zu gewährleisten.⁴⁰

Auch auf anderen Wegen suchte die DDR-Führung mit planwirtschaftlichen Maßnahmen den Verbrauch fett- und zuckerarmer Lebensmittel zu fördern. So wurde in der Landwirtschaft ein neues Züchtungs- und Produktionsprogramm für Broiler gestartet, deren Marketing gezielt auf Gesundheitsaspekte abhob. Die neuen Broilerrestaurants sollten den Anteil mageren Fleisches am Konsum erhöhen.⁴¹ Überdies ordneten die Fünfjahrespläne für 1971–1975 und 1976–1980 generell die Reduktion des Zuckergehalts in Obstkonserven sowie die Produktion fettreduzierter Fischkonserven, Fertiggerichte, niedrigkalorischer Backwaren, Erfrischungsgetränke und alkoholfreien Bieres an.⁴²

Allerdings mehrten sich die Zeichen, dass dem Erfolg dieses Modells zur Erreichung einer gesunden Ernährung Grenzen gesetzt waren. Probleme bereiteten die strategischen Rückkopplungen zwischen Ernährungserziehung und Propaganda, zwischen ideologisch und ökonomisch gesteuerter Entwicklung der Bedürfnisse, die durch den sogenannten

37 I. Merkel, *Wir sind doch nicht die Mecker-Ecke der Nation*, Köln 1998; Felix Mühlberg, *Bürger, Bitten und Behörden. Geschichte der Eingabe in der DDR*, Berlin 2004.

38 Dazu die Beiträge in: *Ernährung – Gesundheit – Genuss. Praxis und Wissenschaft*. 2. Ernährungssymposium des Nationalen Komitees für Ernährungserziehung der DDR – Arbeitsgruppe Ernährung, 17. Mitgliederversammlung des Warenzeichenverbandes „Diätetische Erzeugnisse der DDR“ vom 3. bis 5. November 1986 in Karl-Marx-Stadt, o. O., o. J. [1986], F. Schmidt, *Die Gestaltung der Kooperation bei der schrittweisen Herausbildung eines Systems der gesunden Ernährung in der DDR und die Aufgaben dazu im Volkswirtschaftsplan 1971 sowie im Perspektivplanzeitraum bis 1975*, in: *Die Kooperation bei der Herausbildung eines Systems der gesunden Ernährung in der DDR*, Berlin 1971, S. 9–35.

39 Für die gesunde Ernährung unserer Bürger. Aus der Arbeit des Warenzeichenverbandes „Diätetische Erzeugnisse“ der DDR, in: *Ernährungsforschung* 30 (1985), S. 107–109; 16. Mitgliederversammlung des Warenzeichenverbandes „diätetische Erzeugnisse“, in: *Ernährungsforschung* 31 (1986), S. 64.

40 *Zunft/Möhr/Ullbricht, Zur Ernährungssituation*, S. 137.

41 P. G. Poutrus, *Die Erfindung des Goldbroilers. Über den Zusammenhang zwischen Herrschaftssicherung und Konsumententwicklung in der DDR*, Köln/Welmar/Wien 2002.

42 L. Semmler/H. Ketz: *Gesunde Ernährung*, Teil I, 2. überarbeitete Auflage, Dresden 1979, S. 17–20.

technisch-wissenschaftlichen Vorlauf von Neuentwicklungen erschwert wurde.⁴³ Deutlich wird aber, dass das Bild eines individuell entscheidenden Verbrauchers nicht nur in der Diskussion, sondern auch in der Praxis immer mehr an Bedeutung gewann, während die ideologisch aufgeladene Vorstellung vom „richtigen“ sozialistischen Konsum an Boden verlor.⁴⁴ Statt die Orientierung am „falschen“ Genuss zu kritisieren, wurde in den 1980er Jahren nur noch gefordert, die Marktforschung zu intensivieren, um die Verbraucherwünsche besser zu verstehen und ihnen gerecht werden zu können.⁴⁵

Solche marktorientierten Ansätze standen in der BRD stets im Vordergrund, wenn ein anderer Konsum gefordert wurde. Freilich verboten sich Planung und staatliche Lenkung der Ernährung im demokratischen System der BRD und ihrer sozialen Marktwirtschaft. Wie noch Studien zur Fehlernährung aus den 1970er Jahren zeigen, galten Essen und Trinken als Privatsache, was zum Teil dem traditionellen Familienverständnis der Westdeutschen geschuldet war. Denn als üblicher Ort der Mahlzeiten galt die Familie, Auswahl und Zubereitung von Speisen war Aufgabe der Hausfrau. Folgerichtig wandte sich die Ernährungsaufklärung fast ausschließlich an sie.⁴⁶

Bei deren Gestaltung ging man in der BRD prinzipiell ähnliche Wege wie in der DDR. Mit dem Gesundheitsmuseum in Köln entstand 1949 eine das Dresdener Muster kopierende Einrichtung, die auf ganz ähnlichen Feldern tätig war und mit ähnlichen Medien arbeitete. Vor allem im zeitlichen Kontext der Trimm-Dich-Kampagnen der 1970er Jahre⁴⁷ betätigte sich sein Rechtsnachfolger, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, auch auf dem Gebiet der Ernährungsaufklärung. Doch in den Folgejahren lagen die eigentlichen Schwerpunkte der aus dem Museum 1967 hervorgegangenen Bundeszentrale auf den Gebieten von Suchtprävention und Familienplanung.

Deutlicher noch als im Osten konzentrierte sich die bundesdeutsche Gesundheits- und Ernährungsaufklärung einseitig auf die Produktion wissenschaftlicher Fakten und ihre Vermittlung. Etwas zugespitzt könnte man auch sagen, dass das Handlungsfeld der Bekämpfung der Überernährung zwar schon in den fünfziger Jahren wissenschaftlich abgesteckt war: Verschiedene Wissenschaftler, aber auch Institutionen wie das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes produzierten laufend Daten, doch zur Änderung der ermittelten Fakten geschah nur wenig. Die Ärzte wurden zwar als zuständig betrachtet,⁴⁸ hatten aber durch ihre Ausbildung gar nicht das nötige Wissen. Auch fehlte den meisten das Interesse für diese Fragen. Allerdings wuchs das

43 G. Pfäff: Zur Prognostik des Lebensmittelverbrauchs und der Ernährungssituation, in: Ernährungsforschung 26 (1980), S. 41-45.

44 Siehe schon die Verwendung des Begriffs des „Verbrauchers“ bei W. Dlouhy, Erwartungen der Verbraucher an die Ernährung, in: Ernährungsforschung 26 (1980), S. 129-132; H. E. Schmidt/G. Ulbricht, Begriff und Aufgaben der Ernährungswirtschaft in der sozialistischen Gesellschaft, in: Ernährungsforschung 19 (1973), S. 55-66, hier S. 60.

45 H. E. Schmidt/G. Ulbricht, Begriff, (Anm. 44), S. 60.

46 Siehe noch die Befragungen aus dem Jahr 1979, die sich ausschließlich an die Hausfrauen wandten, vgl. O. Neuloh/H.-J. Teuteberg, Ernährungsfehlverhalten im Wohlstand, Paderborn 1979.

47 V. Möraht, Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994, Berlin 2005.

48 Neuloh/Teuteberg, Ernährungsfehlverhalten, (Anm. 46), S. 52.

Bewusstsein für die sehr begrenzten Erfolge bisheriger Aufklärungsbemühungen.⁴⁹ Dies gab zumindest Anlass, über die Veränderungen der Strategien nachzudenken. Damit blieb der Markt bis zum Ende der 1970er Jahre der eigentliche Ort, an dem Modelle eines auch materiell anderen Konsums entwickelt und verhandelt wurden. Kaum zu unterschätzen ist die Bedeutung der Werbung als Bilderwelt des Alltags. Von Bedeutung waren hier u.a. Produkte, wie sie Reformhäuser verkauften,⁵⁰ vor allem aber der Markt der Diätprodukte, der seit den fünfziger Jahren in Bewegung geriet. Zunächst war das Angebot entsprechender Nahrungsmittel auch in der BRD noch überschaubar. Die vom Verband der Diätetischen Lebensmittelindustrie in unregelmäßigen Abständen herausgegebene „Grüne Liste“, die analog zur „Roten Liste“ der Pharmazeutischen Industrie konzipiert war und gratis an Ärzte und Fachkräfte verteilt wurde,⁵¹ wies lange noch mehr ausgesprochen nährnde als kalorienreduzierte Produkte aus: Die Zahl der Nährprodukte betrug in der Auflage aus dem Jahr 1957 73, stieg dann bis 1967 noch auf 116 an, um erst in den folgenden 20 Jahren auf 36 zu sinken. Die Zahl der Diabetikerprodukte bezifferte sich 1957 auf 64, die der kalorienreduzierten Produkte für Übergewichtige auf nur zehn. Bis 1967 stieg die Zahl der Diätprodukte auf 26, bis 1987 auf 96. Die Zahl der Diabetikerprodukte wuchs zwischen 1957 und 1967 von 37 auf 104 und schließlich auf 153 im Jahr 1987. Die als gut bis exzellent geltenden Wachstumschancen dieses Marktes führten zu hohen Werbeausgaben, um diese Chancen zu realisieren.⁵² Viele der (kalorienreduzierten) Diabetikerprodukte wurden als Diätprodukte zum Abnehmen gekauft, so dass Firmen, die ursprünglich nur Nahrungsmittel für Diabetiker hergestellt hatten, später auch in das Geschäft mit Diät-Nahrungsmitteln einstiegen.⁵³ So etwa die Firma Bayer, deren Palette von Sionon-Produkten stetig wuchs. Seit 1963 verkaufte sie „Natreen“ Süßstoff, 1976 kamen kalorienreduzierte Obstkonserven, 1977 Konfitüren und bis 1987 noch Säfte, Soßen, Ketchup und Desserts dazu.⁵⁴ Noch vielfältiger war das Produktsortiment von „Du darfst“. Unter dieser Marke brachte Unilever Deutschland 1973 erstmals eine Halbfettmargarine auf den Markt. In den Jahren 1975 bis 1990 folgten neben Schmelzkäse, Konfitüre oder Würstchen unter anderem auch Fertiggerichte, Tiefkühlkost und Feinkostsalate. Die Umsätze entwickelten sich erfreulich; erst die öffentliche Diskussion um Light-Produkte brachte erhebliche Einbrüche.⁵⁵

49 Ebenda, S. 51-56.

50 Auf die Produkte aus dem Bereich der Lebensreform kann an dieser Stelle aus Platzgründen leider nicht eingegangen werden, zumal sie nicht erst in den 1970er Jahren, sondern schon in der Zeit um 1900 entstanden sind.

51 Vorwort, Grüne Liste 1957, Aulendorf/Württemberg 1957, S. 5.

52 Zum Marktvolumen der siebziger Jahre H. Vorwerk, Schlankheit. Versprecher oder Versprechen?, in: Jahrbuch Werbung, 11 (1974), S. 39-45.

53 Zur Karriere der Süßstoffe C. M. Merki, Zucker gegen Saccharin. Zur Geschichte der künstlichen Süßstoffe, Frankfurt a. M. 1993 sowie C. de la Peña, Empty Pleasures. The Story of Artificial Sweetener from Saccharin to Splenda, University of Carolina 2010.

54 Vgl. die Chronik auf der Homepage der Firma unter <http://www.natreen.de/marke/index.html> (Abfrage vom 4.4.2011).

55 Siehe: <http://www.du-darfst.de/Ueber-Du-Darfst>. (Abfrage vom 4.4.2011).

Bezeichnend an der dynamischen Entwicklung dieses ganzen Sektors ist, dass die Parallelisierung der Diätahrung mit dem Arzneimittel erfolgreich gelang, obwohl die Ärzte Front dagegen machten. Hatten sie sich noch im 19. Jahrhundert emsig für die Einführung von Nahrungsmitteln in die Diät stark gemacht und ihnen quasi-pharmakologische Wirkungen zugeschrieben, so waren gerade die Diabetologen sehr distanziert. Dennoch: Die Zeitschrift „Der Diabetiker“, das heutige „Diabetes-Journal“ zeigte in redaktionellen Beiträgen zwar, wie sich mit ganz normalen Nahrungsmitteln eine schmackhafte, abwechslungsreiche und kostengünstige Diät herstellen ließ.⁵⁶ Zugleich publizierte es aber zahlreiche Werbeanzeigen für eben jene Industrieprodukte, die in redaktionellen Beiträgen als überflüssig bezeichnet wurden.⁵⁷ Wie die Absatzzahlen zeigen, maßen die Konsumenten ihnen ganz offenbar besonderen Wert bei und waren bereit, erhebliche finanzielle Mittel aufzubringen.⁵⁸

Ähnliches ist für die Appetitzügler zu sagen, die die bundesdeutsche Pharmaindustrie um zwei Skandale bereicherten. Eine Marktübersicht ist hier nicht einfach. Neben den zahlreichen „Geheimmitteln“, frei verkäuflichen mehr oder minder wirkungslosen Schlankheitsmitteln, wie sie schon Ende des 19. Jahrhunderts verkauft wurden, kam 1950 das erste zentral wirkende Anorektikum Phenmetrazin (Markenname: Preludin) auf den Markt. Bis Mitte der sechziger Jahre dominierte bei Patienten wie Ärzten der Glaube an die Wirksamkeit dieser wie anderer neuer Arzneimittel schon deswegen, weil sie modern waren. Da eine Registrierung von Arzneimitteln erst mit dem Arzneimittelgesetz von 1965, eine Lizenzierung von Arzneimitteln erst mit dem Arzneimittelgesetz von 1978 einsetzte, gab es eine Vielzahl von Produkten mit ungesicherter Wirkung, die mit oft aggressiver Werbung und windigen Versprechen an den Konsumenten gebracht wurden. Viele von ihnen waren zunächst nicht verschreibungspflichtig, so auch „Preludin“. Nachdem es schließlich wegen seiner Nebenwirkungen der Rezeptpflicht unterstellt worden war, verschwand es 1982 ganz vom Markt. Inzwischen war es, der Contergan-Skandal war kaum vorüber, 1968 mit dem Appetithemmer Menocil (Wirkstoff: Aminorex) und 1971 mit dem Appetitzügler Phentermin zu weiteren „Arzneimittelzwischenfällen“ gekommen, die zum Tod von 850 Patienten geführt hatten.⁵⁹ Hier war der Gesetzgeber gefragt, der sich auch in den folgenden Jahren noch verschiedentlich mit Appetithemmern

56 Vgl. etwa die in jedem Heft wiederkehrende Rubrik „Diätetische Ratschläge“ im Jahrgang 1953 der Zeitschrift „Der Diabetiker“.

57 Diesen Argumenten ist der Bundesrat für Agrarpolitik und Verbraucherschutz jüngst mit der Streichung der Diabetiker-Lebensmittel aus der Diät-Verordnung gefolgt, siehe die entsprechenden Berichte und Materialien dazu unter <http://www.bmelv.de/SharedDocs/Standardartikel/Ernaehrung/SpezielleLebensmittelUndZusaetze/StreichungDiabetikerLM-DiaetVO.html> (Abfrage vom 6.4.2011).

58 Siehe nur die Anzeigenseiten in: Der Diabetiker 6/2 (1959), Rückseite.

59 Dazu N. Kessel, 1971 – Arzneimittelschäden zwischen Regulierung und Skandal. Das Beispiel des Appetithemmers Phentermin, in: N. Eschenbruch et al. (Hrsg.), Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan, Bielefeld 2009, S. 283-308, zu Contergan siehe dort den Artikel von Alexander von Schwerin.

auseinander zu setzen hatte.⁶⁰ Immerhin drängte er sie in ihrer Bedeutung soweit zurück, dass sie im Arzneiverordnungsreport nach 1985 nicht mehr auftauchten.⁶¹

Es ist fraglich, warum die Patienten diese Mittel trotz der bekannten und teils öffentlich diskutierten Nebenwirkungen einnahmen, warum sie das angebotene und staatlich autorisierte Modell einer gesunden Ernährung nicht vorzogen. Teilweise wird dies mit einer diffusen Hoffnung auf Wirkung zu erklären sein, die in ihrem Vertrauen in medizinisch-pharmazeutische Lösungen begründet war. Das ist angesichts der erheblichen Kosten erstaunlich: Eine Behandlung mit modernen Appetithemmern konnte – je nach Präparat – im Monat mit 200 bis 400 DM zu Buche schlagen.⁶² Immer noch dürfte zutreffen, was die „Verbraucherpolitische Korrespondenz“, die Zeitschrift der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, 1968 voller Resignation konstatierte: „Der Markt ist dem Gesetzgeber, den Ärzten, den Ernährungsphysiologen, Toxikologen und Lebensmittelchemikern meilenweit voraus.“⁶³ Entsprechend mussten Regulierungsmaßnahmen der Entwicklung hinterherhinken. In dieser Perspektive blieb den Verbraucherorganisationen wenig anderes übrig, als investigativ tätig zu sein, Missstände aufzudecken und die Regierung wie die Verbraucher darüber zu informieren.

Parallel zur Entwicklung in der DDR zeigte die „Verbraucherpolitische Korrespondenz“ allerdings auch erst in den siebziger Jahren ein gesteigertes Interesse an Ernährung als Mittel zur Gesundheitssteigerung, während frühere Jahrgänge sich eher für die Sicherung einer günstigen und chemiefreien Nahrung einsetzten. Die erwähnten Appetitzügler-Skandale fanden erstaunlicherweise keinen Niederschlag, wohl weil Medikamente generell als Domäne der Ärzte galten und die Verschreibungspflicht als ausreichende Kontrolle angesehen wurde. Auch kalorienreduzierte Produkte wurden nicht in der Perspektive möglicher Gesundheitsschädigungen betrachtet. Sie galten für Millionen bewegungsarmer Deutscher als echtes Bedürfnis. Gefürchtet wurden allerdings Betrug und Irreführung bezüglich der behaupteten Effekte, so dass eine wahrheitsgemäße Deklaration der Inhaltsstoffe von Diätprodukten gefordert wurde.⁶⁴ 1978 wurde daher befriedigt die erfolgreiche Verabschiedung der Nährwertkennzeichnungsverordnung für Diätprodukte beim Bundesrat vermeldet.⁶⁵ Dennoch: Die Sympathien der Verbraucherverbände gehörten der staatlich finanzierten, industrieunabhängigen Ernährungsaufklärung durch entsprechend ausgebildete Experten, d. h. Ernährungsberaterinnen und Ärzte. Darin waren sie sich einig mit dem Aufklärungs- und Informationsdienst des Bundesausschusses für volkswirtschaftliche Aufklärung (AID). Dessen seit 1957 erscheinende

60 Chronik der Appetithemmer, in: *arznei-telegramm* 1995, Nr. 9, S. 90-91.

61 U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), *Arznei-Verordnungsreport 1985*, S. 26.

62 Mit 198 DM für die Vierwochenpackung (84 Kapseln) kostet XENICAL bei dreimal täglicher Einnahme 2.500 DM im Jahr.

63 Das Geschäft mit der Schlankeheit, *Verbraucherpolitische Korrespondenz* Nr. 17 vom 28.4.1970, S. 2.

64 Vgl. exemplarisch: Niemand kann sich schlank essen!, in: *Verbraucherpolitische Korrespondenz* Nr. 40 vom 5.10.1971, S. 4-5; Das Geschäft mit den Kalorien, ebenda, Nr. 4 vom 25.1.1972, S. 6 f.

65 Geschäfte mit der Schlankeheit endlich unter Kontrolle, ebenda., Nr. 42, S. 4 f.

Zeitschrift „Verbraucherdienst“ war voll mit entsprechenden Artikeln.⁶⁶ Die Grenzen des rationellen Modells, die inzwischen auch die Psychologen und Soziologen aufgezeigt hatten, waren freilich auch den Verbraucherorganisationen klar. Daher engagierte sich die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände auch in der Kampagne „Ernährung und Bewegung“, die maßgeblich vom Sportbund getragen wurde, vor allem durch die Aktion „fit-statt-fett“ im Jahr 1977. Diese Aktion verlagerte die Ernährungsaufklärung in die Kantine, wo die Essensteilnehmer leibhaftig erfahren sollten, dass gesunde Kost „nicht weniger Freude am Essen bedeutet [...] sondern lediglich eine Umgewöhnung im Ernährungsverhalten“. Diese Erfahrung sollten sie dann zusammen mit den Aufklärungsbroschüren nachhause tragen. Das sollte die Aufgeschlossenheit der Hausfrauen gegenüber der „modernen Ernährung“ fördern, so dass sie sich motiviert fühlten, „auf Großmutter's Rezepte zugunsten der Gesundheit ihrer Familie zu verzichten.“⁶⁷

4. Zusammenfassung

Wie gezeigt, waren sich Staat und Wissenschaftler in beiden deutschen Staaten seit den frühen sechziger Jahren gleichermaßen einig über das wachsende Problem des Übergewichts, seine Konsequenzen für das Gesundheitssystem wie die Notwendigkeit staatlichen Handelns. Die sich anschließenden gesundheitspolitischen Kommunikations- und Aushandlungsprozesse wurden durch ihre Einbettung in unterschiedliche politische Systeme jedoch nicht nur auf verschiedenen Ebenen und von verschiedenen Akteuren geführt, sie mündeten auch in unterschiedliche Lösungsansätze. Weil das politische System der DDR der Prävention eine entscheidende Rolle zuwies und ihm im Gesundheitssystem einen festen Platz gab, wurde der problematisch gewordene Nahrungsmittelkonsum hier viel früher, breiter und mit der Aussicht auf ganz andere Handlungsoptionen verhandelt. Ein zentrales Problem war dabei das tiefe Dilemma, in dem sich die politische Führung der DDR befand: Einerseits forderten die antizipierten Konsequenzen dieses Konsums Maßnahmen der in der Verfassung verankerten Gesundheitsfürsorge heraus. Doch zugleich war der Konsum selbst Nachweis einer erfolgreichen Politik und für die Rhetorik der ständigen Höherentwicklung unverzichtbar, zumal er die Bürger zumindest teilweise für die eingeschränkten Konsummöglichkeiten in anderen Bereichen, von denen hier die Kosmetik und Unterhaltungselektronik beispielhaft erwähnt seien, entschädigte. Auch in der BRD galt Konsum gerade in den 1950er und 1960er Jahren als Ausgleich für die Entbehrungen des Krieges und die Anstrengungen des Wiederaufbaus. Zugleich bezeugte er den Stand des Erreichten.

In der Gewinnung von Planungswissen war die Regierung der DDR deutlich im Vorteil, weil über ihr zentral organisiertes Gesundheitswesen epidemiologische Daten viel

66 Das Geschäft mit der Schlankheit. Kalorienarme Lebensmittel: Fundierte, neutrale Ernährungsberatung notwendig, in: Verbraucherpolitische Korrespondenz Nr. 17 vom 28.4.1970, S. 2 f.

67 AgV zieht mit bei „Fit-statt-fett“. Gesünder essen, mehr bewegen/Betriebskantinen „Lehrküchen der Nation“, in: Verbraucherpolitische Korrespondenz Nr. 25 vom 21.6.1977, S. 6 f.

umstandsloser als in der BRD gesammelt werden konnten. Zudem war es im totalitären Staat leichter, die Kommunikationsinhalte und -strategien der verschiedenen beteiligten Institutionen aufeinander abzustimmen und der Ernährungsaufklärung nicht nur einen einheitlichen Zuschnitt, sondern auch einen zentralen Platz im Gesundheits- wie Bildungssystem zu geben. In der BRD war dies schon aufgrund der Meinungsvielfalt, der Vielzahl und Vielfalt der Interessenvertreter und nicht zuletzt der föderalen Strukturen ungleich schwerer, zumal in den 1950er Jahren noch alles auf Ablehnung stieß, was irgendwie an die statistischen „Erfassungen“ des Nationalsozialismus erinnerte. Außerdem unterliefen die Ärzte die Informationskampagnen: Obwohl dafür nicht ausgebildet, reklamierten sie schon aus standespolitischen Motiven weiterhin die Autorität auch in Ernährungsfragen, die ihnen Staat wie Patienten fraglos zugestanden. Zwar schlugen sie als erste Alarm, die Fettsucht nehme zu. Doch prägte ihr dominant chemisch-naturwissenschaftlicher Blick die Problemwahrnehmung. Zugleich erwies sich, dass diese Perspektive wenig zur Lösung des Problems beizutragen hatte. Dies gilt *cum grano salis* auch für die niedergelassenen Ärzte, die ihr Verhältnis zum Patienten schon aus standespolitischen Gründen nach außen abschotteten. Dadurch blieb es außerhalb des öffentlichen Diskurses. Unwillig wie unfähig zur Aufklärung waren die Ärzte im Schutzraum ihrer Praxis eher bereit, den von Pharmafirmen angebotenen Weg einer chemischen Lösung des Problems einzuschlagen und Appetitzügler zu verschreiben.

Wie die laufende Zunahme Fettleibiger und Diabetiker zeigt, war die auf einen rationalen Konsumenten setzende staatlich finanzierte Aufklärung, die die Ernährung zu einem Hauptproblem der Politik machte, erfolglos. Sie ging schon deswegen am Problem vorbei, weil Emotionen, Genuss und Geschmack in der staatlichen Ernährungsaufklärung beider Staaten keine Rolle spielte. Die Konsumenten widersetzten sich dieser Art der Ernährungskommunikation und ihrem Appell an die Vernunft passiv, indem sie die Ratschläge nicht befolgten oder die teure, aber bequemere Option der Schlankheitskost und -pillen wählten, *obwohl* der Erfolg der letzteren unsicher und das Anwendungsrisiko hoch war. Mit Blick auf das Thema dieses Heftes stellt sich hier die Frage, inwieweit diese Art des Konsums ein Indikator politischer Kommunikation oder selbst Zeugnis einer apolitischen Haltung war. Die Ausblendung gesundheitspolitischer Argumente im persönlichen Verhalten spricht jedenfalls für einen großen Eigensinn, der sich den politisch motivierten Argumenten des Aufklärungsdiskurses passiv widersetzte. So sympathisch, wie die umfassende Gesundheitsaufklärung der DDR berühren mag, im Hinblick auf das Körpergewicht war ihr Erfolg geringer als die Bemühungen der BRD. Zu Beginn der 1990er Jahre waren in den neuen Bundesländern mehr Menschen übergewichtig als im Westen der Republik.⁶⁸ In dieser Perspektive war das Risikomodell langfristig Erfolg versprechender, weil es das Individuum und seine Situation und Verantwortung adressierte, anstatt Körper und Konsum vollständig zu politisieren und zu vergesellschaften.