

Feature

Der aktuelle Übergewichtsdiskurs in Japan¹

Franziska Kasch

Einleitung

Wenn ich auf die Frage, was mein Forschungsthema sei, antworte, dass ich über Übergewicht in Japan forsche, stoße ich oft auf Unverständnis. Übergewicht sei doch kein Thema in Japan. Die Japaner seien doch alle so dünn und ernährten sich so gesund. In der Tat wird die japanische Ernährung meist als eine der gesündesten, wenn nicht gar die gesündeste der Welt angepriesen.

Trotzdem oder vielleicht gerade deshalb ist der Kampf gegen Übergewicht zum wichtigsten Thema der japanischen Gesundheitspolitik geworden. Denn die Verwestlichung des Lebensstils und der Ernährung hätten dazu geführt, dass die Bevölkerung eben nicht mehr so dünn und gesund sei. Heute verbrächten Japaner die meiste Zeit vor Bildschirmen und litten an Bewegungsmangel. Und statt Reis und Miso-Suppe ständen heute immer öfter Hamburger und Frittiertes auf dem Speiseplan. Infolgedessen sei bereits ein Viertel bestimmter Altersschichten der Bevölkerung fettleibig und bedürfe spezieller Maßnahmen, um abzunehmen und so Krankheiten vorzubeugen.

Aus diesem Grund hat die japanische Regierung die Krankenversicherungen dazu verpflichtet, Programme zur Verbesserung des Lebensstils durchzuführen. Diese richten sich an Personen mit dem sogenannten Metabolischen Syndrom, die im Verdacht stehen, in Zukunft Krankheiten, wie zum Beispiel Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu entwickeln.

Die Maßnahmen der japanischen Regierung gegen das Metabolische Syndrom

Seit April 2008 sollen sich nun alle Japaner zwischen 40 und 74 Jahren einmal im Jahr Gesundheitschecks unterziehen, die dazu dienen, Personen mit Metabolischem Syndrom oder dem Risiko, ein Metabolisches Syndrom zu entwickeln, zu bestimmen. Daher wird diese Untersuchung auch Bestimmungsuntersuchung (*tokutei kenshin*) genannt. Anschließend sollen die so bestimmten Personen an einer Gesundheitsunterweisung (*hoken shidō*) teilnehmen, um ihren Lebensstil zu überdenken.

¹ Manuskript des Vortrags von Frau Kasch, gehalten am 27. März 2013. Frau Kasch hat Japanologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München studiert und 2010 mit dem Magister abgeschlossen. Seitdem forscht sie über Körperdiskurse mit Schwerpunkt Übergewicht in Japan. Zur Zeit ist sie PhD-Studentin im Fach Klinische Philosophie an der Universität Osaka.

Das Metabolische Syndrom, auch als „Syndrom X“ oder „Tödliches Quartett“ bekannt, beschreibt ein Cluster aus mehreren Risikofaktoren wie zum Beispiel Insulinresistenz, hoher Blutdruck oder andere erhöhte Blutwerte, die zusammengenommen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Auch Übergewicht wird manchmal als Bestandteil des Metabolischen Syndroms genannt, aber es gibt noch keine Einigkeit über eine abschließende Definition und so bestehen heute mehrere Definitionen nebeneinander. Selbst der klinische Nutzen einer Diagnose des Metabolischen Syndroms ist umstritten, weshalb die *American Diabetes Association* sowie die *European Association for the Study of Diabetes* von seiner Diagnose abraten (Reaven 2006:1244).

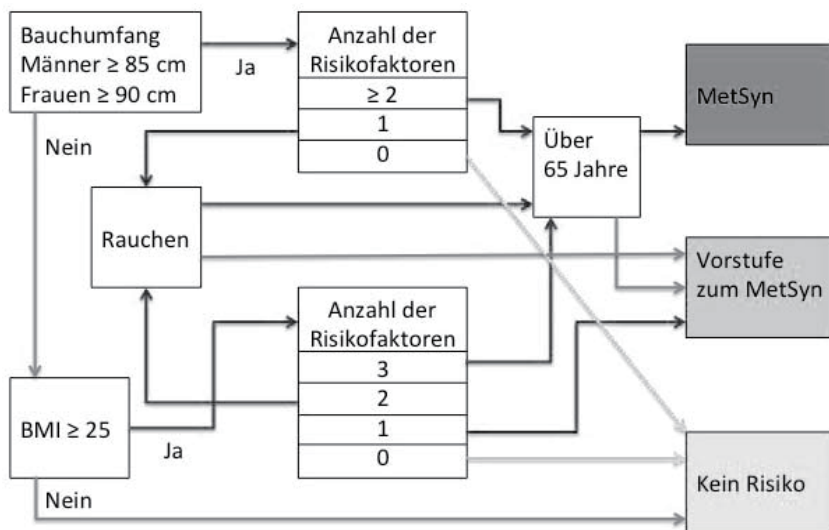
In Japan jedoch wird das Konzept des Metabolischen Syndroms gebraucht, um Kandidaten für die Gesundheitsunterweisung zu bestimmen und ist definiert als Übergewicht in Verbindung mit mindestens zwei der drei Faktoren hoher Blutdruck, hoher Blutzuckerspiegel und veränderte Blutfettwerte. Übergewicht wird dabei entweder über den Bauchumfang oder den Body Mass Index (BMI) ermittelt, wobei Männer ab mehr als 85 cm Bauchumfang und Frauen ab mehr als 90 cm Bauchumfang als übergewichtig gelten. Wer unter diesen Werten liegt, aber einen BMI über 25 hat, gilt ebenfalls als übergewichtig.

Die Bestimmungsuntersuchung besteht demnach aus der Messung von Bauchumfang, Größe und Gewicht sowie einer Blutuntersuchung. Unter Berücksichtigung des Alters und eventuellem Tabakkonsum werden die Untersuchten dann in drei Gruppen eingeteilt. Wer nicht übergewichtig ist oder außer Übergewicht keine weiteren Risikofaktoren hat, wird als risikofrei eingestuft. Sobald zum Übergewicht noch weitere Risikofaktoren hinzukommen, gilt man je nach Anzahl der Risikofaktoren als *metabo*, wie diejenigen mit Metabolischem Syndrom umgangssprachlich genannt werden, oder als auf der Vorstufe zum *metabo*.

Nach diesen drei Gruppen entscheidet sich auch die Art der Gesundheitsunterweisung. Während alle Untersuchten, auch die ohne Risiko, Informationen über das Metabolische Syndrom bekommen, sollen diejenigen mit Risiken darüberhinaus an einer sechsmonatigen Gesundheitsunterweisung teilnehmen. Diese besteht bei Personen auf der Vorstufe zum *metabo* aus einem Beratungsgespräch, das meistens von einem Gesundheitspfleger durchgeführt wird und bei dem anhand des persönlichen Lebensstils überlegt wird, wo Verbesserungen möglich sind. Der Betreffende legt so Ziele fest, die innerhalb von sechs Monaten erreicht werden sollen und ebenso, wie diese Ziele umzusetzen seien. Nach sechs Monaten erfolgt dann eine Überprüfung, um zu sehen, ob die Ziele erreicht worden sind. Wer als *metabo* eingestuft worden ist, erhält nach dem Beratungsgespräch zusätzlich mindestens drei Monate lang aktive Unterstützung bei der Umsetzung seiner Ziele in Form von Anrufen, E-Mails oder Briefen.

Wie das konkret abläuft, konnte ich im Oktober 2011 in einem städtischen Gesundheitszentrum in Kansai erfahren, wo alle Teilnehmer der Bestimmungsuntersuchung

an einem bestimmten Tag zur Gesundheitsunterweisung zusammenkamen. Obwohl die Bestimmungsuntersuchung für gewöhnlich schon im April stattfindet, dauert es ungefähr zwei Monate, bis die Untersuchungsergebnisse vorliegen, und danach vergehen nochmals drei Monate bis zur Gesundheitsunterweisung, so dass diese etwa ein halbes Jahr nach der Bestimmungsuntersuchung durchgeführt wird. Daher wurden die Teilnehmer bei ihrer Ankunft abermals gewogen, um zu sehen, ob es Veränderungen gab. Anschließend hielt ein Arzt einen etwa einstündigen Vortrag über das Metabolische Syndrom, bei dem vor allem seine „tödliche Gefahr“ hervorgehoben wurde. Der Arzt beschrieb ausführlich, wie sich Bluthochdruck und Cholesterin auf die Blutgefäße auswirken und zu Schlaganfall, Herzinfarkt oder Demenz führen. Dies ließe sich durch Gewichtsreduktion verhindern, da dadurch die Blutwerte verbessert würden, und als einzige Methode zur Gewichtsreduktion gäbe es nur mehr Bewegung und weniger essen. Von Nahrungsergänzungsmitteln etc. sollte man lieber die Finger lassen. Zum Schluss erwähnte der Arzt noch ein Experiment, das an zwei Gruppen von Affen durchgeführt wurde. Während die eine Gruppe Affen normal gefüttert wurde, erhielt die andere 30% weniger Futter. Letztere sähe dadurch deutlich gesünder und jünger aus, was ein Indiz dafür sei, dass man länger lebt, wenn man sich beim Essen zurückhält.



Die Erwähnung dieses Experiments ist besonders deswegen interessant, weil es die japanische Volksweisheit widerspiegelt, nicht soviel zu essen, bis man satt ist, sondern schon etwas früher mit dem Essen aufzuhören. Traditionell heißt es, dass man den Magen zu 80% füllen soll (*hara hachibu*), aber in neueren Diät- und Gesundheitsratgebern

findet man häufig den Rat, schon bei 70% nicht weiter zu essen, was dann auch mit dem Affen-Experiment begründet wird.

Im Anschluss an den Vortrag des Arztes hatten die Teilnehmer noch Gelegenheit, Fragen zu stellen, bevor es für die mit Risikofaktoren belasteten Teilnehmer mit der Gesundheitsunterweisung weiterging, während für die risikofreien das Programm zu Ende war. Ich durfte der Gesundheitsunterweisung eines ehemaligen Taxifahrers beiwohnen, der mit einem Bauchumfang von 102 cm und hohem Blutdruck als auf der Vorstufe zum *metabo* bestimmt worden war. Zum Zeitpunkt der Gesundheitsunterweisung war er 66 Jahre alt und wog 71 kg, was für ihn schon eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr bedeutete, in dem er noch zwei Kilogramm mehr gewogen hatte. Die Gesundheitspflegerin, die seine Gesundheitsunterweisung durchführte, berechnete sein Idealgewicht und stellte Fragen zu seinem persönlichen Hintergrund, was Fragen zu Familie und Kindern sowie zu Medikamenten, die eventuell eingenommen werden, beinhaltete. Nachdem sie sichergestellt hatte, dass der ehemalige Taxifahrer seinen Lebensstil auch tatsächlich verbessern wollte, ging es an die Erstellung seines Programms, das maßgeblich von ihm persönlich bestimmt wurde. So legte er sein Abnahmeziel auf 6 cm weniger Bauchumfang und 6 kg weniger Gewicht fest. Die Gesundheitspflegerin berechnete danach die Kalorienmenge, die er täglich einsparen müsste, um sein Ziel innerhalb von sechs Monaten zu erreichen. Anschließend überlegten sie gemeinsam, welche Verhaltensänderungen möglich wären, um Kalorien einzusparen. Da die Ernährungsgewohnheiten des ehemaligen Taxifahrers nach dem Urteil der Gesundheitspflegerin schon sehr gut waren, schlug er vor, vor jedem Essen zehn Minuten spazieren zu gehen. Die Gesundheitspflegerin entgegnete daraufhin, dass es genüge, nur vor dem Frühstück spazieren zu gehen und machte stattdessen den Vorschlag, zusätzlich jeden Tag 40 Minuten Fahrrad zu fahren, was von ihm angenommen wurde. Zum Schluss erklärte die Gesundheitspflegerin noch, wie das Gewicht in Verbindung mit dem Verhalten zu dokumentieren sei und dass man sich am besten morgens wiegen sollte.

Vor allem dieser letzte Punkt ist charakteristisch für die Gesundheitsunterweisung und findet sich auch zum Beispiel in dem Diätprogramm, das die Firma Hitachi für ihre Mitarbeiter entwickelt hat. Dieses Programm namens „HALSMA“ (Hitachi Associates Life Style Modification and Action) richtet sich an jene, die als *metabo* eingestuft wurden und soll mit geringsten Mitteln größte Wirkung erzielen, da dies meist viel beschäftigte Salarierten betrifft (Ban u. a. 2007:20). Daher soll bei diesem Diätprogramm mit einfachen, alltäglichen Mitteln abgenommen werden, zum Beispiel indem man täglich 30 Minuten spazieren geht oder zwei Dosen zuckerhaltigen Kaffee weniger trinkt. Durch solche Verhaltensänderungen könnten jeweils 100 kcal eingespart werden, was über einen langen Zeitraum fortgeführt zur erwünschten Gewichtsreduktion führe. HALSMA bietet über 150 sogenannter „100 kcal-Karten“ mit Beispielen für kaloriensparendes Verhalten an, aus denen man einige auswählt, die leicht umsetzbar erscheinen (Ban u. a. 2007:21-22). Wichtig ist auch hier, dass das Gewicht genau dokumentiert

wird, was bei HALSMA bedeutet, dass man sich morgens und abends mit einer auf 100 g genauen Körperwaage wiegt und ebenfalls Notizen zum eigenen Verhalten macht. So könne man nachvollziehen, wie sich das Verhalten auf das Gewicht auswirkt, wodurch gewichtsreduzierendes Verhalten erlernt würde (Ban u. a. 2007:20). Außerdem trüge es zur Motivation bei, wenn man sieht, wie der entstehende Graph langsam, aber stetig sinkt (ebd.). Zusätzlich werden die Teilnehmer an Hitachis Diätprogramm durch Gesundheitspfleger unterstützt, die auf den webbasierten Graphen zugreifen und per E-Mail Ratschläge erteilen können (Ban u. a. 2007:21-22).

Warum Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom?

Wie eingangs bereits angedeutet, ist das Ziel der Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom die Prävention von Krankheiten, wie zum Beispiel Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese waren früher als „Erwachsenenkrankheiten“ (*seijin byō*) bekannt und tragen heute den Namen „lebensstilbedingte Krankheiten“ (*seikatsu shūkan byō*). Da diese Krankheiten oft zu einem vorzeitigen Tod, zum Beispiel durch Schlaganfall oder Herzinfarkt, oder wenn nicht zum Tod, dann doch zu Pflegebedürftigkeit führten, bedeute ihre Prävention eine Verlängerung der „gesunden Lebenserwartung“ (*kenkō jumyō*) und gleichzeitig eine Senkung der Gesundheitskosten. Letztere ist erklärtes Ziel der Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom, denn lebensstilbedingte Krankheiten und Krebs machen zusammen etwa ein Drittel der Gesundheitskosten Japans aus (Nihon Eiyōshi Kai 2000:6-7).

Dieselben Ziele verfolgte schon die Agenda „Gesundes Japan 21“ (*kenkō nihon 21*), die konkrete Ziele zur Gesundheitsherstellung (*kenkō zukuri*) aufstellte, die bis 2010 erreicht werden sollten. Sie umfassen die neun Bereiche 1. Ernährungs- und Essgewohnheiten, 2. Körperliche Aktivität und Bewegung, 3. Erholung und mentale Gesundheit, 4. Tabakkonsum, 5. Alkoholkonsum, 6. Zahngesundheit, 7. Diabetes, 8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 9. Krebs, wobei die ersten fünf Punkte vorbeugend gegenüber den letzten vier Punkten wirken.

Schon bei „Gesundes Japan 21“ liegt der Schwerpunkt der Agenda auf den Ernährungs- und Essgewohnheiten. Als problematisch werden hier neben der Nahrungsübersversorgung „[...] das Ausfallenlassen des Frühstücks, die übermäßige Abhängigkeit von Fertigprodukten und bestimmten Lebensmitteln, die übermäßige Absicht abzunehmen und der Verlust des geselligen Beisammenseins der Familie mit dem Essenstisch als Mittelpunkt“ (MHLW 2000:1–1) genannt. Tatsächlich ist „Alleinessen“ (*koshoku*) ein weit verbreitetes Phänomen in japanischen Familien. Zum Beispiel nehmen Kinder unabhängig davon, ob ihre Mutter berufstätig ist oder nicht, fast die Hälfte aller Mahlzeiten in einer Woche alleine zu sich. Für die Mütter gilt folglich dasselbe, da neben ihren Kindern auch ihre Männer, die meiste Zeit außer Haus sind. Diese müssen nicht selten lange zu ihrem Arbeitsplatz pendeln und daher schon früh das Haus verlassen. Mittags essen sie in der Firmenkantine, in einem Lokal oder direkt im Büro und nach Über-

stunden verlangt die Arbeitsethik oft auch noch das gemeinsame Essen mit Kollegen oder Kunden, bei dem dann gerne zu viel gegessen und getrunken wird (Ashkenazi/Jacob 2000:54-55; Schmidtpott 1998:89). Der hektische Alltag führe oft zu dem, was die Japan Dietetic Association als „Essensstil Fettleibiger“ beschreibt und aus schnell essen (*hayagui*), nebenbei essen (*nagaragui*) und alles auf einmal essen (*matomegui*) besteht (Nihon Eiyōshi Kai 2000:25). Zudem nennt sie psychische Faktoren wie Einsamkeit oder Stress, die Frustessen (*yakegui*) oder essen aus Langeweile (*kibarashigui*) zur Folge hätten (ebd.).

Um hier Verbesserungen herbeizuführen, setzte „Gesundes Japan 21“ auf drei Ebenen an. Auf der ersten Ebene sollten zunächst der Anteil der Personen erhöht werden, die ihr Optimalgewicht halten. Zudem sollten der Energieanteil, der aus Fett stammt, und die Aufnahme von Kochsalz gesenkt sowie die Aufnahme von Gemüse und kalziumreichen Lebensmitteln gesteigert werden (MHLW 2000:1-4). Dazu sollte auf der zweiten Ebene der Anteil der Personen, die ihr eigenes Optimalgewicht kennt und Gewichtskontrollen durchführt, angehoben werden. Außerdem sollte der Anteil der Personen, die das Frühstück ausfallen lassen, gesenkt werden, während folgende Anteile erhöht werden sollten:

- „Der Anteil der Personen, die sowohl in Hinblick auf Menge als auch Qualität richtig essen.
- Der Anteil der Personen, die beim Auswärtsessen oder Einkaufen von Lebensmitteln die Nährstoffangaben konsultieren.
- Der Anteil der Personen, die die Nahrungsmenge wissen, mit der sie ihr Optimalgewicht halten können.
- Unter den Personen, die glauben, dass sie Probleme hinsichtlich der eigenen Essgewohnheiten haben, der Anteil der Personen, die den Willen zur Verbesserung der Essgewohnheiten haben.“ (MHLW 2000:1-7)

Um diese Ziele zu erreichen, wurde auf der dritten Ebene die Steigerung des Angebots an gesunden Menüs in Restaurants und ähnlichen Einrichtungen sowie die Förderung des Gebrauchs dieses Angebots, die Ausweitung von Lehrveranstaltungen und Förderung der Teilnahme an diesen und der Anstieg von selbständigen Lern- und Aktionsgruppen gefordert (MHLW 2000:1-8).

All diese Maßnahmen seien nötig, weil 1997 gut 24% der japanischen Männer im Alter zwischen 20 und 60 Jahren und 25% der Frauen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren fettleibig gewesen seien und selbst unter Kindern über 10% zu den Fettleibigen gezählt hätten (MHLW 2000:1-3). Diese Zahlen scheinen sehr hoch, vor allem wenn man bedenkt, dass in den USA, die weltweit die meisten Fettleibigen zählen, gut 30% der Bevölkerung fettleibig sind (OECD 2009:59).

Allerdings wird Fettleibigkeit (*himan*) in Japan anders definiert. Während laut der Definition der WHO von 1997 ab einem BMI von 30 von Fettleibigkeit gesprochen wird, ist dies in Japan schon ab einem BMI von 25 der Fall (Nihon Eiyōshi Kai 2000:202). Nach dieser Definition der Japanese Society for the Study of Obesity (JASSO) von 1999 gibt es die Kategorie Übergewicht (*kataijū*), die laut WHO bei einem BMI zwischen 25 und 30 liegt, nämlich nicht (ebd.). Begründet wird dies damit, dass Japaner schon bei leichtem Übergewicht zu den Krankheiten neigen, die Kaukasier erst ab einem BMI von 30 entwickeln würden und somit stärker auf ihren Lebensstil achten müssten (Kadowaki 2008:49-50).

Unterschiede bei der Definition von Übergewicht

	WHO (1997)	JASSO (1999)
Untergewicht	BMI < 18,5	BMI < 18,5
Normalgewicht	BMI ≥ 18,5 < 25	BMI ≥ 18,5 < 25
Übergewicht	BMI ≥ 25	---
Adipositas	BMI ≥ 30	BMI ≤ 25
• 1. Grad	BMI < 35	BMI < 30
• 2. Grad	BMI < 40	BMI < 35
• 3. Grad	BMI ≥ 40	BMI < 40
• 4. Grad	---	BMI ≥ 40

Dies erklärt, warum „Gesundes Japan 21“ seinen Schwerpunkt auf Ernährungs- und Essgewohnheiten legt. Allerdings erwies sich die Umsetzung der Lebensstilverbesserungen als schwierig, denn obwohl die Ziele der Agenda genau beschrieben worden waren, war weder klar, wie diese umgesetzt werden sollten, noch gegen wen. So standen die Gesundheitspfleger vor dem Problem, wie sie Personen bestimmen sollten, die ihren Lebensstil verbessern müssten, vor allem, wenn diese keine Krankheitssymptome haben. Und wie sollte man Personen ohne Krankheitssymptome davon überzeugen, dass sie ihren Lebensstil verbessern sollten?

Diese Probleme lösten die Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom. Durch die Bestimmungsuntersuchung ist es nun möglich, Personen in Risikogruppen einzuteilen und dementsprechend zu beraten. Durch die Verwendung des Konzepts des Metabolischen Syndroms werden Risiken mess- und sichtbar gemacht, besonders, da die japanische Definition des Metabolischen Syndroms so sehr auf Übergewicht beruht. Selbst wer nicht an der Bestimmungsuntersuchung teilnimmt, kann so ganz leicht feststellen, ob er seinen Lebensstil überdenken sollte oder nicht. Ein Gang auf die Waage, eine Messung des eigenen Bauchumfangs oder einfach ein Blick in den Spiegel genügen,

um dies zu erkennen und so geht die Wirkung des Übergewichtsdiskurses weit über die eigentlichen Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom hinaus, wie an den folgenden Beispielen deutlich wird.

Beispiele für den Übergewichtsdiskurs in Japan

Ungeachtet der fortlaufenden Diskussion um die Entstehung und Wirkung des Metabolischen Syndroms steht für die japanische Regierung fest, dass ein ungesunder Lebensstil zu Übergewicht führt, infolgedessen das Metabolische Syndrom entsteht, was über kurz oder lang zu lebensstilbedingten Krankheiten sowie Bettlägrigkeit oder einem plötzlichen Tod führt. Dieses „Metabolische Domino“ (*metaborikku domino*) wird als quasi schicksalhaft immer und immer wieder beschrieben und bildlich entweder tatsächlich als Domino dargestellt, bei dem der ungesunde Lebensstil der Stein des Anstoßes ist, oder als Fluss, dessen Strömung immer schneller wird und in einen Wasserfall mündet, was Krankheit oder plötzlichen Tod symbolisiert.

Aus diesen Darstellungen wird vor allem eins deutlich, nämlich dass jeder selbst für lebensstilbedingte Krankheiten und deren Konsequenzen verantwortlich ist. Dies ist die Essenz des aktuellen Übergewichtsdiskurses und wird dazu verwendet, für Verhaltensänderungen zu werben. Dabei geht der Diskurs noch weiter, denn wer aufgrund seines schlechten Lebensstils bettlägrig wird oder eines vorzeitigen Todes stirbt, belastet nicht nur das Gesundheitssystem, sondern kann auch nicht mehr seine gesellschaftliche Rolle wahrnehmen. Dies gilt vor allem für die japanischen Männer, deren Rolle traditionell die des Familienernährers ist. Sie stehen im Mittelpunkt des aktuellen Übergewichtsdiskurses, zumal sie stärker von Übergewicht betroffen sind. Daher sind Diäten, die bisher ein hauptsächlich weibliches Thema waren, nun auch für Männer von Interesse und so sind zahlreiche Diät Ratgeber auf dem Markt erschienen, die sich speziell an Männer und vor allem Salarymen richten.

Ein solches Beispiel ist der Ratgeber „Ich sterbe nicht!-Diät“ (*shinanai zo daietto*) von Kitaori Hajime, dem Direktor des Wissenschaftsmagazins *Tameshite Gatten* (in etwa: „Zustimmung durch Ausprobieren“ des staatlichen Fernsehsenders NHK). Er stellt darin eine Diätmethode vor, die auf der HALSMA-Diät von Hitachi beruht und die er selbst ausprobiert hat. Er nennt sie „Nur wiegen-Diät“ (*hakaru dake daietto*) oder eben „Ich sterbe nicht!-Diät“, doch das Entscheidende an diesem Ratgeber ist nicht die Diätmethode, sondern die ihr vorangehende Überzeugungsarbeit, die Kitaori leistet, um Männer zum Abnehmen zu bewegen. Letztere nimmt fünf der insgesamt sieben Kapitel ein, was schon darauf schließen lässt, wie wichtig der Autor diesen Teil des Ratgebers nimmt. Die erste Ausgabe dieses Diät Ratgebers erschien 2007 und eine zweite, überarbeitete Ausgabe wurde 2009 veröffentlicht, unterscheidet sich inhaltlich aber kaum von der ersten.

In der ersten Ausgabe findet sich vor dem Prolog ein kurzer Text, der den Autor als typischen Salaryman beschreibt:

„Bei der Arbeit ernsthaft, aber darüber hinaus mit allem nachlässig. Ein großer Alkoholliebhaber, häufiges Essen spät in der Nacht, ein sehr unregelmäßiges Leben.

Solch ein 43-jähriger Fernsehdirektor hat für die Väter, die Japan stützen, an seinem eigenen Körper Versuche wiederholt und eine Diätmethode entdeckt, mit der jeder Erfolg hat, egal wer sie durchführt und egal wie oft.

Auch die sich im Gespräch befindliche metabolische Maßnahme ist damit super einfach. Ärzte und Gesundheitspfleger, die auf dem Gebiet der Übergewichtsmedizin arbeiten, stimmen zu. Das von der Wissenschaft aufgedeckte Erfolgsgeheimnis dieser Diät ist, ohne Umschweife, das Gehirn.

Die ‘Ich sterbe nicht!-Diät’ ist eine ‘Diät für Salarymen von Salarymen’, die die Produzenten der beliebten Wissenschaftssendung mit dem Vertrauenslevel Nr. 1 *Tameshite Gatten* Ihrer geliebten Familie übermitteln.“ (Kitaori 2007:2-3)

Neben den typischen Problemen, die das Salaryman-Leben mit sich bringt, offenbart sich gleich im ersten Satz ein Charakterzug, der eigentlich nicht mit Salarymen in Verbindung gebracht wird, nämlich Nachlässigkeit. Kitaori beschreibt sie einerseits als ernsthaft bei der Arbeit und als „Väter, die Japan stützen“, andererseits seien sie aber in allen anderen Bereichen nachlässig. In der zweiten Ausgabe, wo der Text vor dem Prolog die Überschrift „An die willensschwachen Väter“ (Kitaori 2009[b]:2) trägt, wird dieses negative Bild noch deutlicher:

„Weil ich willensschwach bin...’ Obwohl die meisten Menschen dies selbstkritisch oder ein wenig gequält sagen, lassen sie ihr Übergewicht unangetastet. Während sie das sagen, fliegen sie leicht auf dubiose Diätmethoden und geben unnötiges Geld aus.

Was den Willen lenkt, sind die verschiedenen Botenstoffe im Gehirn. Es gibt Methoden, diese zu kontrollieren. Was Gewichtsschwankungen lenkt, sind die verschiedenen Hormone im Körper. Es gibt Methoden, diese zu kontrollieren.“ (Kitaori 2009[b]:2)

Hier werden die japanischen Männer nicht nur als nachlässig, sondern als willensschwach und sogar naiv beschrieben, da sie in „dubiose Diätmethoden“ Geld investierten. Doch auch für sie gäbe es Mittel und Wege, wie sie ihr Gewicht und ihren Willen wieder kontrollieren können. Und weiter heißt es:

„Die ‘Ich sterbe nicht!-Diät’ ist eine Diätmethode, die entwickelt wurde, weil es Menschen gibt, die nicht einmal beabsichtigen, einen starken Willen zu besitzen, und die man auch als letzte Waffe bezeichnen kann.

Man muss nicht stark sein. Wenn man sich nur den Willen, der Familie wegen nicht früh zu sterben, deutlich vor Augen halten kann, wird dieser Gedanke mit Sicherheit viel einfacher als erwartet seinen Zweck erfüllen.“ (Kitaori 2009[b]:3)

Japanische Männer müssen also nicht stark sein, solange sie sich der Verantwortung

gegenüber ihrer Familie bewusst sind. Der Titel des Prologs „Gehört das Leben nur einem selbst?“ (Kitaori 2007:4) impliziert ebenfalls die Verpflichtung gegenüber der Familie und der Gesellschaft.

Das erste Kapitel mit dem Titel „An diejenigen, die glauben, dass der plötzliche Tod Angelegenheit anderer Leute sei“ (Kitaori 2007:15) widmet sich anschließend ausführlich dem Thema Tod. Um deutlich zu machen, warum nur eine Diät das Leben retten kann, erklärt Kitaori die Risikofaktoren, die zu einem plötzlichen Tod führen und stellt sie als „leise Killer“ dar, bei denen winzige Verletzungen der Blutgefäße wie der Finger am Abzug einer Pistole wirkten und letztendlich den Tod auslösten. Diese Verletzungen würden wiederum durch Bauchfett verursacht, weshalb dieses Fett der Schlüssel sei, um sich und seine Familie zu retten (Kitaori 2007:24-36; 2009[b]:28-38).

Kitaoris eigenen Angaben zufolge hatten Männer mit der „Nur wiegen-Diät“ großen Erfolg und so ist es kein Wunder, dass auch Frauen diese Methode ausprobierten. Doch zu seiner großen Überraschung berichteten die meisten Frauen, die Diät aufgrund mangelnder Erfolge abgebrochen zu haben. Kitaori untersuchte daraufhin die Gründe dafür, warum Frauen nicht mit der Methode abnahmen, die bei Männern so erfolgreich war und gab 2009 eine Version seines Ratgebers heraus, die sich konkret an Frauen wendet (Kitaori 2009[a]:6).

Obwohl diese Version dieselbe Diätmethode beschreibt, unterscheidet sie sich deutlich von der Version für Männer. Allein die Aufmachung ist auffällig anders, da die Frauenversion ein größeres Format besitzt, aber dünner ist, viele Bilder enthält und überhaupt sehr farbenfroh gestaltet ist. Der Titel „Abnehmschalter Zunehmschalter“ (*yaseru suicchi futuru suicchi*) lässt auch schon vermuten, dass es den Frauen bei der Diät nicht darum geht, einem plötzlichen Tod zu entgehen. Sie müssen auch nicht erst davon überzeugt werden, dass es gut ist abzunehmen, weil sie es bereits versuchen. Ihr Problem liegt vielmehr darin, dass sie nicht abnehmen, obwohl sie sich darum bemühen, weshalb es Kitaori zunächst darum geht, die körperlichen Mechanismen zu erklären, die das Gewicht regulieren.

Im Prolog weist Kitaori bereits auf die Grundregel einer Diät hin, die besagt, dass die aufgenommene Energiemenge kleiner sein muss als die verbrauchte Energiemenge. Selbstverständlich hätten auch Frauen dies verstanden, aber sie hätten entweder das Problem, dass sie viel Kuchen äßen oder ihre Nahrungsmenge unvernünftig stark reduzierten (Kitaori 2009[a]:2-3). Dadurch würde ihr „Abnehmschalter“ ausgestellt, so dass ihr Körper Fett einlagere, egal wie wenig sie zu sich nähmen. So käme es, dass auch Frauen, die augenscheinlich dünn sind, einen Körperfettanteil von 30% oder mehr haben können (Kitaori 2009[a]:8). Dieses Phänomen wird als „verstecktes Fett“ (*ka-kure himan*) bezeichnet. Kitaori spricht damit die einseitigen Diäten an, die Frauen oft durchführten und erklärt ihnen den Unterschied zwischen der „Nur wiegen-Diät“ und diesen einseitigen Diäten, wie er es auch in der Männerversion getan hat. Allerdings

wurden die ausführlichen Erläuterungen in der Frauenversion stark verkürzt. Dafür fügt Kitaori den Hinweis hinzu, viele kalziumhaltige Lebensmittel zu sich zu nehmen, um Osteoporose vorzubeugen (Kitaori 2009[a]:15).

Hinzugekommen ist außerdem ein Interview mit der Gesundheitspflegerin Nagai Naurumi, die Kitaori zum unterschiedlichen Essverhalten von Männern und Frauen befragt. Zunächst stellen sie fest, dass Männer bereits ab einem Alter von 20 Jahren deutlich zunehmen, da ihre Gewichtszunahme mit dem Eintritt ins Berufsleben und dem daraus folgenden ungesunden Lebensstil zusammenhänge. Frauen nähmen dagegen langsam, aber stetig zu, was mit Geburt, Kindererziehung und Wechseljahren einhergehe (Kitaori 2009[a]:29-30). Laut Nagai bezeichnete ein Mitglied der JASSO das Verhalten, das zu Übergewicht bei Frauen führt, als „Cockpit-Syndrom“ (*kokkupitto shōkōgun*), was wie folgt beschrieben würde:

„[...] die Hausfrauen, die zu Hause sind, nachdem die Kindererziehung vorbei ist, bewegen sich nicht. Sie haben die Fernbedienungen von Fernseher und Klimaanlage zu ihren Händen und auf den Knien eine Decke und Süßigkeiten liegen. Und um etwas weiter entfernte Dinge an sich heranzuziehen, haben sie einen Rückenkratzer (lacht).“ (Kitaori 2009[a]:31)

Kitaori fügt dem noch hinzu: „Und beim Fernsehen essen sie eifrig Süßigkeiten ... (lacht)“ (Kitaori 2009[a]:31).

Bei Frauen, die arbeiten, sähe der Zunahmekreislauf ähnlich aus wie bei Männern: „Weil sie nicht frühstücken, essen sie mittags viel und weil die Arbeit lange dauert, essen sie auch abends wieder viel. Das Abendessen ist wiederum spät geworden, so dass sie am nächsten Morgen das Frühstück wieder ausfallen lassen“ (Kitaori 2009[a]:31). Im Endeffekt nähmen sie so mehr Kalorien auf, als wenn sie drei regelmäßige Mahlzeiten einnehmen würden. Nagai weist dabei auch auf psychologische Gründe hin, warum Frauen leicht zunehmen. Sie seien ständig Essen ausgesetzt, da sie für Einkaufen und Kochen zuständig seien. Beim Kochen müssten sie das Essen abschmecken und was die anderen nicht gegessen hätten, äßen sie auf, damit es nicht im Abfall lande. Bei Hausfrauen, die den ganzen Tag zu Hause sind, sei Essen außerdem oft die einzige Beschäftigung, die sie hätten. Zudem fielen Frauen leicht auf Werbung herein, die Produkte als besonders gesund anpreist. Sie glaubten dann zum Beispiel, dass Olivenöl wenig Kalorien hat, weil es gut für den Körper ist, obwohl es genauso viele Kalorien hat wie Salatöl (Kitaori 2009[a]:32).

Bevor Kitaori anschließend seine Diätmethode erläutert, fasst er noch einmal zusammen, warum Frauen schwer abnehmen: Sie könnten Graphen nicht lesen und kämen deshalb mit Kitaoris Diätmethode nicht klar; sie liebten Buffets und Sonderangebote; sie flögen auf Diätmethoden, die die Models anpreisen; sie hätten Freundinnen, die ihnen zwar sagten, dass sie noch lange nicht dick seien und sie zum Essen ermunterten, damit aber eigentlich bezweckten, dass sie selbst als dünner auffallen; sie liebten

Schaufensterbummel und Probiererecken, so dass sie naschten, obwohl sie auf Diät seien und schließlich meint Kitaori noch, dass Frauen ständig darauf warteten, eine wirksame Diätmethode zu finden, damit ein Prinz auf einem weißen Pferd sie mit ins „Traumland“ nähme. Doch diesen könnten sie nur bekommen, wenn sie Kitaoris Diätmethode befolgten (Kitaori 2009[a]:36).

Die Methode an sich ist dieselbe wie die in der Männerversion, so dass der Unterschied zwischen den beiden Versionen hauptsächlich in der Begründung für eine Diät liegt. Während Männer dadurch dem Tod entkommen sollen, wollen Frauen attraktiv sein, um sich einen Traumprinzen zu angeln. In der Frauenversion geht er nur auf zwei Seiten auf die Gefahr von Diabetes ein und beschreibt das metabolische Syndrom auf lediglich fünf Seiten. Warum er diese Bedrohungen nur so kurz zusammenfasst, erklärt Kitaori im Nachwort. Seine Verlegerin hätte ihm geraten, den wissenschaftlichen Teil kompakt zu halten, da Frauen nicht an wissenschaftlichen Erklärungen interessiert seien. Sollten sie doch genauer Bescheid wissen wollen, müssten sie eben die Männerversion lesen. (Kitaori 2009[a]:65).

An diesen Diätatgebern lässt sich gut erkennen, wie unterschiedlich Übergewicht von Männern und Frauen diskutiert wird. Während sich der aktuelle Diskurs hauptsächlich an Männer richtet, die für die Gesundheit abnehmen sollen, dreht sich der weibliche Übergewichtsdiskurs vor allem um Schönheit. Kitaori beschreibt seine Diätmethode für Männer daher als rational und wissenschaftlich, die Diätmethoden von Frauen dagegen als unvernünftig und naiv. Dabei wird allerdings leicht übersehen, dass der weibliche Übergewichtsdiskurs sehr viel komplexer ist, als in Kitaoris Ratgeber dargestellt. Da es hier aber um den aktuellen Übergewichtsdiskurs in Japan gehen soll und nicht genügend Raum gegeben ist, um den weiblichen Übergewichtsdiskurs mit all seinen Facetten zu beleuchten, seien nur kurz einige wichtige Aspekte zusammengefasst.

So hängt der Wunsch abzunehmen bei vielen Japanerinnen weniger mit dem tatsächlichen Gewicht zusammen als mit dem Wunsch nach Anerkennung und Erfolg. Ähnlich wie Männer in Japan für höchste Anstrengung und Durchhaltevermögen bei der Arbeit belohnt werden, stellt für Frauen nämlich das beharrliche Bemühen um Gewichtsreduktion eine Möglichkeit dar, Anerkennung zu gewinnen (Miller 2006:160). Traditionell gilt für Japanerinnen das Ideal der „guten Ehefrau und weisen Mutter“ (*ryōsai kenbo*), das mit einem eher stämmigen Körper assoziiert wird, doch immer mehr Japanerinnen lehnen die Rolle der Mutter und Hausfrau ab und bleiben lieber in der Rolle eines Kindes. Diäten sind für sie dann ein Mittel, äußerlich wie körperlich Kind zu bleiben, da extreme Magerkeit auch das Ausbleiben der Menstruation zur Folge haben kann (Spielvogel 2003: 200).

Seit den 1970er Jahren gibt es außerdem ein kindliches Schönheitsideal für Japanerinnen, das der *burikko*, das sich ebenfalls gegen die Mutterrolle wendet, aber auch mit sexueller Unschuld und geringer Intelligenz verbunden wird. Ursprünglich spielte Dünn-

sein bei diesem Ideal keine Rolle und im Gegenteil wurden Adjektive wie pummelig (*pocha poch*) als Kompliment verstanden (Miller 2006:24-26; Spielvogel 2003:153). Es hat dazu geführt, dass von Frauen erwartet wird, dass sie Süßigkeiten bevorzugen, was sie kindlich und niedlich erscheinen lässt. Verbunden mit dem heutigen, schlanken Schönheitsideal stellt es Frauen jedoch vor ein Problem: Einerseits sollen sie wie ein Kind viele Süßigkeiten genießen, aber andererseits mager sein. Daher flüchten sich viele in einseitige Diäten oder lassen ganze Mahlzeiten ausfallen (Spielvogel 2003:181-182). Immer mehr entwickeln durch dieses Verhalten schließlich eine Essstörung, so dass 1997 schätzungsweise eine von hundert Japanerinnen an Magersucht oder Bulimie litt (Spielvogel 2003:188).

Zudem sind Dünnsein und Übergewicht kulturell definiert und so setzen Japanerinnen Körpergröße oft mit Übergewicht und Muskeln mit Fett gleich (Spielvogel 2003:174-176). Für viele lautet das Idealgewicht 40 kg, egal wie groß oder muskulös sie sind. Der Grund für diese Zahl liegt darin, dass beliebte Models oder Schauspielerinnen von sich selbst oft angeben, 40 kg zu wiegen, so dass diese Zahl zum Symbol für Erfolg, Popularität und Glück geworden ist (Spielvogel 2003:178-179).



Insgesamt lässt sich sagen, dass durch die Einführung der Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom das Interesse an Diäten und gesunder Ernährung in Japan zugenommen hat. Zur Veranschaulichung sei das Beispiel des Waagenherstellers Tanita genannt. Als Tanita im Januar 2012 ein Restaurant in Tokio eröffnete, war der Andrang so groß, dass man sich morgens schon um Tickets bemühen musste, um mittags zwischen 11 Uhr und 15 Uhr essen zu können². Dabei hat das nach seinem Standort „Maru

2 Wie ich bei einem zweiten Besuch gut ein Jahr nach Eröffnung des Restaurants feststellen konnte, ist der Andrang unverändert.

no uchi Tanita Kantine“ (*Maru no uchi Tanita Shokudō*) genannte Restaurant nur zwei Menus im Angebot, nämlich ein täglich wechselndes und ein wöchentlich wechselndes Menu, die jeweils insgesamt um 500 kcal haben.

Zuvor hatte Tanita bereits zwei Kochbücher³ veröffentlicht, welche die kalorienarmen Rezepte und Kochmethoden vorstellten, die in der firmeneigenen Kantine verwendet wurden. Aufgrund des Erfolgs dieser Kochbücher folgte dann die öffentliche Kantine. Das Besondere an dieser ist allerdings, dass wer bei Tanita gegessen hat, an einer kostenlosen Ernährungsberatung teilnehmen kann. Dazu ist ein kleines Beratungszimmer ganz aus Glas direkt an das Restaurant angeschlossen. Wer also will, kann hier auf eine Waage steigen, die an einen Drucker angeschlossen ist und binnen Sekunden das Gewicht und andere Daten wie den Körperfettanteil ermittelt. Eine Ernährungsberaterin erklärt anhand des Ausdrucks dann die gemessenen Werte und gibt Tipps für eine gesunde Ernährung. Auch dieses Angebot stößt auf reges Interesse, was erstaunlich ist, wenn man bedenkt, dass die Gesundheitsunterweisung bei weitem nicht ihre Zielvorgaben erreicht.



Kritik an den Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom

An den oben genannten Beispielen ist deutlich geworden, welchen Einfluss die Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom auf die japanische Gesellschaft haben. Es gibt wohl keinen Japaner, der das Wort *metabo* nicht kennt, wozu sicher auch beigetragen hat, dass es 2006 zum Modewort ernannt wurde.

³ Inzwischen ist ein drittes Kochbuch erschienen und Ende Mai diesen Jahres soll die Erfolgsgeschichte der Tanita Kantine sogar auf die Kinoleinwand kommen.

Aber es gibt auch Kritik gegen die Maßnahmen. Diese richtet vor allem dagegen, dass die japanischen Krankenversicherungen gesetzlich zu ihrer Umsetzung verpflichtet wurden und sogar mit Strafzahlungen zu rechnen hatten, sollten die Zielvorgaben nicht erreicht werden. So sollte die Bestimmungsuntersuchung bis 2012 an mindestens 70% und bis 2015 an mindestens 80% der dafür infragekommenden Personen durchgeführt werden (MHLW 2007:10). Die Gesundheitsunterweisung sollte bis 2012 an mindestens 45% und bis 2015 an mindestens 60% der als *metabo* oder *metabo*-Vorstufe bestimmten Personen durchgeführt werden und letztendlich sollten die Personen mit lebensstilbedingten Krankheiten und deren Vorstufe bis 2012 um mindestens 10% und bis 2015 um mindestens 25% gegenüber der Anzahl von 2008 reduziert werden (ebd.). Diese Strafzahlungen sollten als Zusatzzahlung in Höhe von bis zu 10% in das Gesundheitssystem für die sehr Alten fließen, allerdings wurde keine der Vorgaben bis 2012 erzielt und so wurde auf die Strafzahlungen verzichtet, solange überhaupt Bestimmungsuntersuchungen und Gesundheitsunterweisungen durchgeführt wurden.

Die Kritik an den Strafzahlungen wurde deshalb geäußert, weil befürchtet wurde, dass dadurch Druck auf die Versicherten ausgeübt werden würde. Denn auch wenn die Versicherten nicht direkt Strafen zahlen müssten, würden die entstehenden Mehrkosten schließlich von ihnen getragen, da sich durch die Strafzahlungen unweigerlich die Krankenkassenbeiträge erhöhen würden (Tsutsumi 2008:37). Im schlimmsten Fall entstünde dann ein Zwang zu einem gesundem Lebensstil, was einem Eingriff in die Freiheitsrechte der Versicherten gleichkäme (ebd.).

Des Weiteren wurden die Grenzwerte für den Bauchumfang kritisiert, die für Männer zu streng und für Frauen zu nachlässig seien. Dies liegt daran, dass in Japan der Bauchumfang auf Höhe des Bauchnabels und nicht wie weltweit üblich zwischen dem unteren Rippenbogen und dem Beckenkamm gemessen wird. Während sich hierdurch bei Männern kaum ein Unterschied ergibt, wird der Bauchumfang bei Frauen, bedingt durch den von Männern verschiedenen Körperbau, an einer breiteren Stelle gemessen (Ögushi 2007:76-77). Dadurch sind die japanischen Grenzwerte für den Bauchumfang von Frauen höher als die von Männern, was weltweit einzigartig ist.

Es wird aber auch kritisiert, dass die Grenzwerte so niedrig gehalten sind, um möglichst viele Personen zur Gesundheitsunterweisung oder in Behandlung schicken zu können. Nach einer Simulation mit den Gesundheitsdaten von ca. 50.000 Japanern im Alter zwischen 40 und 74 Jahren hätten nämlich 94% der Männer und 83% der Frauen mindestens einen abweichenden Grenzwert (Ögushi 2007:24).

Auf der anderen Seite bedeutet dies zusätzliche Gewinne für die Pharmaindustrie und neue Märkte für Hersteller von diätischen Lebensmitteln oder Sportgeräten etc. Nicht zuletzt ist auch die oben erwähnte Tanita Nutznießerin der Maßnahmen gegen das Metabolische Syndrom und der Markt bietet heute von der kalorienreduzierten Lunchbox, über diätfördernde Getränke bis hin zum kalorienzählenden Springseil alles an, was irgendwie einer Diät zuträglich sein könnte. So bleibt also nur noch abzuwarten, ob Japan in Zukunft noch gesünder wird, als es jetzt schon ist.

Literaturverzeichnis

- Ashkenazi, Michael und Jeanne Jacob (2000): *The Essence of Japanese Cuisine. An Essay on Food and Culture*. Richmond.
- Ban, Hideyuki u.a. (2007): „Metaborikku shindorōmu (naizōshibō shōkōgun) kokufuku he. Hitachi gurūpu ga torikumu ,harasuma daietto““. In: *Hitachi Hyoron Bd. 89*, Nr. 12, S. 18-23.
- Kadowaki, Takashi (2008): *Anata ga metabo ni naru riyu. ,Himan idenshi‘ ga nihonjin wo futoraseru*. Tokio.
- Kitaori, Hajime (2007): *NHK Tameshite gatten ryū. Shinanai zo daietto*. Tokio.
- Kitaori, Hajime (2009[a]): *NHK Tameshite gatten. Josei no tame no seikō daietto. Yaseru suicchi futoru suicchi*. Tokio.
- Kitaori, Hajime (2009[b]): *Saishinban NHK Tameshite gatten ryu. Shinanai zo daietto. „Totsuzen-shi“ no moto, choi futori mo gekitai!* Tokio.
- MHLW (2000): *21 Seiki ni okeru Kokumin Kenkō zukuri Undō (Kenkō Nihon 21) ni tsuite. Hōko-kusho. H. v. Kenkō Nihon 21 Kikaku Kentō Kai, Kenkō Nihon 21 Keikaku Sakutei Kentō Kai*. Online-Publikation, http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/pdf/all.pdf (15.3.2013).
- MHLW (2007): *Tokutei kenko shinsa do kihon shishin ni tsuite*. Online-Publikation, http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info02_04.pdf (15.3.2013)
- Miller, Laura (2006): *Beauty Up. Exploring Contemporary Japanese Body Aesthetics*. Berkeley, Los Angeles, London.
- Nihon Eiyōshi Kai (2000): *Kenkō Nihon 21 to Eiyōshi Katsudō*. Tokio.
- OECD (2009): *Health at a Glance 2009*. OECD Indicators.
- Ōgushi, Yōichi (2007): *Metabo no wana. „Byōnin“ ni sareru kenkō na hitobito*. Tokio.
- Reaven, Gerald M. (2006): „The Metabolic Syndrome. Is This Diagnosis Necessary?“ In: *The American Journal of Clinical Nutrition Bd. 83*, S. 1237-1247.
- Schmidtpott, Katja (1998): *Fast Food, Convenience-Produkte und sozialer Wandel in Japan*. Marburg (Marburger Japan-Reihe, Bd. 24).
- Spielvogel, Laura (2003): *Working Out in Japan. Shaping the Female Body in Tokyo Fitness Clubs*. Durham, London.
- Tsutsumi Shūzō (2008): „Tokutei kenshin / hoken shidō no seidoka to kore kara no kōshū eisei (kami)“. In: *Gekkan Hodanren Bd. 962*, S. 36-38.