

Diskriminierung hochgewichtiger | adipöser Frauen im Gesundheitsbereich



Literature
REVIEW



**Diskriminierung
hochgewichtiger | adipöser Frauen
im Gesundheitsbereich**



**Literature
REVIEW**

**Diskriminierung
hochgewichtiger | adipöser Frauen
im Gesundheitsbereich**



VORWORT



Mag.ª Kristina Hametner,
Leiterin Büro für Frauengesundheit
und Gesundheitsziele/Wiener
Programm für Frauengesundheit



Peter Hacker,
Stadtrat für Soziales,
Gesundheit und Sport

Rund 28 Prozent der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren sind übergewichtig, das sind rund 425.000 Wienerinnen und Wiener, weitere 15 Prozent, rund 229.000 Personen, sind adipös. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Wienerinnen und Wiener nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu (Wiener Gesundheitsbericht 2016). Adipositas und Übergewicht stehen mit einer Reihe psychosozialer Belastungen, Diskriminierungen und Stigmatisierungen im Zusammenhang. Herauszufinden, ob und in welcher Form Stigmatisierung und Diskriminierung von hochgewichtigen/adipösen Frauen im Gesundheitsbereich stattfindet, war Aufgabe des vorliegenden Literature Reviews.

Das Wiener Programm für Frauengesundheit/Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele hat 2015 den Bericht „Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt. Eine Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Wirtschaft und Gesellschaft auf Kinder und Jugendliche“ herausgegeben. Vorrangig wurde damals von einem interdisziplinärem Team aus Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Public Health den Fragen nachgegangen: Was sind die Gründe für das weltweit steigende Übergewicht? Wie gestaltet sich ein gesundheitsförderliches Umfeld? Klar war schon damals, dass das Tabu-Thema „Stigmatisierung und Diskriminierung von hochgewichtigen Menschen“ nicht ausgespart werden konnte. So wurden erste Handlungsanleitungen zur Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung entwickelt.



Auf diesen Erkenntnissen aufbauend hat das Wiener Programm für Frauengesundheit /Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele einen Literature Review zum Thema in Auftrag gegeben. Der Literature Review gibt Aufschluss zum Stand der wissenschaftlichen Forschung in Bezug auf die gewichtsbezogene Diskriminierung von Frauen im und durch das Gesundheitswesen und zeigt antidiskriminierende Handlungsmöglichkeiten auf. Der Bericht belegt, dass Diskriminierung und Stigmatisierung dicker und hochgewichtiger Menschen im Gesundheitsbereich leider vorkommen. Empfohlen werden u.a. antidiskriminierende Maßnahmen zur Sensibilisierung des Gesundheitspersonals.

Diskriminierung findet oftmals schon in jüngsten Jahren statt und setzt sich meist in den kommenden Lebensabschnitten bis ins hohe Erwachsenenalter fort. Hochgewichtige/Adipöse Menschen wenden sich präventiv bzw. im Krankheitsfall an das Gesundheitssystem. Doch auch hier sind sie zum Teil mit Vorurteilen, negativen Stereotypen und Ungleichbehandlungen konfrontiert. Der Gesundheitsbereich ist sogar ein wesentlicher Kontext für Normierungs- und Stigmatisierungsprozesse. Vorbehalte seitens des Gesundheitspersonals oder inadäquates medizinisches Equipment können sich auf die Gesundheit hochgewichtiger Menschen auswirken.

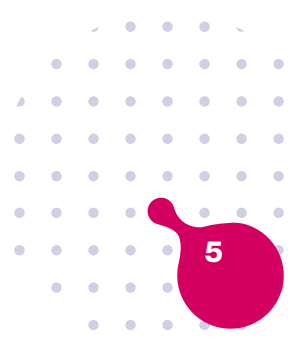
Der Bericht selbst ist als erste Sensibilisierungsmaßnahme zu verstehen und richtet sich an alle Stakeholder im Gesundheitswesen. Er bietet für die Wiener Gesundheitslandschaft eine Grundlage am Thema gemeinsam weiterzuarbeiten und einen weiteren Schritt zu setzen, damit gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle möglich wird!

Kristina Hametner

Peter Hacker

INHALT

- 1 Einleitung 6**
 - 1.1 Ausgangslage und Ziele des Projekts 6
 - 1.2 Methodik 7
- 2 Übergewicht und Adipositas: Definition, Prävalenz, Folgen..... 8**
 - 2.1 Definition, Bewertung, Therapie und Erfolgschancen 9
 - 2.2 Übergewicht und Adipositas in Wien 12
- 3 Gewichtsstigmatisierung und -diskriminierung im Gesundheitsbereich 16**
 - 3.1 Stigma und Diskriminierung gegenüber hochgewichtigen Menschen: Definitionen 16
 - 3.2 Ursachen von Gewichtsstigmatisierung 18
 - 3.3 Prävalenz und Formen von Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen..... 19
 - 3.4 Konsequenzen von Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen... 28
- 4 Interventionen zur Stigma-Reduktion/Implikationen für den Gesundheitsbereich 32**
 - 4.1 Reduktion des öffentlichen Gewichtsstigmas 32
 - 4.2 Handlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzte 34
 - 4.3 Adäquate medizinische Ausstattung und dickenfreundliches Behandlungsumfeld 35
 - 4.4 Förderung einer nicht-stigmatisierenden Kommunikation 36
 - 4.5 Individuelle Unterstützung und psychosoziale Interventionen 39
 - 4.6 Zum Forschungsstand 41
- 5 Zusammenfassung 42**
- 6 Literatur 48**





1 EINLEITUNG

1.1 Ausgangslage und Ziele des Projekts

Stigmatisierende Einstellungen und Ungleichbehandlung gegenüber hochgewichtigen Menschen sind in der Bevölkerung weit verbreitet und scheinen – parallel zur Zunahme von Übergewicht und Adipositas – in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen zu haben. Aktuelle Studien lassen darauf schließen, dass auch in der medizinischen Praxis sowie im Pflegebereich Gewichtsdiskriminierung keine Ausnahmereischeinung darstellt. Erfahrungen mit voreingenommenen (Fehl-)Diagnosen, ungeeigneten Therapien, herabwürdigenden Umgangsformen oder mangelhafter medizinischer Ausstattung können nicht nur dazu führen, dass betroffene Personen das Gesundheitssystem nicht mehr in Anspruch nehmen – und damit eventuell ihre Gesundheit gefährden –, sondern dass durch die (wiederholte) Diskriminierungserfahrung psychische oder physische Erkrankungen gefördert werden können.

Ziel des vorliegenden Projekts ist es, anhand einer wissenschaftlichen Literaturrecherche einen Überblick über (mögliche) Formen von Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitsbereich, ihren Auswirkungen sowie über antidiskriminierende Handlungsmöglichkeiten zu schaffen. Folgende Fragestellungen sind dabei richtungsweisend: Werden übergewichtige Frauen im und durch das Gesundheitssystem diskriminiert? Welche Studienergebnisse gibt es zu diesem Thema? Wie wirkt sich die Diskriminierung anhand des Körpergewichts durch das Gesundheitspersonal (Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal, Sprechstundenhilfe, DiätologInnen etc.) auf die Gesundheit von übergewichtigen Patientinnen aus?

In den folgenden Kapiteln werden die methodische Vorgehensweise (Kap. 1), Rechercheergebnisse zur Gewichtsdiskriminierung (Kap. 3) sowie Implikationen für den Gesundheitsbereich bzw. Interventionsmöglichkeiten (Kap. 4) beschrieben. Die wesentlichen Erkenntnisse werden im letzten Kapitel zusammengefasst (Kap. 5). Obwohl der Fokus der Recherche auf der Gewichtsdiskriminierung liegt, wurden für die wissenschaftliche Kontextbildung allgemeine Informationen zur Definition von Übergewicht und Adipositas, ihrer Prävalenz und gesundheitlichen Folgen aus medizinischer Sicht berücksichtigt (Kap. 2).

1.2 Methodik

Ziel des vorliegenden Literature Reviews ist es, anhand einer Literatur- und Online-recherche wissenschaftlicher Artikel und Studien einen Überblick über (mögliche) Formen der Diskriminierung von Personen mit höherem Körpergewicht im Gesundheitsbereich, ihren Auswirkungen sowie antidiskriminierende Handlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Während die Anzahl an Publikationen zu Hochgewicht und Adipositas im Allgemeinen in den letzten Jahren regelrecht explodiert ist, ist der Forschungsstand zu Gewichtsstigma und Gewichtsdiskriminierung nach wie vor als fragmentiert zu bewerten. Vorliegender Review hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen explorativen Brückenschlag von konventionellen Ansätzen der Adipositas-Therapie bis hin zu den sich etablierenden **Fat Studies** zu machen, um die teilweise sehr widersprüchlichen Positionen aus Medizin und Pflegewissenschaft, Psychologie, Sozialwissenschaft und Sozialarbeit, Philosophie oder Rechtswissenschaften zum Thema Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitsbereich aufzuzeigen.

Im Zentrum des Forschungsinteresses standen Arbeiten, die geschlechtsspezifische bzw. intersektionale Diskriminierungsmuster in Bezug auf höheres Körpergewicht untersuchen. Ein Großteil der verwendeten Quellen für diesen Review stammt aus dem deutschsprachigen Raum, wobei einschränkend festzuhalten ist, dass der Forschungsbereich zu Gewichtsdiskriminierung sich hier erst in der Etablierungsphase befindet. (Zum Forschungsstand siehe auch Kap. 4.6) Zur weiterführenden Analyse wird daher auf die US-amerikanische Literatur sowie auf Publikationen internationaler Journals zurückgegriffen, die in diesem Bereich federführend sind. Der Fokus liegt dabei auf Publikationen der letzten zehn Jahre (ca. 2008–2018), die die Ergebnisse aus internationalen – vorrangig qualitativen – Primärerhebungen widerspiegeln.

Hinweis zur Verwendung von Begriffen

Begriffe wie „Übergewicht“ und „Adipositas“ werden für den medizinischen Kontext beibehalten, grundsätzlich ist aber in Anlehnung an zum Beispiel Rothblum (2017) oder Beigang et al. (2017) von „hohem Körpergewicht“, „Hochgewicht“ oder „dicken Menschen“ die Rede, da der Begriff „Übergewicht“ (genauso wie „Untergewicht“) suggeriert, dass es ein allgemeingültiges ideales Normalgewicht gibt. Auf Begriffe wie „Fettsucht“ und „Fettleibigkeit“ wurde verzichtet.

2 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS: DEFINITION, PRÄVALENZ, FOLGEN

„Obesity is a metabolic disease (ICD-10 code E66) that has reached epidemic proportions. The World Health Organization (WHO) has declared obesity as the largest global chronic health problem in adults which is increasingly turning into a more serious problem than malnutrition. Obesity is a gateway to ill health, and it has become one of the leading causes of disability and death, affecting not only adults but also children and adolescents worldwide.“

• • • **Yumuk et al. 2015: 403**

Übergewicht und Adipositas werden in den westlichen Industriestaaten als ernsthaftes Gesundheitsproblem angesehen, dessen zukünftiges Ausmaß noch nicht abzuschätzen ist. Nach der *World Health Organization* (WHO) stellen Übergewicht und Adipositas eine der größten aktuellen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik dar, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf transnationaler, nationaler sowie regionaler Ebene erfordern. Seit den 1980er-Jahren hat sich der Anteil an übergewichtigen Menschen weltweit mehr als verdoppelt. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation sind derzeit mehr als 1,9 Milliarden Menschen übergewichtig, von denen rund 600 Millionen Menschen als adipös angenommen werden. In Europa werden 21,5 Prozent der Männer und 24,5 Prozent der Frauen als adipös sowie 12,4 Prozent der Kinder als übergewichtig klassifiziert. (Yumuk et al. 2015)

Neben den epidemiologischen Aspekten stehen zurzeit vor allem die damit verbundenen gesundheitsökonomischen Aspekte als gesamtgesellschaftliche Besorgnis im Mittelpunkt des gesundheitspolitischen Diskurses (siehe weiter unten). Zuvor soll aber versucht werden, Übergewicht und Adipositas hinsichtlich Definition, Gesundheitsrisiken und Therapieformen in aller Kürze zu umreißen. Ebenso kurz wird auf die Situation in Wien eingegangen, um so die Rahmenbedingungen für die Diskussion um die Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitssystem zu schaffen.

2.1 Definition, Bewertung, Therapie und Erfolgschancen

Unter Adipositas versteht man die über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Die WHO definiert **Gewicht** über den **Body Mass Index (BMI)**, dem Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern. Bei der Bewertung der Adipositas unterscheidet die WHO drei Stufen.

Body Mass Index (BMI):

Einteilung der Gewichtsklassen bei Erwachsenen nach WHO

Bezeichnung	BMI in kg/m ²
Normalgewicht	18,5–24,9
Übergewicht	25,0–29,9
Adipositas Grad I (moderat)	30,0–34,9
Adipositas Grad II (schwer)	35,0–39,9
Adipositas Grad III (extrem)	über 40

Quelle: Lehnert et al. 2012

In der Medizin spricht man bei einem BMI zwischen 19 und 25 kg/m² von „Normalgewicht“, bei einem BMI zwischen 25 und 30 kg/m² von „Übergewicht“ und ab einem BMI von 30 kg/m² von „Adipositas“ bzw. „Fettleibigkeit“ – ein Begriff, auf den im Rahmen dieser Studie in Folge verzichtet wird. Bei einem BMI von unter 18,5 kg/m² spricht man von Untergewicht.

Die **Kritikpunkte am BMI** sind, dass nicht zwischen Körperfett- und Körpermagermasse unterschieden wird, was etwa bei muskulösen oder älteren, muskelschwächeren Menschen zu Fehleinschätzungen führen kann; außerdem wird die Verortung des Fettgewebes an den jeweiligen Körperstellen nicht berücksichtigt. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass Bauchfett im Gegensatz zu Fettgewebe an Hüften, Oberschenkeln und Gesäß ein bedeutend höheres Gesundheitsrisiko birgt. Bei Erwachsenen werden daher der Bauchumfang sowie der Taillen-Hüftquotient zur Bewertung des Gesundheitsrisikos herangezogen. (Shoaib et al. 2016, Dorner et al. 2015) Der BMI bietet zwar einen schnellen Überblick über die Körpermasse, sollte in der Praxis jedoch nicht überbewertet werden – körperliche Fitness und Gesundheit zu erlangen, ist wichtiger als das Erreichen eines bestimmten Körpergewichts. Studien zufolge liegt das gesundheitlich günstigste Gewicht aktuell bei einem BMI von 27,5 kg/m², das in die Kategorie Übergewicht fällt. Gesundheitlich am meisten gefährdet sind stark übergewichtige und untergewichtige Menschen. (Shoaib et al. 2016, FEM – Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.)



Als **Ursachen** für Hochgewicht und Adipositas werden unter anderem Erbanlage, Ernährung und Lebensweise, mangelnde körperliche Bewegung in Kombination mit psychischen Faktoren wie Stress, Einsamkeit, Depression und Frustration mit Essen als Belohnung angenommen. Auch einige Krankheiten können zu Hochgewicht führen, etwa eine Schilddrüsenunterfunktion, das Cushing-Syndrom (Überproduktion von Cortisol) oder Hirntumore. Verkürzt gesprochen, werden Hochgewicht und Adipositas meist als komplexes Zusammenspiel von genetischer Disposition und Lebensgewohnheiten diskutiert, äußere Umstände wie soziale Einflüsse und Umwelteinflüsse werden als mögliche Ursache diskutiert und punktuell anerkannt. (Yumuk et al. 2015)

Im Bericht „Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt“ haben ExpertInnen darauf hingewiesen, dass auch die Verantwortung von Wirtschaft, Medien und Werbung in den Fokus gerückt werden muss. (Wiener Programm für Frauengesundheit 2015) Ihre Produkte und Marketingstrategien sind auf ihre Auswirkungen bezüglich Adipositas und Essstörungen zu hinterfragen: Zum einen hat die **industrielle Nahrungsmittelproduktion** nicht nur die Art der Nahrungsaufnahme verändert. Sie führt parallel auch zu einer Zunahme der Essensmenge insgesamt. Der Fett- und Zuckeranteil in verarbeiteten Lebensmitteln ist enorm hoch und begünstigt Übergewicht und Adipositas. Zum anderen propagieren Werbung und Medien widersprüchliche Botschaften, nämlich dass unerreichbare Schlankheits- und Körpernormen mit dem Konsum bestimmter, häufig dickmachender Nahrungsmittel erreicht werden können. Dies kann ein steigendes Körpergewicht zur Folge haben. Interessensvertretungen der Werbe- und Nahrungsmittelindustrie wirken weltweit auf KonsumentInnen ein, manipulieren ihr Essverhalten und fördern eine Adipositas begünstigende Ernährungskultur. (Kramer 2015) Die WHO hat in diesem Zusammenhang mittlerweile den Begriff der *Industrial Epidemics* eingeführt, denn es ist das Lebensumfeld, in diesem Fall die Industrie, die krank macht.¹

¹ Siehe dazu auch [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30217-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30217-0/fulltext).

Adipositas wird in allen Altersgruppen mit einer Vielzahl an **Komorbiditäten** und daher mit einem **erhöhten Gesundheitsrisiko** assoziiert. Zu den Erkrankungen, die nicht nur bei Erwachsenen, sondern bereits bei Kindern aufgrund eines zu hohen Körpergewichts entstehen können, gehören Stoffwechselstörungen wie Glukosetoleranzstörungen, Insulinresistenz, Diabetes mellitus Typ 2, metabolisches Syndrom, erhöhte Cholesterinwerte etc. Grundsätzlich stellen ernährungsassoziierte Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, häufige Krebserkrankungen und chronische Erkrankungen der Verdauungsorgane in allen Industrieländern wesentliche Ursachen für Morbidität und Mortalität dar. Zu weiteren Einschränkungen der Lebensqualität zählen reduzierte Vitalität, Schlafapnoe-Syndrom, hoher Blutdruck, Asthma, Hautinfektionen, Schmerzen und Limitierung der Beweglichkeit, psychische Probleme, Stigmatisierung etc. (Wirth/Hauner 2013, Lehnert et al. 2012)

Adipositas wird von der WHO als chronische Krankheit, **nicht aber als Essstörung klassifiziert**. Allerdings scheint die so genannte **Binge-Eating-Störung** (BES) bei Menschen mit Adipositas häufiger vorzukommen. (Dorner et al. 2015, de Zwaan 2012) Bei der Binge-Eating-Störung handelt es sich um wiederkehrende Esssackten, die mit einem Gefühl des Kontrollverlusts einhergehen und in Folge mit Ekelgefühlen gegenüber sich selbst, Depression oder Schuldgefühlen. Ca. 15 bis 30 Prozent (nach manchen Quellen bis zu 50 Prozent) jener Menschen, die Hilfe wegen ihrer Adipositas suchen, leiden an Essanfällen oder einer Binge-Eating-Störung. Frauen und Männer sind in etwa gleich häufig betroffen. (Dorner et al. 2015, de Zwaan 2012, Lehnert et al. 2012) BES und Adipositas sind also nicht gleichzusetzen, gemeinsame Ursachenforschung und Therapieansätze werden aber als sinnvoll erachtet. (Wunderer 2015)

Die drei **Grundpfeiler der konventionellen Adipositas-Therapie** bestehen aus Diät- und Ernährungsberatung, Verhaltenstherapie (das Hunger- und Sättigungsgefühl wird neu gelernt, Stress abgebaut, Essstörungen vorgebeugt) sowie Bewegungstraining. Sollte sich trotz dieser mittel- bis langfristig umzusetzenden Maßnahmen kein Gewichtsverlust einstellen, kann eine unterstützende medikamentöse Behandlung und in Fällen extremer Adipositas (mit einem BMI über 40 kg/m² oder einem BMI über 35 kg/m² mit Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus) eine chirurgische Behandlung in Frage kommen. Zu den bekannteren chirurgischen Eingriffen zählt die Gastroplastik (Verkleinerung des Magens) sowie das Magenband (*Gastric Banding*), mittels dessen der Mageneingang verkleinert wird.

Für die standardisierte Bewertung und Behandlung von Adipositas stehen in der medizinischen Praxis **Richtlinien** und **Leitfäden** zur Verfügung, unter anderem die *European Guidelines for Obesity Management in Adults*² (Yumuk et al. 2015) oder die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“.³ (DAG e.V. 2014)

Die **Erfolgchancen** eines konventionellen Therapieansatzes – sieht man die langfristige Gewichtsreduktion als Ziel an – werden widersprüchlich diskutiert. Grundsätzlich wird eine Gewichtsreduktion von fünf bis 15 Prozent innerhalb von sechs Monaten als realistisch und am gesundheitsförderndsten eingeschätzt. Die Hauptziele sind die Beibehaltung des reduzierten Gewichts sowie die erfolgreiche Behandlung der Komorbiditäten. Die Anlage zum Übergewicht bleibt allerdings auch nach einer Gewichtsreduktion erhalten – ungefähr ein Drittel der adipösen Personen in Behandlung schafft eine langfristige **Gewichtsverminderung**.⁴ Viel öfter ist in der Literatur von unpassenden Diäten und Jo-Jo-Effekt die Rede, die eine noch stärkere Gewichtszunahme mit sich bringen und oft den Beginn eines Teufels-

2 <https://www.karger.com/Article/Pdf/442721>

3 http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014.pdf

4 <https://www.adipositas-austria.org/adipositas.html>



kreislaufs (**weight cycling**) bedeuten, der nicht nur die Gesundheit, sondern auch das psychische Gleichgewicht der PatientInnen nachhaltig gefährden. (Jäger et al. 2015, Yumuk et al. 2015)

Gewichtsstigma und **Gewichtsdiskriminierung** im Gesundheitssystem sowie deren Konsequenzen für die Gesundheit und die medizinische Versorgung von hochgewichtigen Menschen werden in den aktuellen medizinischen Adipositas-Nachschlagewerken im deutschsprachigen Raum kaum abgebildet. (Herpertz et al. 2015, Wirth/Hauner 2013, Lewandowski/Bein 2012) Ausnahmen bilden hier Hilbert und de Zwaan, die versuchen, den Themenkomplex Gewichtsstigma, so wie dieser in den folgenden Kapiteln dargestellt wird, in die konventionelle Medizin zu integrieren bzw. mit psychosomatischen Ansätzen deren Blickwinkel zu erweitern. (Hilbert 2015, Hilbert et al. 2014, de Zwaan 2012)

5 Siehe dazu die aktuelle Presseinformation „Adipositas-Epidemie überrollt uns ungebremsst“ der Österreichischen Adipositas Gesellschaft, https://www.adipositas-austria.org/1805_PR_adipositas-epidemie-ueberrollt-uns-ungebremsst.html.

6 Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 bezieht sich auf die Österreichischen Gesundheitsbefragungen 2006/2007 und 2014 der Statistik Austria, gemessen wurde mithilfe des BMI.

Im Mittelpunkt des aktuellen gesundheitspolitischen Diskurses aus medizinischer Sicht stehen neben den epidemiologischen Aspekten⁵, dem damit verbundenen Gesundheitsrisiko und der Ursachenforschung vor allem die **gesundheitsökonomischen Aspekte**. In Deutschland zum Beispiel sind mehr als die Hälfte der erwachsenen Menschen übergewichtig oder adipös, die Häufigkeit nimmt mit dem Alter stark zu, auch der sozioökonomische Status wird als wesentlicher Einflussfaktor genannt. Die Entwicklungen werden auch deshalb als besorgniserregend eingestuft, da mit den mit Adipositas assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft verbunden sind. Dabei wird der weitaus größere Teil der Kosten der Behandlung von Folgeerkrankungen zugeschrieben als den direkten medizinischen Versorgungskosten. Die Hälfte der gesamten Krankheitskosten machen die indirekten Kosten aus, also den „*durch den Verlust an Lebensjahren und Lebensqualität zustande kommenden volkswirtschaftlichen Produktionsausfall.*“ (Lehnert et al. 2012: 7)

Die Evidenz zur **Effektivität und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen**, die eine Reduktion von Übergewicht und Adipositas anstreben, wird als zu fragmentarisch angegeben, als dass schlüssige Aussagen dazu getroffen werden könnten. (ebd.)

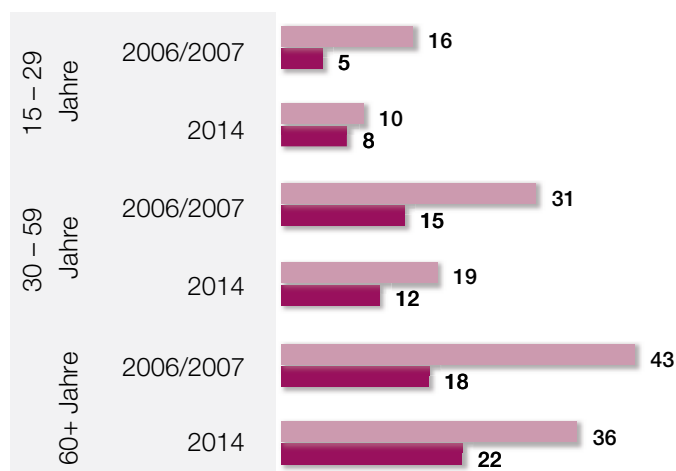
2.2 Übergewicht und Adipositas in Wien

Übergewicht und Adipositas steigen auch in Österreich bzw. in Wien an, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Laut Wiener Gesundheitsbericht 2016 sind rund 28 Prozent der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren übergewichtig, das sind rund 425.000 Personen.⁶ Weitere 15 Prozent, rund 229.000 Personen, sind adipös.

Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind davon deutlich häufiger betroffen als Frauen in diesen Altersgruppen. So sind zum Beispiel im Jahr 2014 zwölf Prozent der Wienerinnen und 18 Prozent der Wiener adipös, 19 Prozent der Wienerinnen und 37 Prozent der Wiener sind übergewichtig. Der Anteil an hochgewichtigen Wienerinnen und Wienern nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu. (Stadt Wien 2017: 53)

Wie in der folgenden Abbildung (Abb.1) dargestellt, hat der Anteil übergewichtiger Frauen in Wien seit 2006/2007 in allen Altersgruppen abgenommen. Ebenso abgenommen hat der Anteil der Frauen mit Adipositas in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen, bei den 15- bis 29-Jährigen und den ab 60-Jährigen ist der Anteil hingegen gestiegen. (ebd.: 54)

Wien: Anteile Frauen mit Übergewicht/Adipositas



- Frauen Übergewicht
- Frauen Adipositas

Quelle: Wiener Gesundheitsbericht 2016 (Stadt Wien 2017: 53), eigene Darstellung

Bei den übergewichtigen Männern (Abb. 2) war seit 2006/2007 ein Anstieg in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen zu bemerken, in den anderen Altersgruppen hat der Anteil abgenommen. Der Anteil an Männern mit Adipositas hat in allen Altersgruppen zugenommen. (ebd.)

Abb. 1: Anteile Frauen (ab 15 Jahren) mit Übergewicht und Adipositas in Prozent nach Altersgruppen, Wien 2006/2007 und 2014



Wien: Anteile Männer mit Übergewicht/Adipositas

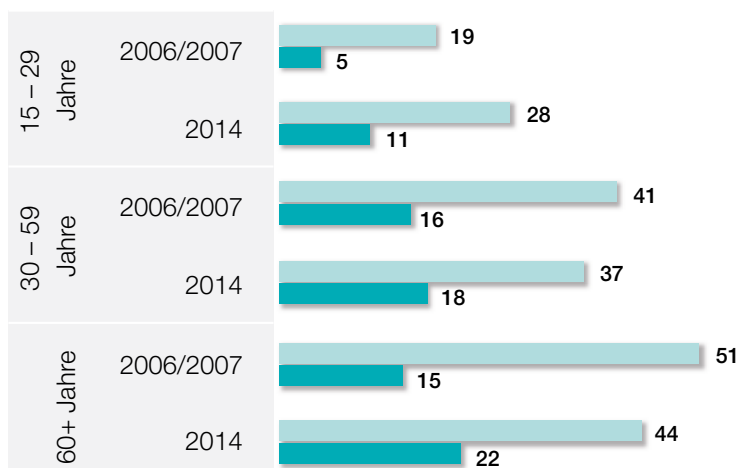


Abb. 2: Anteile Männer (ab 15 Jahren) mit Übergewicht und Adipositas in Prozent nach Altersgruppen, Wien 2006/2007 und 2014

■ Männer Übergewicht
■ Männer Adipositas

Quelle: Wiener Gesundheitsbericht 2016 (Stadt Wien 2017: 53), eigene Darstellung

7 Im Vergleich zur eingangs erwähnten europaweiten WHO-Statistik, stellt sich die geschlechtsspezifische Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Österreich bzw. in Wien umgekehrt dar. Demnach sind in Österreich bzw. Wien Männer häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Frauen.

8 Vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/025420.html

Im Vergleich dazu sind laut Österreichischer Gesundheitsbefragung in **Österreich** rund 33 Prozent der Menschen ab 15 Jahren übergewichtig (im Schnitt deutlich mehr als in Wien) und weitere 14 Prozent adipös (im Vergleich etwas weniger als in Wien). Wie in Wien sind auch in Gesamtösterreich Männer häufiger übergewichtig als Frauen (rund 26 Prozent der Frauen, rund 40 Prozent der Männer) sowie häufiger adipös (rund 13 Prozent der Frauen, rund 16 Prozent der Männer).⁷ Die Tendenz zum Übergewicht ist im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/2007 steigend, die Tendenz zur Adipositas im Vergleich sinkend.⁸

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas korreliert mit **Bildungsstatus** und **Einkommenschicht**. So sind Wienerinnen und Wiener (ab 30 Jahren) mit Matura seltener übergewichtig als jene mit niedrigerem Bildungsabschluss, darüber hinaus steigt der Anteil hochgewichtiger Personen tendenziell mit einem sinkenden Haushaltseinkommen. (Stadt Wien 2017: 54)

Wienerinnen und Wiener mit **Migrationshintergrund** sind, statistisch über alle Altersgruppen hinweg betrachtet, seltener übergewichtig oder adipös (insg. 38 Prozent) als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (insgesamt 46 Prozent). Dies gilt insbesondere für die weibliche Wiener Bevölkerung (ab 15 Jahren): Während 41 Prozent der Wienerinnen ohne Migrationshintergrund übergewichtig oder adipös

sind, sind es bei den Wienerinnen mit Migrationshintergrund nur 26 Prozent. Der Unterschied wird mit dem Altersunterschied der Vergleichsgruppen erklärt: Wienerinnen ohne Migrationshintergrund sind im Durchschnitt älter als Wienerinnen mit Migrationshintergrund. (ebd.)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass, gemessen am BMI, über 40 Prozent der Wiener Bevölkerung über 15 Jahren übergewichtig sind, etwa 15 Prozent davon werden als adipös eingestuft. Männer sind in allen Alterskategorien deutlich mehr von Übergewicht und Adipositas betroffen als Frauen. Die Tendenz zur Adipositas erwies sich in den letzten Jahren als eher steigend, dies trifft insbesondere auf Männer aller Altersgruppen zu sowie auf die 15- bis 29-jährigen und die über 60-jährigen Wienerinnen. Die Tendenz zu Übergewicht ist hingegen deutlich am Sinken, dies gilt insbesondere für Frauen. Der Anteil an hochgewichtigen Wienerinnen und Wienern nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu; Personen mit höherem Bildungsstatus, höherem Einkommen und mit Migrationshintergrund sind im Vergleich seltener hochgewichtig.

3 GEWICHTSSTIGMATISIERUNG UND -DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSBEREICH

Gleichzeitig mit der steigenden Prävalenz von Hochgewicht und Adipositas hat sich auch die öffentliche Wahrnehmung in den westlichen Industriestaaten in den letzten Jahrzehnten radikal verändert. Bewertete zum Beispiel Anfang der 2000er-Jahre nur ein geringer Prozentsatz der deutschen Bevölkerung Adipositas als dringendes Gesundheitsthema, ist mittlerweile die Mehrheit von einem dringenden Handlungsbedarf überzeugt. (Sikorski et al. 2011)

Laut einer aktuellen repräsentativen Umfrage finden 71 Prozent der Deutschen hochgewichtige Menschen unästhetisch, 15 Prozent versuchen sogar bewusst, den Kontakt zu ihnen zu vermeiden. 85 Prozent der Deutschen glauben, adipöse Menschen seien gesundheitlich eingeschränkt und teilweise immobil (71 Prozent), rund die Hälfte ist der Meinung, dass hochgewichtige Menschen sozial weniger anerkannt sind. (Forsa 2016)

Dicke und sehr dicke Menschen sehen sich also immer größeren psychosozialen Einschränkungen wie stereotypen Zuschreibungen, Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt, wobei sich gerade der Gesundheitsbereich als wesentlicher Kontext für Normierungs- und Stigmatisierungsprozesse herausgestellt hat. (Jäger et al. 2015, Malterud/Ulriksen 2011)

Folgende Kapitel führen mit einem Überblick über Definitionen von Gewichtsstigma und Gewichtsdiskriminierung und deren Ursachen in den Themenbereich ein, um in Folge über Formen und Prävalenz von Gewichtsdiskriminierung konkret im Gesundheitsbereich und deren Konsequenzen für Individuum und Gesundheitsversorgung zu berichten.

3.1 Stigma und Diskriminierung gegenüber hochgewichtigen Menschen: Definitionen

Obwohl das Bewusstsein in der Bevölkerung gestiegen ist, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung mit multifaktoriellen Ursachen handelt, konnte und kann nach wie vor ein Anstieg von negativer Wahrnehmung und abwertender Haltung gegenüber Menschen mit Hochgewicht und Adipositas beobachtet werden. Studien sowie Übersichtsarbeiten der letzten zwei Jahrzehnte belegen, dass Stigmatisierung von hochgewichtigen Menschen, also die Zuschreibung negativer Attribute, sowohl allgemein in der Bevölkerung als auch in bestimmten Berufsgruppen, zum Beispiel im Bildungs- und Gesundheitsbereich, häufig vorkommt. (Luck-Sikorski 2017, Hilbert/Geiser 2012, Sikorski et al. 2011)

Als **soziales Stigma** gilt ein Merkmal, das mit stark negativen Bewertungen verknüpft ist, was mit einer gesellschaftlichen Abwertung der Personen einhergeht, denen dieses Merkmal zugeschrieben wird. Diese vorurteilshaften Zuschreibungen lassen Menschen als abweichend, auffällig oder beeinträchtigt erscheinen. Ein hohes Körpergewicht bzw. Adipositas stellt in dieser Hinsicht ein besonderes Stigma dar, da es sich um ein physiologisches Differenzierungsmerkmal handelt, wo der Körper sehr offensichtlich und nicht versteckbar nicht der Norm entspricht. In der Literatur wird hier vom **Gewichtsstigma** oder **Adipositasstigma** gesprochen. Das körperliche Erscheinen wird von anderen Personen vor dem Hintergrund der gängigen gesellschaftlich-kulturellen Matrix bewertet – in der zurzeit die schlanke, fitte, gesunde und leistungsstarke bzw. -orientierte Person als Ideal gilt –, um in Folge weitreichende Schlussfolgerungen auf andere Attribute und Persönlichkeitsmerkmale der hochgewichtigen Person zu ziehen. Dicken Menschen wird zum Beispiel zugeschrieben, *faul, willensschwach, gefräßig, unmotiviert, emotional gestört, hässlich, unattraktiv oder unhygienisch* zu sein. (unter anderem Luck-Sikorski 2017, Hilbert 2015, Hilbert/Geiser 2012)

Wenn es aufgrund des sozialen Stigmas, also der Zuschreibung negativer Attribute und Stereotype, zu einer tatsächlichen Ungleichbehandlung von hochgewichtigen Menschen kommt, spricht man von einer **gewichtsbezogenen Diskriminierung**, die im angloamerikanischen Sprachraum auch als *Weight Bias* oder *Sizeism* oder *Anti-Fat Bias* diskutiert wird. (Luck-Sikorski 2017, Chrisler/Barney 2016)⁹

In den gesichteten Studien wird zum Teil zwischen Stigmatisierung (*stigma*) und Diskriminierung (*bias*) differenziert, zum Teil werden diese sozialen Prozesse gemeinsam untersucht, da Attributierung und Stigmatisierung dem Diskriminierungsprozess als inhärent bzw. als Vorstufe zu solchem gesehen werden, um mit Sikorski et al. (2001) zu sprechen.

„*Discrimination is seen as a resulting phenomenon which is based on negative attributes. Therefore, every evidence of existing discrimination also supports the existence of negative attribution. (...) Hence, the terms of negative attribution and stigmatizing attributes are used to describe the same mechanism. Being a prequel of following discrimination, the nature of these attitudes needs to be investigated.*“ (ebd.: 1)

Einheitlich wird hingegen ein direkter Zusammenhang zwischen Gewichtsgröße (BMI) und Diskriminierungserfahrung festgestellt. Je ausgeprägter das Hochgewicht, desto häufiger und stärker werden stigmatisierende Einstellungen wahrgenommen bzw. desto häufiger wird von Diskriminierungserfahrungen berichtet. (Luck-Sikorski 2017, Chrisler/Barney 2016, Hilbert 2015, Puhl/Heuer 2010)

9 In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass von Diskriminierung anhand statt aufgrund eines Merkmals die Rede sein muss, um zu verdeutlichen, dass das Merkmal Gewicht nicht den kausalen Grund einer Diskriminierung darstellt, sondern dass der „Grund“ vielmehr in den Einstellungen und Sichtweisen der diskriminierenden Personen, also der VerursacherInnen liegt. (Beigang et al. 2017)



Werden Stigmatisierung und Schuldzuweisungen von hochgewichtigen Personen auch verinnerlicht, spricht man vom **internalisierten Stigma**, mit der Konsequenz, dass die oben angeführten negativen Zuschreibungen sowie die Eigenverantwortung für eben diese übernommen und für gültig erklärt werden. So haben dicke Menschen häufig ebenso Vorbehalte gegenüber anderen dicken Menschen, sind vielfach unzufrieden mit sich und ihrem Körper und versuchen deshalb abzunehmen. Untersuchungen konnten auch zeigen, dass hochgewichtige Menschen selbst stigmatisierende Einstellungen gegenüber ihrer eigenen Gruppe hegen, was eine positive „Ingroup Präferenz“ gegenüber ihrer eigenen Gruppe im Vergleich zu anderen Gruppen erschwert und daher wenig Unterstützung im Sinne eines gegenseitigen Empowerments bietet. (Beigang et al. 2017, Luck-Sikorski 2017)

3.2 Ursachen von Gewichtsstigmatisierung

Stigmatisierende Einstellungen gegenüber hochgewichtigen Menschen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Sie sind im Kontext von einerseits **Selbstverschuldung** und der **Überzeugung zur Verantwortlichkeit** gegenüber dem eigenen Körper sowie andererseits der **kulturellen Abwertung dickleibiger Körper** vor dem Hintergrund gängiger Schönheitsideale oder anderer Ideologien zu sehen.

„Gewichtsbezogene Stigmatisierung ist im Wesentlichen durch interne Attributionen auf ein mutmaßliches individuelles Fehlverhalten der Betroffenen erklärbar. Damit sind stigmatisierende Einstellungen auch Ausdruck eines reduktionistischen Verständnisses der komplexen, multifaktoriellen Adipositasätiologie, in dem genetische Prädispositionen und externe Einflüsse der obesogenen Umwelt vernachlässigt werden.“ (Hilbert 2015: 422f.)

In der Diskussion um mögliche Ursachen der Gewichtsstigmatisierung wird der Rolle der wahrgenommenen Verantwortung für die stigmatisierende Eigenschaft, also der vermeintlichen Selbstverschuldung, viel Bedeutung zugemessen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Bewertung umso negativer ausfällt, je mehr eine sich von der Norm differenzierende Eigenschaft, eine Betroffenheit oder eine Erkrankung als selbstverantwortet wahrgenommen wird. Im Sinne der sozialpsychologischen **Attributionstheorie** oder Schuldattributions-theorie beschreibt dies, ob Menschen mehr oder weniger Schuld an der eigenen (negativen) Lebenssituation zugeschrieben wird. Während die Frage der Schuld bei (angeborenen) körperlichen Beeinträchtigungen zum Beispiel gar nicht gestellt wird, wird von vielen Personen sowohl die Zunahme von Gewicht als auch das Beibehalten eines hohen Gewichts als selbst verschuldet bewertet und als fehlende Selbstkontrolle, Willensschwäche oder Motivationsmangel interpretiert.

In der Literatur finden sich viele Hinweise darauf, dass Vorurteile und stereotype Zuschreibungen gegenüber hochgewichtigen Menschen größer sind, wenn diese für ihr hohes Gewicht als selbstverantwortlich gesehen werden. Adipositas wird – oft trotz besseren Wissens – als kontrollierbare Erkrankung bzw. als ein Verhaltensproblem angesehen, das durch unmäßiges Essen und zu wenig Bewegung selbst verschuldet ist. Diese Logik suggeriert, dass Menschen mit ihrem hohen Gewicht bewusst in Kauf nehmen, ihrer Gesundheit zu schaden und damit Kosten für die Allgemeinheit zu verursachen. Biologische bzw. genetische Faktoren sowie Umweltfaktoren werden dabei vernachlässigt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit vermehrt zugewiesener Schuld am eigenen Gewicht und mit steigendem BMI auch die negativen Einstellungen gegenüber hochgewichtigen Menschen steigen. (Beigang et al. 2017, Luck-Sikorski 2017, Schorb 2017, Hilbert/Geiser 2012) Ideologien wie Individualismus oder politischer Konservatismus sind maßgeblicher Hintergrund für diese Attributionsmuster (Hilbert 2015), genauso wie gängige Schönheitsideale zur gesellschaftlichen Abwertung dicker Körper beitragen.

„Doch womöglich sind die entscheidenden Gründe für die Stigmatisierung dicker Menschen weder in der Frage nach den angenommenen Ursachen des hohen Körpergewichts noch nach den individuellen Anstrengungen zur Reduktion des Körpergewichts zu suchen, sondern in einer soziokulturell verankerten ästhetisch motivierten Ablehnung dicker Menschen.“ (Schorb 2017: 33)

Der „kulturell bedingte Ekel vor Körperfett“ wird in manchen Studien als relevanter eingeschätzt als die Frage nach den Ursachen. (ebd.) Neben dem ästhetischen Argument wird auch ein meritokratischer Aspekt in die Diskussion eingebracht, da der schlanke Körper in unserer Leistungsgesellschaft als Beweis für die Fähigkeit zur Selbstkontrolle, Eigenverantwortung und Leistungsbereitschaft wahrgenommen wird. Eine Fähigkeit, die hochgewichtigen Menschen abgesprochen wird. (Barlösius 2014)

3.3 Prävalenz und Formen von Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen

Gerade im Bereich des Gesundheitswesens wurden zahlreiche Belege für Stigmatisierung und Ungleichbehandlung gefunden, die letztendlich Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität und die Gesundheit hochgewichtiger Menschen haben können. Bereits 2001 konnten Puhl und Brownell mit ihrer umfassenden Überblicksarbeit belegen, dass **stereotype Attributierungen und Ungleich-**



10 Die hier folgend zusammengefassten Forschungsergebnisse beziehen sich in erster Linie auf den englischsprachigen Raum, internationale Studien wurden, soweit möglich, berücksichtigt. Die Ergebnisse von zum Beispiel Puhl und Heuer (2009) wurden wiederum von VertreterInnen unter anderem im deutschsprachigen Raum aufgegriffen und weiter verwendet, etwa von Hilbert (2012, 2015).

11 Thompson-Brenner et al. (2012) konzentrieren sich in ihrem Review zwar auf Reaktionen von GesundheitsprofessionalistInnen auf PatientInnen mit Essstörungen (inkl. Binge Eating Disorder), kommen aber zu ähnlichen Ergebnissen wie bei adipösen PatientInnen.

behandlungen gegenüber adipösen (erwachsenen) Menschen bei Angehörigen aller relevanten Gesundheitsberufe wie Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern, PhysiotherapeutInnen und DiätologInnen etc. vorliegen, was mit dem Update des wissenschaftlichen Reviews im Jahr 2009 noch einmal bestätigt und erweitert werden konnte.¹⁰ (Puhl/Heuer 2009; Puhl/Brownell 2001)

In einer Studie über gewichtsbezogene Diskriminierung adipöser Frauen erweisen sich Ärztinnen und Ärzte nach Familienmitgliedern als zweitgrößte Quelle an Stigmatisierung und Diskriminierung. 52 Prozent der befragten Frauen (n = 2.449) geben dabei an, jeweils mehr als einmal gewichtsbezogene Ungleichbehandlung durch Ärztinnen und Ärzte erlebt zu haben. (Puhl/Brownell o.J./2006)

Demnach erfahren adipöse Frauen Gewichtsstigmatisierung oder -diskriminierung am häufigsten durch Familienmitglieder (einmalig 72 Prozent, mehrmalig 62 Prozent) und durch Ärztinnen und Ärzte (einmalig 69 Prozent, mehrmalig 52 Prozent). Die Studie verdeutlicht, wie häufig Abwertung und Diskriminierung im Gesundheitsbereich wahrgenommen werden: 46 Prozent der befragten Frauen geben an, Diskriminierung seitens Krankenschwestern erlebt zu haben, 37 Prozent seitens Diätologinnen und Diätologen sowie 21 Prozent seitens Psychologinnen und Psychologen. (Puhl/Brownell o.J./2006; Hilbert/Geisler 2012)

3.3.1 Negative Zuschreibungen und stereotype Annahmen angesichts von Hochgewicht: „fett, faul, stinkend“

Die in den Studien und wissenschaftlichen Reviews dargestellten negativen Einstellungen des Gesundheitspersonals (AllgemeinmedizinerInnen, teilweise mit Spezialgebiet Adipositas, Krankenschwestern/Pflegern, MedizinstudentInnen, DiätologInnen und BewegungstrainerInnen) gegenüber adipösen PatientInnen umfassen unter anderem stereotype Zuschreibungen wie *faul*, *willensschwach*, *dumm*, *unehrlich*, *unansehnlich*, *unhygienisch*, *schlampig*, *unsicher* oder gar *wertlos*. Adipösen PatientInnen wird unterstellt, wenig motiviert zu sein, keine Selbstkontrolle zu haben, Behandlungsempfehlungen nicht zu befolgen, also wenig Kooperationsbereitschaft (*compliance*) aufzuweisen. Je höher das Gewicht, desto undisziplinierter und ungesünder werden die PatientInnen vom medizinischen oder pflegerischen Personal eingeschätzt. Adipöse PatientInnen würden auch grundsätzlich schlechtere Therapieerfolge aufweisen als PatientInnen, die sich mit ihrem Gewicht im BMI-Normbereich bewegen. (Beigang et al. 2017, de Zwaan 2012, Thompson-Brenner et al. 2012¹¹, Puhl/Heuer 2009, Puhl/Brownell o.J./2006; Puhl/Brownell 2001)

Zur Veranschaulichung zitieren Puhl/Heuer (2009) internationale Studienergebnisse, die hier beispielhaft wiedergegeben werden. So bezeichnet zum Beispiel mehr als

die Hälfte der befragten AllgemeinmedizinerInnen (USA, n = 620) ihre adipösen PatientInnen als *schwierig, unattraktiv, unansehnlich und als nicht kooperationsbereit*, ein Drittel als *willensschwach, schlampig und faul*. Ebenso wie in einer Erhebung in England (n = 255) und Frankreich (n = 600) gehen die US-Ärztinnen/Ärzte davon aus, dass Überessen, Bewegungsmangel und persönliche Verhaltensprobleme Adipositas verursachen und die fehlende Motivation der PatientInnen das Hauptproblem in den Behandlungen darstelle. Ärztinnen und Ärzte mit negativen Einstellungen gegenüber hochgewichtigen PatientInnen gehören auch zu jener Gruppe von ProfessionalistInnen, die keine medizinischen Journals abonnieren und nicht auf dem aktuellen Stand in der Adipositas-Ursachenforschung sind.¹²

3.3.2 Exkurs: Stigmatisierung aus einer diskriminierungskritischen Haltung

Auf Basis explorativer Interviews mit angehenden SozialarbeiterInnen konnten Schmitt und Rose (2017) feststellen, dass sich auch von diskriminierungskritischen Positionen heraus stereotype Problemzuschreibungen nicht vermeiden lassen.

Der Selbstanspruch der SozialarbeiterInnen (in spe), Übergewicht nicht zu stigmatisieren, konnte nicht für alle Gewichtsdimensionen durchgehalten werden.

„Solange ein Gewichtsgrad unterstellt wurde, der noch diesseits der magischen Trennlinie lag, war es möglich, authentisch parteilich über diesen Körper zu sprechen: man verteidigte ihn engagiert gegen die üblichen Diskriminierungen und problematisierende Zugriffe, bezog eine entdramatisierend-bagatellisierende Position.“ Dies schien jenseits der Trennlinie nicht mehr möglich, hier war ein „besorgtes und problemdominiertes“ Sprechen zu vernehmen, das sich aus „gesundheitlichen Gefährdungsbildern“ nährte, „die jetzt massiv beunruhigten“. (Schmitt/Rose 2017: 177)

Bei der (vagen) Bestimmung der kritischen Gewichtsgrenze wurde am ehesten auf gesundheitsmedizinische Kategorien zurückgegriffen, etwa gesundheitliche Schädigungen oder Einschränkungen in der Mobilität.

Ungeachtet des Bemühens, dicke Menschen nicht als defizitär zu sehen, wurden von den angehenden SozialarbeiterInnen doch Problemzuschreibungen vorgenommen, etwa dass betroffene Personen unter Depressionen leiden, seelische Belastungen durch die fehlende soziale Anerkennung immer größer würden, ein Beziehungsleben sich unter diesen Umständen schwierig gestalten bzw. übergewichtige Menschen keine Beziehung führen könnten. Hochgewichtigen Menschen wurde also soziale Unattraktivität und Einsamkeit, Beziehungsscheu oder Bezie-

12 Für ihren Review haben Puhl und Heuer (2009) Studien mit insgesamt über 4.100 befragten AllgemeinmedizinerInnen aus unterschiedlichsten Ländern (USA, GB, Frankreich, Australien, Israel) analysiert, die allesamt ähnliche Ergebnisse lieferten. (Puhl/Heuer 2009)



hungsunfähigkeit sowie Leid und Hilfsbedürftigkeit ohne weitere Abklärung unterstellt. (Schmitt/Rose 2017)

3.3.3 Vorurteilsbehaftete und fehlgeleitete Diagnosen vs. Tabuisierung von Hochgewicht

Zusammenfassend lässt sich in den gesichteten Forschungsergebnissen zum Umgang von (in diesem Zusammenhang größtenteils) AllgemeinmedizinerInnen ein großer Widerspruch feststellen: Entweder es fokussiert sich alles auf das Gewicht – oder dieses wird umfassend tabuisiert. So werden einerseits Diagnosen und Therapien – unabhängig von den Anforderungen seitens PatientInnen und der Symptomlage – allein auf das Hochgewicht reduziert. In der bereits erwähnten Betroffenenbefragung zum Beispiel (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017, Beigang et al. 2017) berichten hochgewichtige PatientInnen von Benachteiligungen bei Ärztinnen und Ärzten, indem verschiedenste Krankheitssymptome in herabwürdigender Weise ausschließlich auf ihr Körpergewicht zurückgeführt werden. Im Gegensatz dazu scheint andererseits das Thema Gewicht gänzlich vermieden, geradezu tabuisiert zu werden. So sollen einer Studie nach 40 Prozent der AllgemeinmedizinerInnen das Thema Gewicht und Gewichtsreduktion bei adipösen PatientInnen überhaupt nicht ansprechen. (Hilbert 2015, Rudolph/Hilbert 2014, Puhl/Heuer 2009, Puhl/Brownell 2001)

3.3.4 Unangemessene Sprache, herabwürdigender Umgang, unnötige Empfehlungen

Die stereotypen Annahmen und negativen Zuschreibungen scheinen Beleidigungen, Beschimpfungen und Beschuldigungen im Umgang zwischen Ärztinnen und Ärzten und PatientInnen zu legitimieren, zumindest wird diese Form der Kommunikation in den Erhebungen als alltäglichste Form der Ungleichbehandlung angegeben. Sehr aufschlussreich erweist sich ein Teilbericht der nicht-repräsentativen Betroffenenbefragung „Diskriminierungserfahrungen in Deutschland“ (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017), in dem Diskriminierungserfahrungen anhand einer körperlichen Beeinträchtigung (zum Beispiel Taubheit oder Multiple Sklerose, 558 Fälle) und anhand eines hohen Körpergewichts (534 Fälle) verglichen werden. In beiden Gruppen wird besonders häufig das Gesundheitssystem als Ort der Diskriminierung genannt. Unter der fehlenden Barrierefreiheit leiden beide Gruppen gleichermaßen, bei den am häufigsten geschilderten Diskriminierungsformen zeigen sich die zentralen Unterschiede: Bei Gewichtsdiskriminierung handelt es sich deutlich häufiger um Beleidigungen und Beschimpfungen, in denen die massiven Vorurteile und negativen Stereotype gegenüber dicken Menschen zutage treten. In der

Betroffenenbefragung berichten sie außerdem von Benachteiligungen bei Ärztinnen und Ärzten, indem ihre Symptome in herabwürdigender Weise ausschließlich auf ihr Körpergewicht zurückgeführt werden. (Beigang et al. 2017)

Malterud und Ulriksen (2011) fassen die Ergebnisse ihres wissenschaftlichen Reviews folgendermaßen zusammen:

„The study reveals how stigmatizing attitudes are enacted by health care providers and perceived by patients with obesity. Second-order analysis demonstrated that apparently appropriate advice can be perceived as patronizing by patients with obesity. (...) Finally, customary standards for interpersonal respect are legitimately surpassed, and patients with obesity experience contempt as if deserved.“
(Malterud/Ulriksen 2011: 1)

Verkompliziert wird die Situation also durch ein mögliches internalisiertes Stigma, das hochgewichtige PatientInnen unangemessene und beleidigende Kommentare seitens des Gesundheitspersonals als gerechtfertigt scheinen lässt, wodurch die Möglichkeit, sich zur Wehr zu setzen, eindeutig geschwächt wird.

Womöglich von Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern, Pflegern etc. gut gemeint, aber ebenso als herablassend und bevormundend interpretiert, werden allgemein gehaltene Kommentare zum Gewicht ohne weitere Unterstützungsangebote wie „*Fat is unhealthy and poses serious risks, go home, and lose weight before surgery*“ oder die Wiederholung gut gemeinter Ratschläge, die die Vielzahl an (oft erfolglosen) Versuchen, das Gewicht zu reduzieren, schlichtweg ignorieren. „*Just drink more water and push yourself away from the table.*“ (Malterud/Ulriksen 2011: 5) Das Gewichtsthema anzusprechen, als ob es eine einfache Lösung für das Problem gäbe, die den PatientInnen bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht in den Sinn gekommen ist, wird als extrem entwürdigend wahrgenommen. (ebd.: 6)

3.3.5 Konfliktreiche Sichtweisen auf Verantwortung und Schuld im Gewichts- und Gesundheitsmanagement

Da die Bereitschaft zur Stigmatisierung im Zusammenhang mit Verantwortlichkeitsüberzeugungen gesehen wird (siehe Kap. 3.2 „Ursachen“), wird in der Forschung der Frage von Verantwortung und Schuldzuweisungen im Gewichts- bzw. Gesundheitsmanagement besondere Aufmerksamkeit zuteil.

Gewichtsstigma wird über subtile soziale Prozesse produziert, wo über einen Verantwortungsdiskurs Schuld- und Schamgefühle hinsichtlich Ist-Zustand oder erfolgloser Gewichtsreduktion auf hochgewichtige PatientInnen übertragen werden.

Im schlimmsten Fall verdichten sich widersprüchliche Ansichten zu Motivation, Wissensstand, Behandlungsziel und entsprechender Anstrengungen seitens PatientInnen zum Vorwurf, nicht nur für die Ursache der Behandlung, sondern auch für das Fehlschlagen derselben verantwortlich zu sein.

„Our findings emphasize problems arising from the conflicting views regarding patients' perceives responsibility for weight management as assessed by health care providers and patients. Both of them associate unsuccessful goal achievement with blame. However, patients commented explicitly that providers' assumptions of their lack of motivation and investment add to the cultural burden where insufficient levels of responsibility are associated with blame. Patients with obesity are held accountable not only for their body weight but also for their attributed lack of responsibility by investment on change.“ (Malterud/Ulriksen 2011: 8)

Die Folgen einer misslungenen Gewichtsreduktion sollen keinesfalls Schuldzuweisungen seitens Ärztinnen und Ärzten legitimieren, sondern als Zeichen für Unterstützungsnotwendigkeit gesehen werden, um einen Gewichtsstigma-Teufelskreislauf an negativen Erwartungen sowohl aufseiten der PatientInnen als auch der Ärztinnen und Ärzte zu durchbrechen.

Im Idealfall ist die therapeutische Expertise hinzuzuziehen. Denn in der Arbeit mit PatientInnen mit Adipositas oder mit Essstörungen sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, TherapeutInnen und BeraterInnen mit vielfältigsten Gefühlen konfrontiert. Hier wird von Mitleid und Hilflosigkeit, von Frustration, Sorge bis hin zur Wut berichtet, wenn nach langer Behandlung und Beratung scheinbar keine Fortschritte zu sehen sind, zum Beispiel Essanfälle nicht weniger werden, sich das Gewicht nicht verändert, die KlientInnen schummeln oder etwas verschweigen etc. Dies darf nicht in Zusammenhang mit Persönlichkeit, Willensstärke und Motivation gebracht, sondern muss als Teil der Symptomatik betrachtet werden. (Wunderer 2015)

3.3.6 Weniger Behandlungszeit und Behandlungsmöglichkeiten für hochgewichtige PatientInnen

In den Reviews wird von Ärztinnen und Ärzten berichtet, die weniger Zeit mit adipösen PatientInnen verbringen als mit anderen PatientInnengruppen, adipöse PatientInnen grundsätzlich nicht oder nur ungern behandeln und in der Behandlung selbst weniger Motivation und weniger Geduld aufbringen. Auch von den adipösen PatientInnen wird in Befragungen angegeben, dass sie weniger Behandlungszeit erhalten. (Hilbert/Geiser 2012, Puhl/Heuer 2009) MedizinerInnen und PsychiaterInnen geben weiters an, PatientInnen mit Essstörungen nicht behandeln zu wollen bzw. eine Behandlung grundsätzlich abzulehnen. Als ein wesentlicher Grund dafür wird die

Aussicht auf eine erfolglose Therapie genannt, aber auch fehlende Kompetenzen und Erfahrung sowie mangelhafte Ausstattung. (Thompson-Brenner et al. 2012)

Umgekehrt berichten auch adipöse PatientInnen, sich gerade in Bezug auf ihr hohes Körpergewicht medizinisch nicht gut betreut zu fühlen. In der Literatur liegen Hinweise darauf vor, dass adipöse PatientInnen bestimmte Untersuchungen weniger häufig angeboten bekommen bzw. präventive Untersuchungen weniger oft in Anspruch nehmen als nicht-hochgewichtige Personen, letzteres unter anderem aus Angst vor Ungleichbehandlung oder aus Schamgefühlen. (Hilbert 2015) (siehe dazu auch Kap. 3.4 „Konsequenzen von Stigmatisierung“)

3.3.7 Fehlende Barrierefreiheit und ungenügende medizinische Ausstattung

Als weitere Diskriminierungsformen wurden in vielen Fällen die fehlende Barrierefreiheit und Unzulänglichkeiten hinsichtlich einer adäquaten räumlichen, technischen bzw. medizinischen Ausstattung angegeben, die hochgewichtigen Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe verwehrt.

... „They said it was a battle to fit into the world of health care and describes how physical obstructions would exclude their access to services, where normal body weight determines the sizes of equipment (chairs in the waiting room, blood pressure cuffs, epidural needles“. (Malterud/Ulriksen 2011: 6)

Zusammengefasst erleben dicke Menschen mangelnde Barrierefreiheit etwa bei Sitzmöbeln im Wartezimmer oder Untersuchungsliegen in Ordinationen, die nicht für hohes Gewicht konstruiert sind. Auch medizinische Geräte und Messinstrumente, die nicht für ein breites Spektrum an Körperumfang konstruiert wurden, tragen zur Unzulänglichkeit bzw. Unzugänglichkeit des Gesundheitssystems bei. Erwähnt wurden hier unter anderem Kernspintomographen, Messbänder (Bauchumfang), Blutdruckmanschetten, Waagen, Injektionsnadeln für Menschen mit größerem Körperumfang. (Beigang et al. 2017, Puhl/Brownell 2009 etc.)

3.3.8 Betroffenheit von Frauen und Männern

Nicht eindeutig ist die Forschungslage, ob adipöse Frauen mehr von gewichtsbezogener Stigmatisierung betroffen sind als adipöse Männer. In bestimmten Bereichen bzw. in bestimmten Lebensphasen, wie zum Beispiel der Adoleszenz, scheinen für Mädchen und Frauen stärkere Benachteiligungen vorzuliegen. Bei Mädchen zum Beispiel scheint die Wahrscheinlichkeit höher, dass gewichtsdiskriminierende Erfahrungen, längsschnittlich betrachtet, zu geringerem Selbstwert, beeinträchtigter



Lebensqualität, starker Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, zu Essanfällen und zu depressiven Symptomen bis hin zu Suizidgedanken führen können. Stete Konfrontation mit Schönheitsidealen und Kritik von Familie und Peers im Kindheits- und Jugendalter werden in der Medizin als Risikofaktoren für spätere Binge-Eating-Störungen angeführt. (Hilbert 2015)

Puhl et al. (2008) hingegen fanden heraus, dass in den Vereinigten Staaten insbesondere Frauen um die 30 Jahre unter stigmatisierenden Erfahrungen zu leiden haben. Sie untersuchten die Gewichtsdiskriminierung in institutionellen und zwischenmenschlichen Settings in den USA (n = 2.290) anhand der Variablen Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft (*race*) und Gewichtsgröße (BMI). Gemessen an den Angaben der befragten Personen, variierte die Prävalenz von erlebter Gewichtsdiskriminierung zwischen durchschnittlich fünf Prozent bei Männern sowie durchschnittlich zehn Prozent bei Frauen und steigerte sich mit zunehmender Gewichtsgröße bis zu 40 Prozent ab einem BMI von 35. Jüngere Personen mit einem höheren BMI – und hier besonders Frauen – waren einem deutlich größeren Diskriminierungsrisiko ausgesetzt, und zwar unabhängig von Herkunft und Bildungsstatus. Frauen mit einem BMI zwischen 30 und 35 waren dreimal mehr von Gewichtsdiskriminierung betroffen als Männer in derselben Gewichtsklasse. Den Ergebnissen zufolge ist die Gewichtsdiskriminierung im institutionellen Alltag (Ungleichbehandlung bei der Jobsuche, im beruflichen Setting, im Gesundheitssystem) sowie im zwischenmenschlichen Bereich (Hänseleien, Beleidigungen, Beschimpfungen) sehr üblich, in manchen Fällen üblicher als Diskriminierung anhand von Herkunft bzw. Hautfarbe und Geschlecht. (Puhl et al. 2008)

Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Barlösius (2014) in ihrem qualitativen Forschungsprojekt mit übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Indem der Faktor Gewicht in Diskriminierungszusammenhängen dermaßen dominierte, wurden andere potenziell ungleichheitserzeugende Merkmale wie Geschlecht, ethnische Herkunft oder Bildungsstand relativiert.

In einigen Überblicksarbeiten wird darauf hingewiesen, dass die große Mehrheit der in den Studien befragten Personen weiblichen Geschlechts ist und die Aussagen für Männer daher mit größeren Unsicherheiten behaftet sind. (Schorb 2017, Malterud/Ulrikesen 2011) Grundsätzlich ist also festzustellen, dass demografische Merkmale und der Einfluss sozialer Aspekte seitens PatientInnen in Stigmatisierungszusammenhängen in den gesichteten Forschungsprojekten eine untergeordnete Rolle spielen und keine verallgemeinerbaren Aussagen zu treffen sind.

In einem wissenschaftlichen Review wurden jedoch Forschungsergebnisse präsentiert, die interessante Aspekte hinsichtlich des Einflusses des Faktors Geschlechts,

und zwar aufseiten der Ärztinnen und Ärzte, zutage brachten. So konnte festgestellt werden, dass männliche Kliniker häufiger negative Reaktionen auf PatientInnen mit Essstörungen zeigen und öfter deren Behandlung verweigern als ihre Kolleginnen. (Thompson-Brenner et al. 2012)

3.3.9 Überforderung des medizinischen Personals

Als letzter Punkt in diesem Kapitel wird weniger eine Diskriminierungsform, sondern vielmehr eine Begründung dafür geliefert. Gründe für den Widerwillen der Ärztinnen und Ärzte adipöse Menschen in Behandlung zu nehmen, liegen nicht nur im (angenommenen) Misserfolg, sondern auch in der Selbsteinschätzung der medizinischen Kompetenzen und Ausstattung. So fühlt sich die Mehrheit der befragten AllgemeinmedizinerInnen, sowohl was Kompetenzen als auch Ausstattung betrifft, ungenügend vorbereitet für die Behandlung von PatientInnen mit Hochgewicht und Adipositas und rechnet im Vorhinein mit geringen Erfolgschancen. (Malterud/Ulriksen 2011) Unerfahrene KlinikerInnen weisen dabei einen höheren Grad an negativen Einstellungen und Erwartungen gegenüber EssstörungsklientInnen auf, während zum Beispiel erfahrene PsychotherapeutInnen kaum auffällige Einstellungen oder Verhaltensweisen zeigen. AllgemeinmedizinerInnen fühlen sich nach eigenen Angaben unerfahren bzw. inkompetent in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen. (Thompson-Brenner et al. 2012) Auch im Pflegebereich, insbesondere in Settings, wo sich Krankenhäuser und Ambulanzen hinsichtlich Ausstattung und Kompetenzaufbau (noch) nicht auf die Behandlung hochgewichtiger PatientInnen eingestellt haben, wird von teilweise schwer bewältigbaren physischen wie emotionalen Herausforderungen bzw. Überforderungen berichtet. (Greschitz 2012)

Als Risiko für Überforderung und Burnout von behandelnden Ärztinnen und Ärzten, PflegerInnen, TherapeutInnen und BeraterInnen (Diätologie, Fitness ...) werden belastende Erfahrungen wie Mitleiden oder Ohnmachtsgefühle, dysfunktionale Einstellungen und Ansprüche (zu hohe Erwartungen an sich selbst und die PatientInnen, nicht selbstwertdienliche Attribution von Erfolg bzw. Misserfolg) sowie ungünstige Rahmenbedingungen genannt. Kommt es zur Überforderung seitens des Gesundheitspersonals, wird eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den PatientInnen, auch im Sinne einer Ressourcenorientierung und -aktivierung immer unwahrscheinlicher. Die Arbeit wird zur Belastung, Schubladendenken und Etikettierungsprozesse werden verstärkt und damit wird die Basis für (weitere) Stigmatisierungsprozesse geschaffen. (Wunderer 2015)



3.4 Konsequenzen von Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen

Wie in experimentellen Studien nachgewiesen werden konnte, entfalten Stigmatisierung, insbesondere auch das internalisierte Stigma, und Diskriminierung von hochgewichtigen Menschen im Gesundheitsbereich ihre nachteiligen Wirkungen sowohl auf der Ebene des Individuums als auch auf der Ebene der Gesundheitsversorgung.

3.4.1 Individuelle Gesundheitsfolgen

Als individuelle Gesundheitsfolgen von Gewichtsdiskriminierung werden unter anderem ungesünderes Ess- und Bewegungsverhalten, psychiatrische Folgeerkrankungen, eine stressinduzierte Pathophysiologie sowie Folgen einer medizinischen Unterversorgung genannt. So konnte nachgewiesen werden, dass die Auseinandersetzung mit Gewichtsstigmatisierung zu **stressverursachtem erhöhtem Essverhalten** und **reduziertem Bewegungsverhalten** führt oder dass **Depressionen, Angst- und Panikstörungen** bei adipösen Menschen häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung. (Luck-Sikorski 2017, Chrisler/Barney 2016, de Zwaan 2012, Malterud/Ulriksen 2011, Sikorski 2011, Puhl/Heuer 2010)

Weisen bevölkerungsbasierte Daten bei Erwachsenen zum Beispiel darauf hin, dass Gewichtsdiskriminierung im Querschnitt nicht mit depressiven Symptomen assoziiert wird, werden bei adipösen TeilnehmerInnen von Gewichtsreduktionsprogrammen sehr wohl geringes Selbstwertgefühl, Ängste, depressive Symptome und starke Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper wahrgenommen, das heißt klinische Stichproben sind psychopathologisch mehr belastet als nicht-klinische Stichproben. Die Begründungen dafür harren einer genauen Untersuchung. (Hilbert 2015)

Auch wenn die Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit Adipositas, ihren Komorbiditäten in Bezug auf Depressionen, Angststörungen und Stigma keine eindeutige Aussage zuzulassen scheinen, gibt es Hinweise aus experimentellen Versuchen, dass Erfahrungen mit Stigmatisierung die Wahrscheinlichkeit erhöhen, psychiatrisch zu erkranken. Des Weiteren kann dadurch das Stresssystem der HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) aktiviert werden, was zu einer stressbedingten erhöhten Nahrungsaufnahme führen kann – und durch die weitere Gewichtszunahme eine Art **Gewichtsstigmatisierungs-Teufelskreislauf** für die Betroffenen in Gang setzen kann. (Luck-Sikorski 2017, Chrisler/Barney 2016)

Widersprüchliche und konfliktreiche Ansichten zu Verantwortung und Anstrengungen sowie Schuldzuweisungen behindern heilsame Bewältigungsstrategien und einen kooperativen Umgang und kreieren darüber hinaus einen negativen Raum, in

dem für Empowerment, Selbsthilfe und gesundes Gewichtsmanagement kein Platz ist. Im Gesundheitsbereich Tätige sollten sich über ihre potenziell stigmatisierenden Verhaltensweisen und deren Konsequenzen für vulnerable PatientInnengruppen bewusst sein. (Malterud/Ulriksen 2011)

3.4.2 Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung

Eine wesentliche Konsequenz von Stigmatisierung und Diskriminierung hochgewichtiger Personen betrifft die Gesundheitsversorgung. So konnte zum Beispiel im Zusammenhang mit der Einhaltung von Behandlungsterminen oder der Gesundheitsvorsorge festgestellt werden, dass hochgewichtige PatientInnen notwendige (Vorsorge-)Untersuchungen aufschieben oder nicht durchführen, weil sie die Abwertung seitens Ärztinnen und Ärzten fürchten. (Chrisler/Barney 2016)

Hilbert und Geiser (2012) fassen jene Gründe zusammen, die adipöse PatientInnen Besuche bei Ärztinnen und Ärzten vermeiden lassen:

- 1 Scham über das eigene Gewicht,
- 2 Unbehagen beim Ausziehen,
- 3 Angst, gewogen zu werden,
- 4 Unbehagen bei der Untersuchung und Berührung bestimmter Körperteile,
- 5 ungebetene Ratschläge zu erhalten,
- 6 Gefühl, nicht ernst genommen zu werden,
- 7 Gefühl, dass das Gewicht als Begründung für jegliche Beschwerden herangezogen wird sowie
- 8 unzureichende Ausstattung (zum Beispiel zu kleine Behandlungstische).

Die erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung wird als Grund angegeben, warum adipöse PatientInnen Untersuchungstermine absagen oder mit der medizinischen Versorgung weniger zufrieden sind. Da dies in Folge zu einer erhöhten Morbidität und letztendlich Mortalität bei Adipositas führen kann, muss davon ausgegangen werden, dass es aufgrund von Stigmatisierung zu einer unterschiedlichen Versorgung von PatientInnengruppen und damit zu einer wachsenden sozialen Ungleichheit kommt. (Puhl/Heuer 2010)

Zum Teil stark kritisiert wird in der Literatur auch die **konventionelle Adipositas-Therapie**, in deren Rahmen das Gesundheitspersonal hochgewichtige Menschen unabhängig von deren Wünschen grundsätzlich zur Gewichtsreduktion anhält. Die Kombination aus konventioneller Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensthera-



pie wird seit Jahrzehnten verfolgt, obwohl die Erfolge bescheiden ausfallen, was wiederum dazu führt, dass chirurgische Eingriffe in zunehmendem Maß empfohlen und durchgeführt werden. Der steigende **Druck zum operativen Eingriff** wird unter anderem auch angesichts der fehlenden Vor- und Nachbereitung bemängelt, denn jeder Eingriff ist mit Risiken verbunden, und der Umgang mit den Folgen sollte (lebensbegleitend) unterstützt werden. Über 80 Prozent der Operationen werden übrigens an Frauen durchgeführt. (Fischer 2017, FEM – Institut für Frauen- und Männergesundheit o.J.)

3.4.3 Fehlende Reaktionen auf Diskriminierung – geringes Schutzniveau für hochgewichtige PatientInnen

Was Konsequenzen und Reaktionen auf Gewichtsdiskriminierung seitens Betroffener angeht, weisen Beigang et al. (2017) darauf hin, dass **gegen erfahrene Gewichtsdiskriminierung seltener vorgegangen wird** als gegen eine Diskriminierung anhand einer körperlichen Beeinträchtigung. In vielen Fällen gaben die Betroffenen in der Befragung „Diskriminierungserfahrungen in Deutschland“ an, keine Reaktion gegen die VerursacherInnen unternommen zu haben: Bei Diskriminierungserfahrungen anhand einer körperlichen Beeinträchtigung betrifft dies rund 38 Prozent der geschilderten Fälle, bei Diskriminierungserfahrungen anhand des Gewichts liegt dieser Anteil mit zwei Dritteln (rund 66 Prozent) deutlich höher. (Beigang et al. 2017)

Dieses unterschiedliche Reaktionsverhalten erklären die AutorInnen durch den fehlenden rechtlichen Schutz, durch gesellschaftliche Stigmatisierung und zugeschriebene Schuld am eigenen Gewicht sowie durch die Internalisierung eines solchen Stigmas, wodurch den Betroffenen in Summe weniger Handlungsoptionen zur Verfügung stehen.

Zum einen befinden sich die Betroffenen von Gewichtsdiskriminierung in einem gesellschaftlichen Kontext, in dem ein hohes Körpergewicht als selbst verschuldet betrachtet wird und mit einem Stigma belegt ist. So wird den Betroffenen vielfach selbst die Schuld an damit verbundenen Benachteiligungen zugeschrieben. Sie können dementsprechend nur begrenzt auf gesellschaftlichen Rückhalt setzen, wenn sie sich gegen Benachteiligung zur Wehr setzen. Zum anderen führt eine Internalisierung solcher Stigmatisierung und Schuldzuweisung bei den Betroffenen auch dazu, dass sie Benachteiligungen anhand des Körpergewichts zwar wahrnehmen, aber teilweise sogar selbst als gerechtfertigt betrachten und deswegen nicht dagegen vorgehen. Die Nichtberücksichtigung des Merkmals Körpergewicht im Antidiskriminierungsrecht führt dazu, dass Betroffenen von Gewichtsdiskriminierung



weniger Optionen zur Verfügung stehen, um auf eine erfahrene Diskriminierung zu reagieren. Der Mangel an Antidiskriminierungsberatungsstellen für Betroffene von Gewichtsdiskriminierung hat zur Folge, dass ihnen das Wissen bezüglich passender Handlungsoptionen fehlt und die notwendige Bestärkung ausbleibt, sich gegen eine erfahrene Diskriminierung zur Wehr zu setzen. Eine Änderung gesetzlicher Grundlagen würde nicht nur mehr Handlungsoptionen eröffnen, sondern die gesamtgesellschaftliche Sensibilität für ungerechtfertigte Benachteiligung anhand des Körpergewichts erhöhen. Denn Antidiskriminierungsgesetze sind nicht nur Resultat gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse, sondern wirken auch auf diese zurück.



4 INTERVENTIONEN ZUR STIGMA-REDUKTION / IMPLIKATIONEN FÜR DEN GESUNDHEITSBEREICH

Aus den hier dargestellten Überlegungen zu Gewichtsstigma und Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitsbereich sowie deren Konsequenzen für Individuum und Gesundheitssystem lassen sich folgende Implikationen bzw. Interventionen ableiten, wobei in der Literatur grob nach drei wesentlichen Ansatzpunkten zu unterscheiden ist.

Zum einen wird der Schwerpunkt der (möglichen) Interventionen auf das *Public Stigma* gelegt, indem versucht wird, die öffentliche Wahrnehmung von hochgewichtigen Menschen zu ändern. Zum anderen wurden für den Gesundheitsbereich bereits Handlungsempfehlungen und Leitfäden für den Umgang mit hochgewichtigen PatientInnen entwickelt, die unter anderem Sprachgebrauch, räumliche und medizinische Ausstattung oder *Anti-Fat Bias* und Selbstreflexion zum Thema machen. Einzelne Punkte daraus, wie Empfehlungen für ein adäquates Behandlungsumfeld oder eine nicht-stigmatisierende Kommunikation wurden anhand der gesichteten Literatur im Detail ausgearbeitet.

Da Normen, Stereotypisierungen und daraus resultierende Einstellungen und Haltungen weder individuell noch gesamtgesellschaftlich leicht beeinflussbar sind, ergibt sich letztendlich auch die Notwendigkeit, mit den Betroffenen Ansätze zu erarbeiten, die es ermöglichen sollen, die Folgen erlebter Stigmatisierung/Diskriminierung und internalisierter Stigmatisierung zu lindern.

4.1 Reduktion des öffentlichen Gewichtsstigmas

Folgende Ansatzpunkte wurden identifiziert, um das öffentliche Adipositas-Stigma zu reduzieren und, soweit möglich, auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Es wird darauf hingewiesen, dass die Forschung auf der Suche nach effektiven Strategien zur Stigma-Reduktion im repräsentativeren Umfang noch am Anfang steht. Grundsätzlich gilt daher für alle folgenden Ansätze, dass die Studienlage begrenzt ist und konkrete Aussagen zur Wirksamkeit daher nur bedingt möglich sind. (Luck-Sikorski 2017, Danielsdottir et al. 2010)

Aufklärung zu den Ursachen von Hochgewicht und Adipositas

Bezogen auf das Gesundheitssystem haben kollektive Strategien gegen Gewichtsdiskriminierung, vorsichtig ausgedrückt, zumindest teilweise positive Effekte gezeigt. So werden Stigmatisierung und Diskriminierung nicht mehr selbstverständlich als notwendige Motivation zur Gewichtsreduktion erachtet. (Bacon/Aphramor

2011, Puhl/Heuer 2010) Die gesundheitlichen Gefahren eines moderaten Hochgewichts werden auch in der konventionellen Medizin immer öfter in Abrede gestellt bzw. werden die Vorteile eines moderaten Hochgewichts in späteren Lebensphasen zunehmend anerkannt. Die Bedeutung der genetischen Disposition oder der strukturellen Benachteiligungen wie Negativ-Stress, prekäre Arbeitsverhältnisse, Perspektivenlosigkeit als Ursachen gewinnen im wissenschaftlichen Mainstream mehr Aufmerksamkeit. (Schorb 2017, Bacon/Aphramor 2011)

Gleichzeitig hat sich der öffentliche Diskurs durch die Diskussion um die „Adipositas-Epidemie“ deutlich verschärft. Dicke Menschen werden mehr denn je als Gefahr für das öffentliche Gesundheitssystem und ganz allgemein für den Wohlfahrtsstaat gesehen.

Der Ansatz, eine Einstellungsänderung durch gezielte Information zu den Ursachen von Adipositas zu beeinflussen, indem zum Beispiel nicht die Selbstverursachung, sondern umweltbezogene oder genetische Aspekte im Mittelpunkt stehen, hat sich in den Studien als bis dato wenig wirksam erwiesen bzw. fehlen methodologisch vergleichbare Langzeitstudien dazu. Weiters wird von einer Persistenz der Überzeugung berichtet, dass Adipositas selbst verursacht sei.

Daten zu den (möglicherweise nachteiligen) Wirkungen großer Public-Health-Kampagnen für gesundheitsförderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten stehen kaum zur Verfügung. Es wurde allerdings nachgewiesen, dass stigmatisierende Einstellungen steigen, wenn in Public-Health-Kampagnen Adipositas mit Begriffen wie „Epidemie“ im selben Atemzug genannt wird. (Luck-Sikorski 2017: 92)

Evokation von Empathie und positiven Emotionen durch nicht-stereotype Darstellung von hochgewichtigen Menschen

Ein weiterer Ansatz besteht darin, durch die Verdeutlichung der Lebenswelten von Menschen mit Adipositas ein Verständnis in der Gesellschaft zu mobilisieren, das zur Reduktion von Gewichtsstigma führen soll. Im Bereich der Empathie-Evokation konnten Danielsdottir et al. (2010) in einem Studienüberblick allerdings keine positiven Effekte finden; eine Überlegung der AutorInnen geht dahingehend, dass durch verstärkte Empathie gleichzeitig das Bewusstsein für die negativen Aspekte für das Leben mit Adipositas steigt, womit wiederum das Stereotyp der Schwäche produziert wird.

Positive Effekte zur Förderung von Akzeptanz von hochgewichtigen Menschen konnten allerdings bei nicht-stereotypen Mediendarstellungen in den USA nachgewiesen werden. (Luck-Sikorski 2017)



Stigmafallen bei Adipositas-Präventionskampagnen

Vorsicht ist bei der Planung und Umsetzung von Informations- und Präventionskampagnen geboten: Wunderer et al. (2015) weisen darauf hin, dass Kampagnen gegen Übergewicht die Stigmatisierung Betroffener verstärken und gängige Stereotype und Schönheitsideale unabsichtlich unterstützen können. Empfehlungen zu kontrolliertem Essverhalten (Kalorienzählen etc.) und eine rigide Einteilung in „gute“ und „schlechte“ Nahrungsmittel können einem gestörten Essverhalten Vorschub leisten. Als Beispiel für eine negativ konnotierte Kampagne wird „Fit statt fett“ aus dem nationalen Aktionsplan der deutschen Bundesregierung 2007 herangezogen, die, vom Sprachgebrauch abgesehen, auch noch das Vorurteil untermauert, dass dicke Menschen grundsätzlich nicht fit und gesund sein können.

4.2 Handlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzte

Mit den *Fat Studies*, einer Forschungsrichtung, die sich mit den Einstellungen von Gesellschaften gegenüber Körpergewicht befasst und für die Gleichberechtigung aller Körpergrößen bzw. für die Überwindung von Stigmatisierung und Diskriminierung anhand des Körpergewichts einsetzt, ist der Forschungsbereich Gewichtsdiskriminierung im (sozial)wissenschaftlichen Mainstream angekommen. (Rose/Schorb 2017) Vor allem in den USA, langsam aber auch im deutschsprachigen Raum, liefern die *Fat Studies* eine kritische Auseinandersetzung mit der Unterdrückung von dicken Menschen und Machtverhältnissen und rücken damit in die Nähe anderer akademischer Bereiche, die sich mit Diskriminierung und Gleichbehandlung mit Augenmerk auf ethnischer Herkunft, Geschlecht oder Alter beschäftigen.

Als wesentlicher Grundstein der *Fat Studies* ist die *National Association to Advance Fat Acceptance* (NAAFA) anzusehen, die mit der Gründung im Jahr 1969 nicht nur die *Size Acceptance Movement* in Gang setzte, sondern nach wie vor als die wichtigste Organisation in den USA gegen Gewichtsdiskriminierung angesehen wird.¹³ Von der NAAFA stammen auch die „Declaration of Health Rights for Fat People“ („Gesundheitsrechtserklärung für Dicke“) sowie die *Health At Every Size* (HAES)-Philosophie. (Rothblum 2017)

Gewichtsreduktion muss nicht immer das erstrebenswerte Ziel sein. Die *Health at Every Size*-Bewegung (HAES), wörtlich übersetzt „Gesundheit bei jedem Gewicht“, ist eine öffentliche Gesundheitsinitiative, deren Augenmerk auf der Gesundheit aller Menschen unabhängig vom Körpergewicht liegt. Der Schwerpunkt von HAES liegt auf einer gesunden Lebens- und Ernährungsweise, aber mit Genuss bei Essen und Bewegung anstelle der rigiden Befolgung von Diät- und Trainingsprogrammen. Gesundheit wird als körperliches, geistiges und emotionales Wohlbefinden definiert, das unabhängig vom Körpergewicht auf einem positiven Körperbild beruht. (Rothblum 2017, NAAFA 2017)

Vgl. <https://www.naafaonline.com/dev2/about/index.html>

Engagierte HAES-KlinikerInnen haben aus dem Wissen um die Gewichtsstigmatisierung und -diskriminierung im Gesundheitsbereich heraus Handlungsempfehlungen für unter anderem Ärztinnen/Ärzten und TherapeutInnen entwickelt, die in den „Guidelines for Healthcare Providers with Fat Clients“ zusammengefasst werden.¹⁴ Mit den Handlungsempfehlungen werden unter anderem Sprachgebrauch, der *Health at Every Size*-Zugang, *Anti-Fat Bias* und Selbstreflexion, vorurteilsfreie Diagnosen und Therapievorschläge sowie medizinische Ausstattung und Behandlungsumfeld angesprochen. (NAAFA 2017) Darüber hinaus wurden von der NAAFA auch Leitfäden für den nicht-stigmatisierenden Umgang mit hochgewichtigen PatientInnen speziell für DiatologInnen, TherapeutInnen und Fitness-TrainerInnen entwickelt.¹⁵

Im deutschsprachigen Raum werden von der deutschen Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierungen e.V. ähnliche Empfehlungen in dem Informationsblatt „Die Besonderheiten im Umgang mit (sehr) hochgewichtigen Patienten“ zur Verfügung gestellt.¹⁶ In der „Handlungsempfehlung für Kliniken, Ärzte und medizinisches Personal“ werden in verkürzter Form Ausstattung, Handlungsumfeld, medizinische Hilfsmittel, unvoreingenommene Diagnosen, respektvoller Umgang, Selbstreflexion und Fortbildung thematisiert.

4.3 Adäquate medizinische Ausstattung und dickenfreundliches Behandlungsumfeld

In der Literatur wird als Basis für medizinische und therapeutische Behandlungen das Schaffen einer nicht-bewertenden und nicht-diskriminierenden Atmosphère gesehen, um Schamgefühle, Unwohlsein, Überforderung oder innere Widerstände sowohl aufseiten der PatientInnen als auch seitens des Gesundheitspersonals soweit möglich zu vermeiden. Eine adäquate medizinische Ausstattung, die für (sehr) hochgewichtige Personen geeignet ist, zählt nicht nur zu den grundlegenden Erfordernissen für eine diskriminierungsfreie Behandlung, sondern grundsätzlich für die Durchführung der Behandlung selbst. Folgend werden die in der Literatur gesichteten Handlungsempfehlungen in Bezug auf räumliche und medizinische Ausstattung von Arztpraxen und Krankenhäusern zusammengefasst. (NAAFA 2017, Beigang et al. 2017, Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung o.J., Rudolph/Hilbert 2014, Hilbert/Geiser 2012, Puhl/Brownell o.J.)

- » Dickenfreundliche Untersuchungszimmer, Wartezimmer und Sanitäranlagen mit barrierefreien Zugängen;
- » Dekoration (Poster) und Lektüre im Wartebereich sollten hochgewichtige PatientInnen nicht diskriminieren;
- » Stabile Stühle ohne Lehnen bzw. mit nicht zu eng begrenzenden Lehnen, freischwingernde Sitzmöbel sind zu vermeiden;

14 https://www.naafaonline.com/dev2/about/Brochures/2017_Guidelines_for_Health_care_Providers_with_Fat_Clients.pdf

15 Siehe dazu <https://www.naafaonline.com/dev2/about/brochures.html>

16 https://www.gewichtsdiskriminierung.de/wp-content/uploads/2014/11/Informationsblatt_hochgewichtigen-Patienten.pdf



- » Tragfähige, breite Untersuchungsliegen/-tische bzw. Betten für den stationären Aufenthalt;
- » PatientInnenkittel in Übergrößen;
- » Messinstrumente und medizinische Hilfsmittel (Maßbänder, Manschetten, Waagen, Nadeln etc., aber auch Kernspintomographen/MRTs), die für die Anatomie hochgewichtiger Menschen geeignet sind und die den Messbereich eines extremen Hochgewichts abdecken;
- » Kennzeichnung von dickenfreundlichen Krankenhäusern und Ordinationen, die den Bedürfnissen von hochgewichtigen PatientInnen gerecht werden (auf den jeweiligen Websites, bei Online-Arztsuchen etc.).¹⁷

17 Dieser Hinweis wurde dem dokumentierten Erstgespräch mit der ARGE Dicke Weiber zur Vorbereitung einer Fokusgruppe zum Thema entnommen, Anm.

4.4 Förderung einer nicht-stigmatisierenden Kommunikation

Da davon ausgegangen werden muss, dass adipöse PatientInnen trotz allgemein zunehmenden Empowerments (Body Positivity, Fat Acceptance etc.) unter Scham- und Versagensgefühlen hinsichtlich ihres Gewichts leiden (können), wird eine nicht abwertende Grundhaltung seitens des medizinischen, pflegenden und therapeutischen Personals als essenzielle Basis angenommen. Dabei, so Hilbert und Geiser (2012), sei es *„hilfreich, sich vor Augen zu führen, dass adipöse Menschen nicht selbstverschuldet übergewichtig sind, sondern dass die Adipositas aus einem komplexen Zusammenspiel von genetischen, Umwelt- und Verhaltensbedingungen entsteht.“* (ebd.: 73) Sprachliche Abwertungen und unnötige Kommentare sind daher zu vermeiden.

„Im Gesundheitswesen Tätige sollten ihre eigene Haltung gegenüber Adipösen überprüfen, um nicht durch Stigmatisierung und Diskriminierung die professionelle Beziehung zu den Patienten negativ zu beeinflussen.“ (de Zwaan 2012, o.S.)

Im Folgenden werden daher Empfehlungen oder Anleitungen zum nicht-abwertenden Sprachgebrauch, zur empathischen Gesprächsführung sowie zur Anti-Fat Bias-Selbstreflexion beispielhaft vorgestellt.

4.4.1 Nicht-abwertender Sprachgebrauch

Von einer emanzipatorischen Position aus sprechend, verwenden zum Beispiel sowohl NAAFA als auch die *Fat Studies* die Begriffe „dick“ („fat“) und „hochgewichtig“ statt „adipös“ oder „übergewichtig“, um einerseits wissenschaftlich-medizinische Assoziationen zu vermeiden und andererseits klarzustellen, dass ein „Normal-, Unter- und Übergewicht“ auf ein ideales Körpergewicht schließen lässt, welches zu

erreichen wäre, obwohl in der gesellschaftlichen Realität offensichtlich von einem breiten Spektrum mit vielen Variablen auszugehen ist. (NAAFA 2017, Rothblum 2017) Im medizinischen Kontext werden die Begriffe Adipositas und Übergewicht verwendet bzw. wird von adipösen und übergewichtigen PatientInnen gesprochen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Verwendung bestimmter Begrifflichkeiten wie „adipös“, „übergewichtig“ oder auch „fett“ in ihrer Adäquanz je nach Kontext sehr unterschiedlich beurteilt wird. Um mit Schmitt und Rose (2017) zu sprechen, lässt sich keine anerkennende Sprache für die von der Norm abweichenden Merkmale finden, die für alle angesprochenen Gruppen passen würden.

... *„Dies wirft wiederum die grundsätzliche Frage auf, ob und wie überhaupt innerhalb einer normativen Matrix der Körpergewichtsdifferenzierung eine anerkennende Sprache für jene Körper und Menschen zu entwickeln ist, die ein hohes Gewicht aufweisen. Der Differenzierungsakt als solcher formuliert nicht nur eine Norm, sondern auch die Abweichung, die zwangsläufig und diskursimmanent negativ konnotiert ist. Dies macht jegliches sprachliche Bezeichnen der Abweichung zu einer Diskreditierung.“ (ebd.: 175)*

In der Literatur wird weiters sehr differenziert darauf hingewiesen, dass von Diskriminierung *anhand* statt *aufgrund* eines Merkmals gesprochen werden muss, um zu verdeutlichen, dass dieses Merkmal nicht den kausalen Grund einer Diskriminierung darstellt, sondern dass der „Grund“ vielmehr in den Einstellungen und Sichtweisen der diskriminierenden Personen, also der VerursacherInnen, liegt. (Beigang et al. 2017)

4.4.2 Empathische Gesprächsführung und Selbstreflexion

Für Fischer besteht die Alternative zur konventionellen Adipositas-Therapie in der Auseinandersetzung professioneller HelferInnen mit der Erlebniswelt hochgewichtiger Menschen, was Empathie, authentisches Interesse und Selbstreflexion erfordert, um einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen: achtsames Nachfragen, aktives Zuhören, die Bereitschaft, auf Urteile und Entwertungen zu verzichten, die Bereitschaft zur Selbstreflexion, verständliche Sprache sowie Geduld und Vertrauen in die Person und ihre Ressourcen. (Fischer 2017) Das wichtigste Ziel der Therapie wird, zusammengefasst, nicht in der Reduktion des Körpergewichts, sondern in erster Linie in der Anhebung des Selbstwertgefühls als wichtiger Baustein von Lebensqualität gesehen. Die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls bereitet die Basis für Wohlbefinden, Selbstfürsorge und Stressentlastung.



What Health Care Providers Can Do

Integrate sensitivity into practice:

- » Consider patients' previous negative experiences
- » Recognize that being overweight is a product of many factors
- » Explore all causes of presenting problems, not just weight
- » Recognize that many patients have tried to lose weight repeatedly
- » Emphasize importance of behavior changes rather than weight
- » Acknowledge the difficulty of making lifestyle changes
- » Recognize that small weight losses can improve health

Identify Your Attitudes

- » Do I make assumptions based on weight regarding character, intelligence, professional success, health status, or lifestyle behaviors?
- » Am I comfortable working with people of all shapes and sizes?
- » Do I give appropriate feedback to encourage healthful behavior change?
- » Am I sensitive to the needs and concerns of obese individuals?
- » Do I treat the individual or only the condition? (Puhl/Brownell o.J./2006)

Die selbstreflexive Auseinandersetzung mit Aspekten von Hochgewicht soll MedizinerInnen dazu befähigen, andere Wege der Behandlung für Menschen mit Hochgewicht zu gehen, die damit ins Zentrum der Therapie rücken. Nach Fischer wäre dieser Ansatz der gegenwärtig dominierenden Behandlung extrem hochgewichtiger Menschen, die auf chirurgische Maßnahmen als „scheinbare Lösung aller Probleme“ hinausläuft, vorzuziehen. (Fischer 2017: 229)

Anhand zahlreicher KlientInnen-Gespräche, die Fischer als Familien- und Sozialtherapeutin geführt hat, „in denen mit Trauer, Wut und Hilflosigkeit Szenarien beschrieben wurden, die dazu geführt haben, dass die Behandlungen abgebrochen wurden“, hat sie Fragestellungen entwickelt, mit denen verbale sowie non-verbale Entwertungen vermieden werden können:

- » Wie fühlen Sie sich in Ihrem Körper?
- » Wie gehen Sie mit Ihrem Körper um?
- » Wann fühlen Sie sich sicher in Ihrem Körper?
- » Wie beeinflusst Ihr Körpergewicht Ihren Alltag?
- » Welche Tricks und Hilfsmittel benötigen Sie, um Ihren Alltag zu gestalten?
- » Wie empfinden Sie die Bewertungen und Urteile von außen?

- » Wie gehen Sie damit um, nach außen und nach innen?
- » Welche Körperbereiche akzeptieren Sie, welche nicht?
- » ... (Fischer 2017: 226, auszugsweise)

Im medizinischen Kontext wird die Adipositas-Chirurgie, mit der sowohl eine langfristige Gewichtsreduzierung als auch eine Verbesserung der bestehenden Adipositas assoziierten Begleiterkrankungen erreicht werden kann, weitaus positiver gesehen. Allerdings wird auch hier eine lebenslange Nachsorge in einem multi-professionellen Team als essenziell betrachtet sowie eine nicht-stigmatisierende Kommunikation, die einer Zusammenarbeit mit den PatientInnen und deren Wille/Wunsch zur Verhaltensveränderung nur förderlich sein kann. (Rudolph/Hilbert 2014) Ebenfalls vorgeschlagen wird eine Gesprächsstrategie in acht Schritten, deren Kurzfassung wie folgt dargestellt wird.

Strategien der Gesprächsführung bei Adipositas nach Hilbert

- » Stellen Sie offene Fragen.
 - » Bitten Sie um Erlaubnis, das Thema Adipositas anzusprechen.
 - » Bringen Sie die Änderungsbereitschaft des Patienten in Erfahrung.
 - » Verstärken Sie die Änderungsbereitschaft.
 - » Vermitteln Sie Patienten Informationen über Adipositas.
 - » Teilen Sie dem Patienten Ihre Bedenken mit.
 - » Unterstützen Sie Veränderungen des Gesundheitsverhaltens.
 - » Motivieren Sie den Patienten, sein Gewicht zu stabilisieren oder reduzieren.
- (Rudolph/Hilbert 2014: 88)

4.5 Individuelle Unterstützung und psychosoziale Interventionen

Im Bereich der individuellen Unterstützung und psychosozialen Interventionen, die hinsichtlich der Stigma- und Diskriminierungserfahrungen bei Hochgewicht und Adipositas immer mehr in den Fokus rücken, werden in den Studien in erster Linie Programme zum Stressmanagement thematisiert. Auch hier wird festgestellt, dass die Ansätze aus der (zum Beispiel) Stresstheorie, der Kognitiven Verhaltenstherapie oder der Acceptance-Commitment-Therapie nicht empirisch in ihrer Wirksamkeit überprüft wurden. Wesentlich dabei scheinen die individuellen Vertiefungsmöglichkeiten zu sein, die sich an den besonders ausgeprägten psychischen Risikofaktoren bei den Betroffenen orientieren, etwa der Aufbau des Selbstwertgefühls, Anpassung von *Coping*-Strategien oder die Arbeit am Körperbild. (Luck-Sikorski 2017, Danielsdottir et al. 2010, Ertelt 2010)



Die therapeutische Beziehung zu hochgewichtigen PatientInnen durch TherapeutInnen, durch das multiprofessionelle Team und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bedarf einer Form von Bündnis oder Kooperation, die von den Behandelnden verlangt, neue Wege zu gehen. Dass an der Entstehung und der Aufrechterhaltung von Essstörungen oder Hochgewicht sowohl biologische, psychologische als auch soziale und soziokulturelle Faktoren beteiligt sind, ist unumstritten. Nach Wunderer (2015) sollte auch das Gesundheitssystem von dem Drei-Säulen-Modell „Medizin – Psychologie – klinische Sozialarbeit“ getragen werden, um mit einer **bio-psycho-sozialen Perspektive** der pathogenetisch orientierten medizinischen Sichtweise die Salutogenese entgegenzusetzen. Damit wäre nicht an erster Stelle zu fragen, was Menschen für Erkrankungen vulnerabel macht, sondern was es ihnen ermöglicht, trotz widriger Umstände oder Einschränkungen gesund zu bleiben. Als Grundlagen werden die bio-psycho-soziale Perspektive, ein Verständnis von Stressoren in der Entwicklung sowie die Rolle von sozialen Ressourcen in der Bewältigung von Krisen und als Basis für Resilienz genannt. (Wunderer 2015: 28) Die Ansätze teilt die bio-psycho-soziale Perspektive auch mit der *Health at Every Size*-Bewegung, in der das *Empowerment* von hochgewichtigen PatientInnen im Mittelpunkt steht. (Chrisler/Barney 2016)

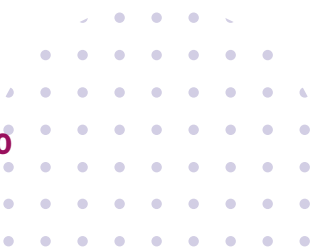
Die behandelnden Teams brauchen demnach ProfessionalistInnen, die sich in wissenschaftlicher Hinsicht mit dem Zusammenhang Gewicht und Gesundheit sowie selbstreflexiv mit dem eigenen Körpergewicht auseinandersetzen und ihre eigene Haltung zum Thema „hohes Körpergewicht“ in **Aus-, Fort- und Weiterbildungen** reflektieren. (Fischer 2017, Chrisler/Barney 2016, Wunderer 2015)

Auch zum Thema Selbstreflexion im Umgang mit Hochgewicht und hochgewichtigen KlientInnen werden aus Sicht der Familien- und Sozialtherapie auszugsweise einige Fragestellungen geliefert.

Anleitung zur Selbstreflexion für professionelle HelferInnen nach Fischer

- 1 Was bedeutet mein Körpergewicht für mich?
- 2 Welche Gedanken habe ich in Bezug auf eine eigene Gewichtszunahme?
- 3 Welche Sorgen und Befürchtungen begleiten diese Gedanken?
- 4 Welchen Einfluss hätte ein hohes Körpergewicht auf meinen Selbstwert, mein Selbstverständnis und meine Selbstsicherheit?
- 5 Welche Bewertungen habe ich in meiner beruflichen Rolle bezogen auf den hochgewichtigen Menschen?
- 6 Welche Phantasien habe ich dazu, wie hochgewichtige Menschen leben?

(Fischer 2017: 228, auszugsweise)



Die Arbeit mit KlientInnen mit Adipositas und Essstörungen stellt hohe Anforderungen an die professionellen HelferInnen. Als Basis, den Anforderungen entsprechen zu können, ohne selbst „auszubrennen“, werden nicht nur eine kritische Selbstreflexion, sondern auch eine ausreichende Selbstfürsorge sowie **Inter- und Supervisionsangebote** genannt. (Wunderer 2015)

4.6 Zum Forschungsstand

„Aufgrund der möglichen psychopathologischen Relevanz von Diskriminierungserfahrungen stellt eine weitere Erforschung von Prozessen gewichtsbezogener Diskriminierung und Stigmatisierung eine wesentliche Herausforderung zukünftiger Forschung dar, nicht zuletzt auch, um Ansatzpunkte der Stigmareduktion zu bestimmen.“

... (Hilbert 2015: 423)

Der Überblick über ausgewählte aktuelle Studien verdeutlicht einmal mehr, dass noch viel Forschungsarbeit zu leisten ist, um anwendbare Ansätze zur Reduktion von Gewichtsstigma und Gewichtsdiskriminierung zu finden und zu etablieren. Trotz umfassender Überblicksarbeiten und zahlreicher Evidenzen sind noch immer große Forschungslücken in Bezug auf Prävalenz und Ursachen von Stigma und Diskriminierung, in Bezug auf Konsequenzen für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung sowie hinsichtlich Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegeben. Dies gilt nicht nur, aber insbesondere für den europäischen bzw. den deutschsprachigen Raum. (Schorb 2017, Hilbert 2015, Puhl/Heuer 2009) Wie in der Adipositas-Prävention und -Therapie ist auch in der Erforschung der Ursachen des Gewichtsstigmas und der Reduktion desselben ein **gesamtgesellschaftlicher und evidenzbasierter Ansatz** gefragt. Erforderlich sind unter anderem Forschungsdesigns mit Kontrollgruppen und randomisiert-kontrollierte Studien, um die Wirkung von Interventionen zu überprüfen. (Luck-Sikorski 2017)

5 ZUSAMMENFASSUNG

„Health care is an important context for the normative culture
producing stigma that is internalized by individuals with obesity.“

(Malterud/Ulriksen 2011: 10)

Gleichzeitig mit der steigenden Prävalenz von Hochgewicht und Adipositas hat sich auch die öffentliche Wahrnehmung in den westlichen Industriestaaten in den letzten Jahrzehnten radikal verändert. Obwohl das Bewusstsein in der Bevölkerung gestiegen ist, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung mit multifaktoriellen Ursachen handelt, konnte und kann nach wie vor ein Anstieg von negativer Wahrnehmung und abwertender Haltung gegenüber Menschen mit Hochgewicht und Adipositas beobachtet werden. Dicke und sehr dicke Menschen sehen sich immer größeren psychosozialen Einschränkungen wie stereotypen Zuschreibungen, Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt.

Als soziales Stigma gilt ein Merkmal, das mit stark negativen Bewertungen verknüpft ist, was mit einer gesellschaftlichen Abwertung der Personen einhergeht, denen dieses Merkmal zugeschrieben wird. Ein hohes Körpergewicht stellt in dieser Hinsicht ein besonderes Stigma dar, da es sich um ein physiologisches Differenzierungsmerkmal handelt, wo der Körper sehr offensichtlich nicht der Norm entspricht. In der Literatur wird hier vom **Gewichtsstigma** oder **Adipositasstigma** gesprochen.

Wenn es aufgrund der Zuschreibung negativer Attribute wie etwa *faul*, *willensschwach*, *gefräßig*, *unmotiviert*, *emotional gestört* oder *unhygienisch* zu einer Ungleichbehandlung von hochgewichtigen Menschen kommt, spricht man von einer **gewichtsbezogenen Diskriminierung** oder **Gewichtsdiskriminierung**, die im angloamerikanischen Sprachraum auch als *Weight Bias*, *Anti-Fat Bias* oder auch *Sizeism* diskutiert wird.

Stigmatisierende Einstellungen gegenüber hochgewichtigen Menschen sind in der Bevölkerung weit verbreitet und sind im Kontext von einerseits **Überzeugungen zur Verantwortlichkeit** gegenüber den eigenen Körpern und **Selbstverschuldung** sowie andererseits der **kulturellen Abwertung dickleibiger Körper** vor dem Hintergrund der gängigen **gesellschaftlich-kulturellen Matrix** (Schönheitsideale, Leistungsgesellschaft etc.) zu sehen. In der Literatur finden sich viele Hinweise darauf, dass Vorurteile und stereotype Zuschreibungen gegenüber hoch-

gewichtigen Menschen größer sind, wenn diese für ihr hohes Gewicht als selbstverantwortlich gesehen werden (**Schuld attributionstheorie**). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit vermehrt zugewiesener Schuld am eigenen Gewicht und mit steigendem BMI die negativen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber hochgewichtigen Menschen steigen.

Werden Stigmatisierung und Schuldzuweisungen von hochgewichtigen Personen verinnerlicht, spricht man vom **internalisierten Stigma**, mit der Konsequenz, dass die negativen Zuschreibungen sowie die Eigenverantwortung für eben diese übernommen und für gültig erklärt werden.

Formen und Prävalenz von Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen

Gerade im Bereich des **Gesundheitswesens** konnten international zahlreiche Belege für Stigmatisierung und Gewichtsdiskriminierung gefunden werden, die negative Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität, die Gesundheit hochgewichtiger Menschen und letztendlich auf die Behandlungserfolge bei Adipositas haben können. So wird zum Beispiel in der aktuellen Betroffenenbefragung „Diskriminierungserfahrungen in Deutschland“ das Gesundheitssystem besonders häufig als Ort der Diskriminierung genannt, wo hochgewichtige Menschen mit massiven Vorurteilen, negativen Stereotypen und Ungleichbehandlungen konfrontiert werden. In einer US-Studie werden Ärztinnen und Ärzte nach Familienmitgliedern als zweitgrößte Verursacher von Stigmatisierung und Diskriminierung genannt. Über die Hälfte der befragten Frauen (n = 2.449) gab bzw. gibt dabei an, mehr als einmal gewichtsbezogene Ungleichbehandlung seitens Ärztinnen und Ärzten erlebt zu haben.

Zusammenfassend konnten in der Literatur folgende Formen von Stigmatisierung und Ungleichbehandlung seitens des Gesundheitspersonals (AllgemeinmedizinerInnen, KlinikerInnen, Krankenschwestern/Pfleger, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen) im Umgang mit hochgewichtigen PatientInnen ausgemacht werden:

- 1 Auf das Gewicht reduzierte und fehlgeleitete Diagnosen und Therapieansätze (unabhängig von den Anforderungen seitens PatientInnen) oder umfassende Tabuisierung der Gewichtsproblematik;
- 2 Abwehrende Grundhaltung; weniger Behandlungszeit oder Behandlungsmöglichkeiten;
- 3 Stereotype und vorurteilshafte Zuschreibungen und Annahmen;

- 4 Ungemäßer Sprachgebrauch inkl. herablassender Kommentare, Beleidigungen und Beschimpfungen; unnötige Empfehlungen;
- 5 Konfliktreiche Sichtweisen auf Verantwortung und Schuld im Gewichtsmanagement, unprofessionelle Schuldzuweisungen bei erfolglosen Gewichtsreduktionen;
- 6 Mangelnde Barrierefreiheit und ungemäße medizinische Ausstattung.

Die abwehrende Grundhaltung von medizinischem und pflegendem Personal gegenüber hochgewichtigen PatientInnen wird mit (angenommenen) geringen Erfolgchancen sowie aus eigener Sicht mangelnden Kompetenzen, Erfahrungen und unzureichender Ausstattung und daraus resultierender Überforderung in Zusammenhang gebracht.

Das Risiko für Überforderung wird durch belastende Erfahrungen (Ohnmachtsgefühl, Mitleid ...), dysfunktionale Einstellungen und Ansprüche (etwa zu hohe Erwartungen an sich selbst und die PatientInnen) verstärkt. Kommt es zur Überforderung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, PflegerInnen, TherapeutInnen und BeraterInnen, wird die Zusammenarbeit für alle Beteiligten zur Belastung, Schubladendenken und Etikettierungsprozesse werden verstärkt und damit wird die Basis für (weitere) Stigmatisierungsprozesse geschaffen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die **Generalisierbarkeit der hier zusammengefassten Aussagen eingeschränkt bleibt**, da ein großer Teil der gesichteten Forschungsergebnisse auf experimentellen Fallstudien beruht und die Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher methodologischer Ansätze und Rahmenbedingungen (unterschiedliche Gesundheitssysteme in unterschiedlichen Ländern) nur teilweise gegeben ist. Variablen wie **Alter, Herkunft und Geschlecht** werden eher selten systematisch berücksichtigt. Nicht eindeutig ist daher auch die Forschungslage, ob adipöse **Frauen** mehr von gewichtsbezogener Stigmatisierung betroffen sind als adipöse **Männer**. Für junge Mädchen sowie für Frauen um die 30 Jahre scheinen diesbezüglich stärkere Benachteiligungen vorzuliegen. Da die Mehrheit der in den Studien befragten Personen allerdings weiblichen Geschlechts zu sein scheint, sind die Aussagen für Männer mit größeren Unsicherheiten behaftet.

Konsequenzen für Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Diskriminierungsschutz

Stigmatisierung und Diskriminierung von hochgewichtigen Menschen im Gesundheitsbereich entfalten ihre nachteiligen Wirkungen sowohl auf der Ebene des Individuums als auch auf der Ebene der Gesundheitsversorgung. So konnte nach-

gewiesen werden, dass die Auseinandersetzung mit Gewichtsstigmatisierung zu **stressverursachtem erhöhtem Essverhalten** und **reduziertem Bewegungsverhalten** führt und dass **Depressionen, Angst- und Panikstörungen** bei adipösen Menschen häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung.

Auch wenn die Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit Adipositas, ihren Komorbiditäten in Bezug auf Depressionen, Angststörungen und Stigma keine eindeutigen Aussagen zuzulassen scheinen, deuten Ergebnisse aus experimentellen Versuchen darauf hin, dass Erfahrungen mit Stigmatisierung die Wahrscheinlichkeit erhöhen, psychiatrisch zu erkranken oder das Stresssystem der HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) zu aktivieren, was zu einer stressbedingten erhöhten Nahrungsaufnahme führt – durch die weitere Gewichtszunahme kann eine Art **Gewichtsstigmatisierungs-Teufelskreislauf** für die Betroffenen starten.

Stigmatisierung und Diskriminierung sind als potenzielle Stressoren zu erachten, die nicht nur die individuelle Gesundheit von hochgewichtigen Menschen, sondern auch den Erfolg von Adipositas-Therapien, einschließlich chirurgischer Maßnahmen, beeinträchtigen können. Auch bedarf es einer genauen Untersuchung, warum klinische Stichproben – adipöse TeilnehmerInnen von Gewichtsreduktionsprogrammen – psychopathologisch mehr belastet sind als nicht-klinische Stichproben, im Sinne eines geringen Selbstwertgefühls, Ängsten, depressiven Symptomen sowie stärkere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. In diesem Zusammenhang werden, insbesondere aus therapeutischer Sicht, auch **konventionelle Adipositas-Ansätze** und der **steigende Druck zum operativen Eingriff** kritisiert, wiewohl jeder chirurgische Eingriff mit hohen Risiken verbunden ist. Die große Mehrheit an Operationen – in einer Quelle wird von 80 Prozent gesprochen – sollen übrigens an Frauen durchgeführt werden.

Im Gesundheitsbereich Tätige sollten sich über potenziell stigmatisierende Verhaltensweisen und deren Konsequenzen für vulnerable PatientInnengruppen bewusst sein. Denn die erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung wird als Grund angegeben, warum adipöse PatientInnen ärztliche Vor- und Versorgungstermine nicht (mehr) wahrnehmen bzw. mit der medizinischen Versorgung weniger zufrieden sind. Womit die Gefahr von **unterschiedlichen Versorgungsqualitäten von PatientInnengruppen** und damit einer **wachsenden sozialen Ungleichheit** gegeben ist.

Die (möglichen) negativen Konsequenzen von Gewichtsstigma und Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitsbereich lassen sich wie folgt zusammenfassen:



- » Ausschlussmechanismen aus der Gesundheitsversorgung, sowohl seitens des Gesundheitssystems als auch seitens der PatientInnen im Sinne einer geringeren Nutzung oder Vermeidung von Behandlungsterminen oder Vorsorgeuntersuchungen.
- » Unterschiedliche Versorgungsqualitäten und Qualitätsminderung in der medizinischen Versorgung.
- » Auswirkungen auf den physischen wie psychischen Gesundheitszustand von hochgewichtigen PatientInnen: Verweigerungshaltung, Körperbildstörungen, Essstörungen und Depressionen, die wiederum den Verlauf von Adipositas-Therapien und Gewichtsreduktionsprogrammen negativ beeinflussen können.

Gegen persönlich erlebte Gewichtsdiskriminierung wird seltener vorgegangen als gegen eine Diskriminierung anhand von zum Beispiel einer angeborenen körperlichen Beeinträchtigung. Erklärt wird dies durch den fehlenden rechtlichen Schutz, durch gesellschaftliche Stigmatisierung und zugeschriebene Schuld am eigenen Gewicht sowie durch die Internalisierung eines solchen Stigmas. In Summe stehen von Gewichtsdiskriminierung betroffenen Personen weniger Handlungsoptionen zur Verfügung, wie auch in der **Nichtberücksichtigung des Merkmals Körpergewicht im Antidiskriminierungsrecht** oder im **Mangel an Antidiskriminierungsberatungsstellen** für Betroffene von Gewichtsdiskriminierung zu sehen ist.

Implikationen für den Gesundheitsbereich – Ansatzpunkte für Interventionen

Folgende Implikationen bzw. Interventionen lassen sich aus den dargestellten Überlegungen zu Gewichtsstigma und Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitsbereich ableiten. Zum einen wird der Schwerpunkt der (möglichen) **Interventionen auf das Public Stigma** gelegt, indem versucht wird, die öffentliche Wahrnehmung von hochgewichtigen Menschen durch zum Beispiel **Aufklärungskampagnen** zu Ursachen von Adipositas oder durch nicht-stereotype Darstellung dicker Menschen in den Medien zu ändern. Zum anderen wurden, etwa im Kontext der **Health at Every Size-Bewegung** (HAES) in den USA oder der Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung in Deutschland, bereits konkrete **Handlungsempfehlungen und Leitfäden für den Umgang mit hochgewichtigen PatientInnen** entwickelt, die unter anderem Sprachgebrauch, räumliche und medizinische Ausstattung oder *Anti-Fat Bias* und Selbstreflexion zum Thema machen. Empfehlungen für ein adäquates Behandlungsumfeld und eine nicht-stigmatisierende Kommunikation wurden anhand der gesichteten Literatur im Detail ausgearbeitet.

Da Normen, Stereotypisierungen und daraus resultierende Einstellungen und Hal-

tungen weder individuell noch gesamtgesellschaftlich leicht zu beeinflussen sind, ergibt sich letztendlich auch die Notwendigkeit, mit den Betroffenen therapeutische Ansätze und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, die es ermöglichen, die Folgen erlebter Stigmatisierung/Diskriminierung zumindest zu lindern. Im Bereich der **individuellen Unterstützung und psychosozialen Interventionen**, die hinsichtlich der Stigma- und Diskriminierungserfahrungen bei Hochgewicht und Adipositas immer mehr in den Fokus rücken, werden in den Studien in erster Linie Programme zum **Stressmanagement** thematisiert, die sich an den psychischen Risikofaktoren bei den Betroffenen orientieren (Aufbau des Selbstwertgefühls, Anpassung von *Coping*-Strategien, Körperbild-Arbeit).

In diesem Zusammenhang werden auch neue Wege in der Therapie von Adipositas und Essstörungen angesprochen, die der pathogenetisch orientierten medizinischen Sichtweise die **Salutogenese** entgegensetzen (sollen). Damit wäre nicht an erster Stelle zu fragen, was Menschen für Erkrankungen vulnerabel macht, sondern was es ihnen ermöglicht, trotz Einschränkungen gesund zu bleiben, womit sich der Kreis zur *Health At Every Size*-Bewegung schließt. Als Grundlagen werden die **bio-psycho-soziale Perspektive**, ein Verständnis von Stressoren (wie Stigmatisierung) in der Therapie und die Rolle von sozialen Ressourcen in der Bewältigung von Krisen, das heißt auch eine Erstarkung der klinischen Sozialarbeit, genannt.

Komplementär zu psycho-sozialen Interventionen wird zur individuellen Unterstützung der von Gewichtsdiskriminierung betroffenen Personen eine verstärkte **Antidiskriminierungsberatung** sowie darüber hinaus die Aufnahme des Gewichtsmerkmals in das Antidiskriminierungsrecht diskutiert.

Da die Arbeit mit PatientInnen mit Adipositas und Essstörungen hohe Anforderungen an die professionellen multidisziplinären Teams stellt, wird nicht nur eine kritische Selbstreflexion und Kompetenzerweiterung aufseiten der ProfessionalistInnen, sondern auch ein ausreichendes Angebot an **Inter- und Supervision** sowie **Aus- und Weiterbildung** für Ärztinnen und Ärzte, TherapeutInnen, Pflegepersonal etc. gefordert.

Wie in der Adipositas-Prävention und -Therapie ist auch in der **Erforschung** der Ursachen des Gewichtsstigmas und der Reduktion desselben ein **gesamtgesellschaftlicher** und **evidenzbasierter Ansatz** gefragt, da trotz zahlreicher Evidenzen noch immer Forschungslücken in Bezug auf Prävalenz und Ursachen von Gewichtsdiskriminierung, Konsequenzen für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung sowie Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegeben sind. Wesentlich dabei wäre auch die Berücksichtigung von Variablen wie Alter, Geschlecht, Herkunft oder sozioökonomischer Status.

6 LITERATUR

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017) (Hrsg.), Beigang, Steffen/Fetz, Karolina/Kalkum, Dorina/Otto, Magdalena: Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden

http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Experten/Expertise_Diskriminierungserfahrungen_in_Deutschland.html?sessionId=3203CEB4940DD1AD57809BBE5DA26962.1_cid322?nn=6575434

Bacon, Linda/Aphramor, Lucy (2011): Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. In: Nutrition Journal, 10, 69, DOI: 10.1186/1475-2891-10-9

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041737/>

Barlösius, Eva (2014): Dicksein. Wenn der Körper das Verhältnis zur Gesellschaft bestimmt. Frankfurt am Main

Beigang, Steffen/Otto, Magdalena/Fetz, Karolina/Kalkum, Dorina (2017): Eine Frage von Gewicht: Gründe für unterschiedliches Reaktionsverhalten bei erfahrener Diskriminierung. In: Wissen schafft Demokratie. Schriftenreihe des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft, 2, S. 52–63. DOI: 10.19222/201702/6

https://www.idz-jena.de/fileadmin/user_upload/SR_02_IDZ_Web.pdf

Borkenhagen, Ada/Strin, Aglaja/Brähler, Elmar (2014) (Hrsg.): Body Modification. Manual für Ärzte, Psychologen und Berater. Berlin

Chrisler, Joan C./Barney, Angela (2016): Sizeism is a health hazard. In: Fat Studies, 6, 1, S. 38–53. DOI: 10.1080/21604851.2016.1213066

https://www.researchgate.net/publication/306331614_Sizeism_is_a_health_hazard

DAG e.V. (2014); Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014.pdf

Daniélsdóttira, Sigrún/O’Brien, Kerry S./Ciao, Anna (2010): Anti-Fat Prejudice Reduction: A Review of Published Studies. In: Obesity Facts, 3, S. 47–58. DOI: 10.1159/000277067

<https://www.karger.com/Article/Pdf/277067>

De Zwaan, Martina (2012): Adipositas aus psychosomatischer Sicht. In: Lewandowski, Klaus/Bein, Thomas (Hrsg.): Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Berlin

Dorner, Thomas/Dür, Wolfgang/Waldherr, Karin (2015): Die Verbreitung von Adipositas und Essstörungen. Definition, Häufigkeit, Folgen. In: Wiener Programm für Frauengesundheit (Hrsg.): Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt. Wien, S. 15–21

Ertelt, Susanne (2010): Körperbilder, Übergewicht und Gesellschaft. In: Gottschalk-Mazouz, Niels (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas, Gesundheit und Krankheit. Diskussionsbeiträge aus philosophischer Sicht. Stuttgart, S. 8–73

https://elib.uni-stuttgart.de/bitstream/11682/5371/1/Sammel_adip.pdf

FEM – Institut für Frauen- und Männergesundheit (o.J.) (Hrsg.): Methodensammlung Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas. Wien

Fischer, Sabine (2017): „Gute Dicke – schlechte Dicke“? Wie die Haltung und das Verhalten professioneller Helfer zu Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen beitragen. In: Rose, Lotte/Schorb, Friedrich (Hrsg.): Fat Studies in Deutschland. Weinheim/Basel, S. 219–229

Forsa Politik- und Sozialforschung (2016): XXL-Report. Meinungen und Einschätzungen zu Übergewicht und Fettleibigkeit. Repräsentative Studie im Auftrag der DAK. Berlin
<https://www.dak.de/dak/download/forsa-studie-xxl-report-1846162.pdf>

Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V. (o.J.): Informationsblatt „Die Besonderheiten im Umgang mit (sehr) hochgewichtigen Patienten. Eine Handlungsempfehlung für Kliniken, Ärzte und medizinisches Personal“. Berlin https://www.gewichtsdiskriminierung.de/wp-content/uploads/2014/11/Informationsblatt_hochgewichtigen-Patienten.pdf

Greschitz, Alexandra (2012): Der adipöse Intensivpatient. Abschlussarbeit KABEG Bildungszentrum, Spezielle Zusatzausbildung in der Intensivpflege. Villach
<https://docplayer.org/20962854-Der-adipoese-intensivpatient.html>

Herpertz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (2015) (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage, Berlin/Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-642-54573-3_53

Hilbert Anja (2015): Soziale und psychosoziale Auswirkungen der Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. In: Herpertz, Stephan et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg, S. 419–424

Hilbert, Anja/Braehler, Elmar/Haeuser, Winfried/Zenger, Markus (2014): Weight Bias Internalization, Core Self-Evaluation, and Health in Overweight and Obese Persons. In: Obesity, 22, S. 79–85. DOI: 10.1002/oby.20561
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/oby.20561>

Hilbert, Anja/Geiser, Miriam (2012): Stigmatisierung: Implikationen für die Kommunikation mit adipösen Patienten. In: Lewandowski, Klaus/Bein, Thomas (Hrsg.): Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Berlin, S. 71–77

Jäger, Elisabeth/Jahoda, Rahel/Waldherr, Karin (2015): Stigmatisierung und Diskriminierung. Falsches Verhalten in Bezug auf Adipositas und Essstörungen. In: Wiener Programm für Frauengesundheit (Hrsg.): Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt. Wien, S. 47–51

Kramer, Ludwig (2015): Die Interessen der Industrie. Überernährung – Produktion und Manipulation. In: Wiener Programm für Frauengesundheit (Hrsg.): Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt. Wien, S. 29–30

Lehnert, Thomas/Konnopa, Alexander/Riedel-Heller, Steffi G./König, Hans-Helmut (2012): Epidemiologische und gesundheitsökonomische Aspekte. In: Lewandowski, Klaus/Bein, Thomas (Hrsg.): Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Berlin, S. 2–9

Lewandowski, Klaus/Bein, Thomas (2012) (Hrsg.): Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Berlin



Luck-Sikorski, Claudia (2017): Stigmatisierung und internalisiertes Stigma bei Adipositas. Interventionsmöglichkeiten. In: Rose, Lotte/Schorb, Friedrich (Hrsg.): Fat Studies in Deutschland. Weinheim/Basel, S. 86–122

Malterud, Kirsti/Ulriksen, Kjersti (2011): Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. In: International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 6, 4, 8404. DOI: 10.3402/qhw.v6i4.8404 <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8404>

NAAFA (2017): Guidelines for healthcare providers with fat clients. https://www.naafaonline.com/dev2/about/Brochures/2017_Guidelines_for_Healthcare_Providers_with_Fat_Clients.pdf

Puhl, Rebecca M./Heuer, Chelsea A. (2010): Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. In: Am J Public Health, 100, 6, S. 1019–1028. DOI: 10.2105/AJPH.2009.159491 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866597/>

Puhl, Rebecca M./Heuer, Chelsea A. (2009): The Stigma of Obesity: A Review and Update. In: Obesity, 17, 5, S. 941–964. DOI: 10.1038/oby.2008.636 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2008.636>

Puhl, Rebecca M./Andreyeva, Tatiana/Brownell, Kelly D. (2008): Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. In: International Journal of Obesity, S. 1–9. DOI:10.1038/ijo.2008 <http://www.uconnruddcenter.org/resources/upload/docs/news/IJO2008.pdf>

Puhl, Rebecca M./Brownell, Kelly D. (o.J.) (2006): Weight Bias in Health Care Settings. http://www.uconnruddcenter.org/resources/bias_toolkit/toolkit/Module-3/3-03a-Overview-Slides.pdf

Puhl, Rebecca M./Brownell, Kelly D. (2001): Bias, discrimination, and obesity. In: Obesity Research & Clinical Practice, 9, 12, S. 788–905. DOI: 10.1038/oby.2001.108

Rose, Lotte/Schorb, Friedrich (2017) (Hrsg.): Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung. Weinheim/Basel

Rothblum, Ester D. (2017): Fat Studies. In: Rose, Lotte/Schorb, Friedrich (Hrsg.): Fat Studies in Deutschland. Weinheim/Basel 2017, S. 16–30

Rudolph, Almut/Hilbert, Anja (2014): Adipositaschirurgie. In: A. Borkenhagen et al. (2014) (Hrsg.): Body Modification. Berlin, S. 69–90

Schmitt, Pauli/Rose, Lotte (2017): Wie spricht Soziale Arbeit über Übergewicht? Ergebnisse einer explorativen Befragung von Studierenden der Sozialen Arbeit. In: Rose, Lotte/Schorb, Friedrich (Hrsg.): Fat Studies in Deutschland. Weinheim/Basel, S. 172–203

Schorb, Friedrich (2017): Dick ist kein Schimpfwort! Kollektive Strategien gegen Gewichtsdiskriminierung. In: Rose, Lotte/Schorb, Friedrich (Hrsg.): Fat Studies in Deutschland. Weinheim/Basel, S. 31–52

Shoab, Afzal/Tybjaerg-Hansen, Anne/Gorm, B. Jensen et al. (2016): Change in Body Mass Index Associated With Lowest Mortality in Denmark, 1976–2013. JAMA. 2016;315(18): 1989–1996. DOI:10.1001/jama.2016.4666 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2520627?alert=article>

Sikorski, Claudia/Luppa, Melanie/Kaiser, Marie/Glaesmer, Heide/Schomerus, Georg/König, Hans-Helmut/Riedel-Heller, Steffi G. (2011): The stigma of obesity in the general public and its implications for public health – a systematic review. In: BMC Public Health, 11, 661. DOI: 10.1186/1471-2458-11-661

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-661>

Stadt Wien (2017) (Hrsg.): Wiener Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014. Erstellt durch die Gesundheit Österreich GmbH (AutorInnen: Griebler, Robert/Winkler, Petra/Gaiswinkler, Sylvia et al.). Wien

<https://goeg.at/sites/default/files/2017-09/Wiener%20Gesundheitsbericht%202016%20-%20Vienna%20Health%20Report%202016.pdf>

Thompson-Brenner, Heather/Satir, Dana A./Franko, Debra L./Herzog, David B. (2012): Clinician Reactions to Patients With Eating Disorders: A Review of the Literature. In: Psychiatric Services, 63, 1, S. 73–78.

<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201100050>

Wiener Programm für Frauengesundheit, MA 15 (2015) (Hrsg.): Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt. Eine Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Wirtschaft und Gesellschaft auf Kinder und Jugendliche. Wien

Wirth, Alfred/Hauner, Hans (2013) (Hrsg.): Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. Berlin

Yumuk, Volkan/Tsigos, Constantine/Fried, Martin/Schindler, Karin/Busetto, Luca/Micic, Dragan/Toplak, Hermann (2015): European Guidelines for Obesity Management in Adults. In: Obesity Facts, 8, S. 402–424. DOI: 10.1159/000442721

<https://www.karger.com/Article/Pdf/442721>



Impressum:

Medieninhaberin, Herausgeberin und für den Inhalt verantwortlich: Wiener Programm für Frauengesundheit/Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele in der MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Stadt Wien
Brigittenauer Lände 50–54/2, 1200 Wien

www.frauengesundheit.wien.at

www.gesundheitsziele.wien.at

Leiterin Wiener Programm für Frauengesundheit/Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele: Mag.^a Kristina Hametner

Projektleitung: Mag.^a Ulrike Repnik, MA; Mag.^a Daniela Thurner

Autorinnen:

Nicole Schaffer (schaffer-research.at)

Birgit Buchinger (www.solution.at)

Schaffer
RESEARCH

SO!ution
Sozialforschung & Entwicklung

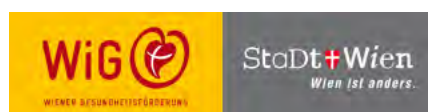
Endbericht Lektorat: Mag.^a Michaela Hafner

Fotocredits: Kristina Hametner by Christine Bauer/WIG, Peter Hacker by David Bohmann

Grafik: Type & Publish KG, 2345 Brunn am Gebirge

Druck: agensketterl, 2540 Bad Vöslau

Der Literature Review wurde finanziert mit Mitteln der Wiener Gesundheitsförderung.



Stand: 1. Auflage, Frühjahr 2019

