



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Gewichtsstigma in Ernährungsfachbüchern: eine qualitative
Analyse deutschsprachiger Literatur

verfasst von / submitted by

Ivonne Bauer, BSc Bakk.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 838

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium
Ernährungswissenschaften

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen König

Abstract

Weight bias is an omnipresent societal phenomenon, with some calling it the last “socially acceptable” form of social stigma. It is defined as social devaluation and denigration of individuals considered to carry excess weight, which can lead to prejudice, negative stereotyping, and discrimination.

Stigma can be a potent source of social control. While public health policies tap into potentially stigmatizing elements in their strategy to battle the obesity pandemic (Primum Non Nocere), recent research suggest that weight bias can have undesirable and paradoxical effects fueling self-stigmatization leading individuals to eat even more when confronted with stigma. As a consequence stigmatizing measures should never be used in public health nutrition interventions. Perceptions that obesity and weight gain is considered to result from a lack of self-control and therefore represents unbridled personal responsibility can lead to implicit and explicit weight bias. Thus, obese individuals are often portrayed as lazy, self-indulgent and weak willed (explicit bias). The aim of the thesis is to qualitatively examine how weight bias is communicated by nutrition experts in eight popular science books written in German. For data collection and interpretation, units of analysis, step models, working with categories, validity and reliability are used. Further, inductive development of categories and deductive application of categories are the main principles. The possibilities of the computer program Atlas.ti are supporting those qualitative steps. The analysis of popular nutrition books written by academics spans a decade of coverage and covers the period 2005 – 2015.

The results highlight the importance of a careful consideration to the language used to discuss body weight. Despite nutrition experts already avoid negative language to describe obese bodies, they should be more thorough using vocabulary, especially when quoting other experts, as inaccurate word selection can have a significant influence on weight bias stigma. Among health professionals, explicit as well as implicit anti-fat attitudes are still very high. Implicit attitudes decreased from 2001 compared to 2013, while explicit attitudes increased for that timespan. Although this finding is intriguing, there is no qualitative research on how implicit weight bias is communicated by health professionals.

Zusammenfassung

Übergewichtige und adipöse Menschen sind in unserer Gesellschaft häufig gewichtsbezogener Stigmatisierung ausgesetzt. Diese Art der sozial akzeptierten Diskriminierung wertet betroffene Personen häufig ab und resultiert in Chancenungleichheiten in vielen Lebensbereichen.

Das Phänomen Gewichtsstigma kann außerdem eine Quelle der sozialen Kontrolle darstellen, die weltweit als Strategie zur Bekämpfung von Adipositas verwendet wird (Primum Non Nocere). Rezente Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass gewichtsstigmatisierende Aussagen mitunter unerwünschte oder sogar paradoxe Wirkungen induzieren. Übergewichtige und adipöse Personen konsumieren mehr oder kalorienreichere Lebensmittel, wenn sie gewichtsbezogener Diskriminierung ausgesetzt sind. Aus diesem Grund sollte Gewichtsstigma nie als Instrument zur Bekämpfung von Adipositas verwendet werden.

Die Annahme, Übergewicht sowie Gewichtszunahme resultieren aus Mangel an Selbstbeherrschung und Selbstverantwortung, führt zu impliziten und expliziten Formen des Gewichtsstigma. Infolgedessen werden übergewichtige Personen oft als faul, zügellos und willensschwach (explizites Stigma) dargestellt. Das Ziel dieser Arbeit ist, ausgehend von impliziten Gewichtsstigma unter Nutzung qualitativer Forschungsmethoden herauszufinden, inwiefern Ernährungsexperten in deutschsprachigen Fachbüchern gewichtsstigmatisierende Aussagen verwenden. Dafür wurde eine Kombination aus der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2002) und des thematischen Kodierens nach Uwe Flick (2005) verwendet. Zur Unterstützung der Auswertung wurde teilweise das Textanalyseprogramm Atlas.ti. herangezogen.

Gesundheitsexperten bedienen sich häufig beider Stigmaformen (implizit und explizit). Im Gesundheitswesen äußern sich diese Vorurteile durch eine schlechtere medizinische Versorgung. Implizite Einstellungen sanken von 2001 bis 2013, während explizite Einstellungen in diesem Zeitraum verstärkt vorkamen. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit einer sorgfältig durchdachten Wortwahl. Ernährungsexperten gehen teilweise mit gutem Beispiel voran, indem sie sich in Fachbüchern einer neutralen Sprache bedienen.

Obwohl diese Beobachtung von großer Bedeutung ist, sind bis heute keine qualitativen Forschungsergebnisse veröffentlicht worden, wie implizite Gewichtsstigmatisierungen von Gesundheitsexperten transportiert werden.

INHALTSVERZEICHNIS

THEORETISCHER TEIL	8
1 STIGMA UND STEREOTYP	8
1.1 DEFINITION	8
1.2 FORMEN DER STIGMATISIERUNG	10
1.3 STIGMA IN UNTERSCHIEDLICHEN BEREICHEN.....	10
2 GEWICHTSSTIGMA	12
2.1 DEFINITION	13
2.2 THEORIEN GEWICHTSBEZOGENER STIGMATISIERUNG	15
2.2.1 Attributionstheorie.....	15
2.2.2 Theorie des sozialen Konsens.....	15
2.2.3 Theorie der sozialen Identität.....	16
2.2.4 Theorie des realistischen Gruppenkonflikts	16
2.2.5 Integrierte Bedrohungstheorie	17
2.2.6 Evolutionstheorien	18
2.3 WIE ÄUßERT SICH WEIGHT STIGMA.....	18
2.3.1 Gesundheitswesen.....	20
2.3.2 Arbeit/Schule	21
2.3.3 Medien.....	22
2.3.4 Soziale Beziehungen	23
2.4 ATTRIBUTE VON STIGMATISIERUNG	27
2.5 STIGMAREDUKTION	30
2.6 FORSCHUNGSSTAND	33
3 ZUSAMMENFASSUNG UND ÜBERLEITUNG ZUM EMPIRIE TEIL	35
4 METHODE: INHALTSANALYSE NACH MAYRING UND KODIEREN NACH FLICK	35
5 AUSWAHL DES MATERIALS.....	38
6 HYPOTHESEN	40
7 UNTERSUCHUNGSSCHRITTE.....	40
7.1 SCHRITT 1: BESTIMMUNG DER ANALYSEEINHEIT	41
7.2 SCHRITT 2: FESTLEGUNG DER EINSCHÄTZUNGSDIMENSIONEN	41
7.3 SCHRITT 3: BESTIMMUNG DER AUSPRÄGUNG UND ZUSAMMENSTELLUNG DES KATEGORIENSYSTEMS	42
8 ERGEBNISTEIL	46

8.1	SOZIALER BEREICH	46
8.2	PSYCHOLOGISCHER/EMOTIONALER BEREICH	48
8.3	FÄHIG- UND FERTIGKEITSBEREICH	51
8.4	KÖRPERLICHER BEREICH	51
9	DISKUSSIONSTEIL	54
9.1	EPIDEMIE.....	54
9.2	AUSBREITUNG.....	55
9.3	FERNSEHEN.....	56
9.4	WEITERE KONTEXTUELL FALSCH VERWENDETE BEGRIFFE	57
10	LIMITATIONEN	60
11	SCHLUSSBETRACHTUNG	61
12	FAZIT UND AUSBLICK.....	62

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Negative Stereotypen bei Adipositas	13
Abb. 2: Vergleich von Stigma in unterschiedlichen Lebensbereichen.....	19
Abb. 3: Lebensbereiche gewichtsbezogener Stigmatisierung.....	20
Abb. 4: Prozess gewichtsbezogener Diskriminierung am Arbeitsplatz	22
Abb. 5: Attribute gewichtsbezogener Stigmatisierung.....	27
Abb. 6: Disqualifizierungskriterien von Personalfachleuten	28
Abb. 7: Vergleich des Sympathiefaktors (1961 und 2001)	29
Abb. 8: Interaktion Gewichtswahrnehmung mit Artikelinhalt und der Kalorienaufnahme. Kontrollgruppe (blau); Frauen, die sich als übergewichtig wahrnehmen (rot).	31
Abb. 9: Ansätze zur Reduktion von Stigma	32
Abb. 10: Ablaufmodell deduktiver Kategorienbildung.....	37
Abb. 11: Ablaufmodell skalierend strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse	41
Abb. 12: Einschätzungsdimensionen	42
Abb. 13: Gegenstandsbezogene Theoriebildung 1	44
Abb. 14: Gegenstandsbezogene Theoriebildung 2	44

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Darstellung der Stigmabereiche mit Ebenen	10
Tabelle 2: Formen von Stigma	12
Tabelle 3: Evidenzlage gewichtsbezogener Stigmatisierung unterschiedlicher Lebensbereiche	25
Tabelle 4: Stigma-Tabelle – Welche Form des Stigmas wird attribuiert?	42
Tabelle 5: Stigma-Tabelle – Welche Form der Stigmatisierung wird angewandt?	43
Tabelle 6: Sozialer Bereich	46
Tabelle 7: Psychologischer/Emotionaler Bereich	48
Tabelle 8: Fähig- und Fertigkeitsbereich	51
Tabelle 9: Körperlicher Bereich	51
Tabelle 10: Gegenüberstellung von Energiereserven 1	73
Tabelle 11: Gegenüberstellung von Energiereserven 2	73

Vorwort

Theoretischer Teil

Dieses Werk ist den wichtigsten Menschen in meinem Leben gewidmet –

Meiner Familie und meinen Freunden!

Vielen herzlichen Dank für eure Unterstützung!

Ich bedanke mich bei allen Lektoren der Studienrichtung Ernährungswissenschaften, die mit ihren interessanten Vorlesungen und Seminaren mein Studium bereichert haben. Vor allem möchte ich Dr. Benjamin Missbach für die fachliche Unterstützung bei meiner Masterarbeit danken.

1 Stigma und Stereotyp

1.1 Definition

Der erste Teil dieser Arbeit widmet sich der genaueren Beschreibung des Terminus „Stigma“. Das Substantiv Stigma oder Stigmen in der Pluralform bezeichnet bildungssprachlich etwas, das deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderen Dingen unterscheidet. Die Bezeichnung kann auch auf Personen angewandt werden. Die katholische Kirche versteht darunter ein Wundmal oder eine Narbe von Stigmatisierten, bzw. ein Brandmal, das Sklaven zur Strafe bei schweren Vergehen eingebrannt wurde.

Die Griechen, die offenbar viel für Anschauungshilfen übrig hatten, schufen den Begriff Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen (Goffman 1975, S.9).

Grundlegend für die Begriffsdefinition von Stigma ist das vom Soziologen Erving Goffman verfasste Werk *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (1963), indem detailorientiert erklärt wird, was unter dem Phänomen Stigma zu verstehen ist. Goffmans Buch gilt als wegweisendes Werk für den Beginn der sozialwissenschaftlichen Stigmaforschung.

Basis der Überlegungen sind Ansätze von sozialer, persönlicher, erwarteter und tatsächlicher Identität. Goffman spricht darin von Fehlern, Unzugänglichkeiten oder Handicaps, die entgegen der normativen Identitätserwartungen oder –standards sind. Der Autor unterscheidet zwischen der sogenannten virtuellen sozialen Identität (virtual social identity) die den normativen Erwartungen der Umwelt entsprechen und der tatsächlichen sozialen Identität (actual social identity), in der die eigentliche Wirkung auf andere Personen wiedergespiegelt wird. Kommt es zu einer umfangreichen Abwertung im Sinne einer negativen Abweichung der tatsächlichen Identität von normativen Identitätsstandards, dann fällt das Phänomen Stigma (Goffman 1963, S.2-3). Im Allgemeinen wird ein Stigma bei Personen als vorhanden angesehen, wenn Betroffene als unvollkommen gelten und aus diesem Grund von der sozialen Akzeptanz ausgeschlossen werden. Unter Stigmatisierung versteht man die Zuschreibung eines Stigmas. Das Verhältnis zum normativen Kontext ist dabei bedeutender als das Verhalten von Individuen. Während bestimmte Kennzeichen in einer Gesellschaft oder einem bestimmten sozialen Umfeld als positiv angesehen werden und als normal gelten, können diese in einem anderen Bezugsrahmen ein Stigma darstellen. Ausgehend von Goffmans Überlegungen hat sich eine vielgestaltige Stigmaforschung mit unterschiedlichen Anwendungsfeldern etabliert. Aus diesem Grund gilt das Phänomen der Stigmatisierung als multidisziplinäre Angelegenheit (Schvey, Puhl, & Brownell, 2014).

Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders als wir es antizipiert hatten (Goffman 1975, S.13).

1.2 Formen der Stigmatisierung

Im Wesentlichen bezieht sich der Begriff Stigma auf drei Bereiche mit *unterschiedlichen* Ebenen die in Tabelle 1 ersichtlich sind:

Tabelle 1: Darstellung der Stigmabereiche mit Ebenen

Bereich	Ebene
Verschiedene physische Deformationen	körperliche Makel, Körperbehinderung oder Abscheulichkeiten des Körpers
individuelle Charakterfehler	Willensschwäche, Herrschsucht, unnatürliche Leidenschaften, starre Überzeugungen, Unehrlichkeit hervorgerufen durch Geistesverwirrung, Gefängnisaufenthalt, Sucht, Homosexualität, Alkoholsucht, Arbeitslosigkeit, Suizidversuch oder radikale politische Verhaltensweisen
phylogenetische Stigmen	vererbte Merkmale wie z.B. Ethnizität Nationalität, Religion uvm.

Quelle: Goffman (1969, S. 4-5)

In allen Bereichen der Stigmatisierung werden Personen hinsichtlich Eigenschaften, die vom Normalen abweichen, vom Umfeld ausgeschlossen oder nicht ernst genommen. Andersartigkeit kann einschüchternd wirken, weil Normabweichungen nicht den erwünschten Erwartungen entsprechen (Goffman 1969, S5).

Über diese Art der öffentlichen Diskriminierung wird die Lebensqualität von stigmatisierten Personen sehr wirkungsvoll, meist aber gedankenlos verschlechtert. Die Stigma-Theorie kennzeichnet demnach eine Ideologie, in der Unterlegenheit als Gefahr gilt und Feindseligkeit auf der Grundlage von Normabweichungen entsteht.

1.3 Stigma in unterschiedlichen Bereichen

Entscheidend ist eine Aufteilung in diskreditierende und diskreditierbare Kategorien. Eine diskreditierende Person geht davon aus, dass Normabweichungen offensichtlich auf den ersten Blick erkannt werden. In diese Kategorie fallen Eigenschaften wie Geschlecht, Hautfarbe oder körperliche Behinderung. Ist das Attribut nicht auf einen Blick wahrnehmbar, wie beispielsweise bei psychischen Krankheiten, HIV-Infektionen oder sexuellen Ausrichtungen, so entspricht die Person nach außen hin der virtualen sozialen Identität und ist demnach diskreditierbar. Die Visibilität ist infolgedessen entscheidend bei der Frage, ob ein Stigma diskreditierend oder diskreditierbar ist (Goffman 1969, S.56).

Das Geheimhalten von Attributen hindert diskreditierbare Personen bei der individuellen Identitätsfindung. Außerdem kommt es zu Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit Menschen „ihresgleichen“. Diskreditierbare Menschen entwickeln in Stresssituationen häufiger unwirksame Bewältigungsstrategien, die zur sozialen Isolation bis hin zum Drogenmissbrauch führen (Chaudoir & Andel, 2014).

Betroffene mit nicht sofort sicht- bzw. wahrnehmbarem Stigma berichten in einer Tagebuchstudie von stärkeren sozialen Isolationen und geringerer sozialer Unterstützung als Personen mit sichtbaren Stigmen. Soziale Isolation als auch fehlende Unterstützung zeigen die Problematik zwischen Stressfaktoren und hohen psychischen Belastungen diskreditierbarer Personen. Während diskreditierende Menschen durch soziale Unterstützungen eine größere Auswahl an Coping-Strategien entwickeln, verschlimmert die Bewältigungsstrategie der sozialen Isolation den Leidensweg Betroffener. Diskreditierbare Personen haben deshalb einen deutlichen Nachteil bei der Auswahl der Coping-Strategien (Hatzenbuehler, Nolen-hoeksema, & Dovidio, 2013).

Eine weitere Unterteilung ist hinsichtlich der Selbst- bzw. Fremdstigmatisierung möglich (Tab.2). Die meisten psychologischen Forschungen erklären das Phänomen Stigma auf individueller Ebene. Negative Beurteilungen beziehen sich von außen auf ein Ziel – es handelt sich hierbei um die Fremdstigmatisierung (Major & O'Brien, 2005). Die Selbststigmatisierung bezeichnet hingegen ein Ereignis, das sich innerhalb einer Person vollzieht, die von einem bestimmten Attribut gekennzeichnet ist. Diese Internalisierung beinhaltet, dass Betroffene sich selbst stigmatisieren. Abhängig vom sozialen Kontext werden Reaktionen anhand von drei Vorgängen manifestiert – das erwartete, das ausgeübte und das verinnerlichte Stigma (Earnshaw & Chaudoir, 2009).

- Das erwartete Stigma bezieht sich auf das Ausmaß, mit dem Menschen bereits vorwegnehmen oder erwarten, aufgrund einer Eigenschaft im sozialen Umfeld ausgeschlossen zu werden.
- Das ausgeübte manifestierte Stigma basiert auf Erfahrungen von Stereotypisierung, Diskriminierung und Ausschluss, die seitens der Betroffenen in der Vergangenheit bereits erlebt wurden.
- Das verinnerlichte Stigma bezieht sich schließlich auf die Scham und den Selbsthass, die Personen aufgrund von Stigmatisierungen fühlen. Die Leidtragenden übernehmen die Vorurteile der öffentlichen Stigmatisierung und schreiben sich selbst dieselben abwertenden Kategorien zu (Chaudoir & Andel, 2014).

Bei der erwarteten (enacted stigma) und ausgeübten (reflected stigma) Stigmatisierung ist die wahrgenommene Benachteiligung zwar ans Selbst gerichtet, geht aber von der Gesellschaft aus. Beim verinnerlichten Stigma hingegen ist das meist abwertende Attribut sowohl an sich selbst gerichtet als auch vom Selbst ausgehend. Alle Dimensionen der Stigmatisierung werden mit psychischen und physischen Krankheitsfolgen assoziiert (Hatzenbuehler et al., 2013).

Tabelle 2: Formen von Stigma

Öffentliche Stigmatisierung	Selbststigmatisierung
Stereotypen Negative Meinungen über eine Gruppe, z.B. Charakterschwäche, Inkompetenz, Gefährlichkeit	Selbst-Stereotypen Negative Meinung über sich selbst, z.B. Charakterschwäche, Inkompetenz
Vorurteile Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z.B. Ärger, Furcht	Selbst-Vorurteile Zustimmung zu dem Stereotyp und/oder negative emotionale Reaktion, z.B. niedriger Selbstwert
Diskriminierung Negative Verhaltensreaktion auf Vorurteil z.B. Benachteiligung bei der Arbeit, Vorenthalten von Hilfe	Selbst-Diskriminierung Negative Verhaltensreaktion auf Vorurteil, z.B. Aufgeben, Rückzug, geringere Inanspruchnahme

Quelle: Corrigan, Kerr, & Knudsen (2005)

2 Gewichtsstigma

Übergewichtige bis hin zu adipösen Menschen werden in unserer Gesellschaft der westlichen Zivilisation sehr häufig bereits im Kindesalter stigmatisiert. Diese Stigmatisierung besteht auch im Erwachsenenalter (Hilbert 2008, S.289). Es stellt sich nun die Frage, wo der Ursprung dieser Stigmata, die mitunter große Auswirkungen auf die psychische Verfassung der Betroffenen hat, zu finden ist.

Zeitungen, wie z.B. Die Presse, greifen häufig wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Gewicht auf. In deren Artikeln können dabei stigmatisierende Formulierungen zum Nachteil von Menschen mit Übergewicht bzw. Adipositas gefunden werden. Beispielsweise veröffentlichte die Presse am 13.12.2015 eine Artikel mit dem Titel: „Österreicher werden immer dicker - Besonders häufig von Übergewicht betroffen sind Menschen mit höherem Alter, niedrigerem Bildungsstatus - und Ostösterreicher“ (Presse, 2015). Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas findet sich am häufigsten bei

51-64-jährigen Männern (55%) und am seltensten bei 25-50-jährigen Frauen (9%). Bei allen Indikatoren ist ein deutliches Ost-West-Gefälle zu erkennen (Elmadfa et al., 2012). Dies wirft die Frage auf, inwieweit diese Medien in der Auswahl der Studien, in der Auswahl der Passagen in den Studien oder in ihrer Wortwahl eine stigmatisierende Formulierung der Artikel begünstigen. Eine weitere Annahme kann allerdings auch darstellen, dass möglicherweise Experten (Forscherinnen und Forscher) einen Ursprung in der Stigmatisierung innehaben. Wird diese Annahme bestätigt, so ist weiter zu verfolgen, in welcher Form die Aussagen der Experten dann in Medien und Gesellschaft weiter getragen werden. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage: Inwieweit verstärkt die Kommunikation über Adipositas, gerade von Seiten der adipositasbezogenen Forschung, stigmatisierende Tendenzen und welche Rolle spielen hierbei Experten?

2.1 Definition

Gewichtsstigma ist eine Art moralische Diskreditierung, mit der übergewichtige Personen in unserer Gesellschaft aufgrund negativer Vorurteile kämpfen müssen. Es existieren zahlreiche Stereotypen, (Abb. 1) die Übergewichtigen anhaften: Faulheit, mangelnde Intelligenz, Willensschwäche, Unehrlichkeit, mangelnde Selbstdisziplin uvm. (Brewis, 2014).



Abb. 1: Negative Stereotypen bei Adipositas

Quelle: mod. n. Universität Leipzig (2015)

Gewichtsbezogene Stigmatisierungen führen zur Diskriminierung fettleibiger Personen im alltäglichen Leben, die sich durch Ignoranz, Hänselei oder Ablehnung zeigt. Auch in speziellen Lebensbereichen wie unter einer schlechteren medizinischen Versorgung oder bei geringeren Bildungs- und Arbeitschancen machen sich die negativen Vorurteile bemerkbar. Übergewichtige Personen mit demselben Körpergewicht erleben moralische Diskreditierungen allerdings in unterschiedlicher Art und Weise. Die Wahrnehmung variiert bezüglich Ausmaß, Verinnerlichung und Akzeptanz stigmatisierender Einstellungen von betroffenen Personen (Brewis, 2014).

Die Autoren Link und Phelan (2001) definieren in ihrem Artikel über die Stigmakonzeption das Phänomen Stigma als Ergebnis von fünf wechselwirkenden Komponenten: Erkennen und Kennzeichnen von Unterschieden, vertiefende kulturelle Überzeugungen, Kategorisierung für eine klare Trennung zwischen „uns“ und „ihnen“. Des Weiteren führen Statusverlust und Diskriminierung zu Ungleichbehandlung von Andersartigkeit und erschweren den Zugang zu sozialen, wirtschaftlichen und politischen Entscheidungsträgern, weswegen sich vermehrt Stereotypen bilden. Als letzte Komponente nennen Link und Phelan die Bildung von unterschiedlichen Kategorien und die Verdeutlichung von Missbilligung, Ausgrenzung und Diskriminierung (Link & Phelan, 2001).

Im selben Jahrzehnt, als Goffman (1963) seine grundlegende Arbeit über Stigma veröffentlichte, ist auch das Thema Gewichtsstigmatisierung in den Fokus der Forscher gerückt. Puhl und Brownell (2003) weisen in ihrem Review über die psychosoziale Entstehung der Gewichtsstigmatisierung darauf hin, dass bereits Kinder im Alter von drei Jahren gewichtsbezogenen Diskriminierungen ausgesetzt sind. Bis ins hohe Alter sind sie in einer Vielzahl lebenswichtiger sozialer Kontexte damit konfrontiert (Puhl & Brownell, 2003).

Obwohl Übergewicht nicht der einzige Indikator für eine allgemeine (umfassende) Gesundheit ist, wird dies in den meisten öffentlichen Gesundheitsdebatten so dargestellt. Vielmehr sind Lebensstilfaktoren der Ursprung für viele Krankheiten. Personen, die aufgrund nicht als ideal betrachteter Körperformen Stigmatisierungen ausgesetzt sind, kämpfen mit physischen und psychischen Gesundheitsfolgen. Übergewichtige Personen erleben vielfach negative soziale Beziehungen in der Familie, unter Freunden oder Mitarbeitern und in weiteren zwischenmenschlichen Beziehungen. Ansonsten sind ebenso sehr dünne Männer und überdurchschnittlich muskuläre Frauen gewichtsbezogenen Stigmatisierungen ausgesetzt (Anderson & Bresnahan, 2012).

2.2 Theorien gewichtsbezogener Stigmatisierung

Im folgenden Kapitel geht es um die Darstellung unterschiedlicher Theorien, die zur gewichtsbezogenen Stigmatisierung beitragen. Während die Attributionstheorie die stärkste empirische Basis besitzt und vermehrt im Bereich Gewichtsstigmatisierung getestet wird, beleuchtet die Theorie des sozialen Konsens Möglichkeiten zur Stigmareduktion. In der Sozialpsychologie werden die Theorie der sozialen Identität, die Theorie des realistischen Gruppenkonflikts, die Integrierte Bedrohungstheorie und die Evolutionstheorie als weitere Annahmen überprüft (R M Puhl & Brownell, 2003).

2.2.1 Attributionstheorie

Die Attributionstheorie (attribution theory) beschreibt die Tatsache, dass negative Reaktionen umso stärker zum Ausdruck kommen, je häufiger stigmatisierende Merkmale auf internale kontrollierbare Ursachen zurückzuführen sind. Menschen suchen demnach immer mindestens einen spezifischen Grund für einen Umstand. Beim Kontakt mit übergewichtigen oder adipösen Personen wird deshalb zunächst nach einer Ursache für die Normabweichung gesucht. Stigmatisierte Personen werden bei gesellschaftlichen Interaktionen folglich mit negativen Eigenschaften attribuiert und in eine Randgruppenposition gedrängt (Patrick W. Corrigan, 2000).

Crandall und Schiffhauer (1998) beschreiben Gewichtsstigmen als Resultat einer sozialen Ideologie, in der negative Attribute verwendet werden um ungünstige Lebensumstände zu erklären. Sie argumentieren, dass traditionelle und konservative Werte in Bezug auf Selbstbestimmung und Individualität die eigentliche Grundlage für negative Einstellungen zu Übergewicht sind. Folglich wird davon ausgegangen, dass Gründe für die Normabweichung der eigenen Kontrolle unterliegen und dass jeder Mensch für seinen Lebensstil selbst verantwortlich ist (Crandall & Schiffhauer, 1998).

2.2.2 Theorie des sozialen Konsens

Diese Theorie befasst sich mit Gewichtsstigma aus sozial-konstruktionistischer Sicht (social identity-theorie). Dabei wird die Wahrnehmung über den *Ausdruck* und die Bestätigung von Voreingenommenheit der Gesellschaft belegt. Stigma übernimmt dabei die Funktion der Wahrnehmung von Zuschreibungen von anderen Personen (Puhl & Brownell, 2003).

Beispielsweise weisen Studien vermehrt darauf hin, dass Menschen sich öfter rassistisch äußern, wenn im gegebenen Umfeld eine andere Person zuvor eine Meinung zum

Ausdruck gebracht hat. Interessanterweise ist dabei nicht von Bedeutung, ob die erste Äußerung rassistisch war oder nicht. Auswirkungen wurden sowohl im privaten als auch im öffentlichen Kontext bestätigt (Blanchard, Crandall, Brigham, & Vaughn, 1994).

2.2.3 Theorie der sozialen Identität

Stereotypen ergeben sich laut Theorie der sozialen Identität (social consensus-theorie) aus einem Selbstkategorisierungsprozess. Menschen bilden dabei soziale Gruppen, ordnen sich in eine zugehörige Gemeinschaft ein und entwickeln durch Vergleiche mit anderen Gruppenmitgliedern eine individuelle soziale Identität (Pettigrew & Tropp, 2000). Im Zentrum steht der Wunsch, keine Vorurteile zu bilden. Die Tatsache, dass andere Gruppen aber als minderwertig stereotypisiert werden, sichert das Bestehen der eigenen positiven sozialen Identität in der Gemeinschaft. Adipöse Menschen leiden aus diesem Grund speziell unter erhöhtem Körpergewicht, zumal es sich bei der Fettleibigkeit um ein leicht erkennbares äußeres Merkmal handelt.

Wird Normalgewicht als Kriterium der Gruppenzugehörigkeit angesehen, sind übergewichtige Menschen abwertenden Urteilen, negativen Vergleichen und somit der Stigmatisierung von Seiten Normalgewichtiger ausgesetzt. Infolgedessen stellt die Theorie der sozialen Identität eine gute Erklärung für das Phänomen Gewichtsstigma dar. In welcher Form negative Eigenschaften entstanden sind, bzw. wie Einstellungen gegenüber stigmatisierten Gruppen verbessert werden könnten, ist momentan nicht erforscht. Da es dem eigenen Selbstkategorisierungsprozess schaden würde, ist die Theorie nicht geeignet, Selbststigmatisierungen von übergewichtigen Personen näher zu beschreiben (Puhl & Brownell, 2003).

2.2.4 Theorie des realistischen Gruppenkonflikts

Vorurteile ergeben sich einerseits aus Interessenskonflikten zwischen Gruppen und andererseits aus dem Streben nach Macht und anderen Ressourcen wie Einkommen, Eigentum und sozialem Status. Die Theorie ist nur begrenzt anwendbar, da es keine Studien zur Konkurrenz um Ressourcen zwischen adipösen und nicht adipösen Personen gibt. Die Theorie kann zudem nicht erklären, weshalb übergewichtige Menschen andere übergewichtige Personen stigmatisieren oder weshalb dünne Menschen die Eigenschaften wie Attraktivität, Beliebtheit oder einen höheren sozialen Status besitzen. Menschen, die alle diese Attribute nicht besitzen, stigmatisieren, obwohl in keiner Weise eine Bedrohung besteht. Laut dieser Theorie wirkt die positive Interaktion zwischen Gruppen einer Gewichtsstigmatisierung entgegen. Bisher hat keine Studie die Auswirkung

von vermehrtem Kontakt und den Einstellungen zu übergewichtigen Personen belegt. Einige Forschungsergebnisse zeigen lediglich eine Wirksamkeit der Verhaltensmodifikation bei erhöhtem interpersonalem Kontakt (Pettigrew & Tropp, 2000). Devine, Plant und Harrison (1999) beschreiben Adipositas als gesundheitsbedrohende Bedingung, die symbolisch eine Gefahr der sozialen Werte darstellt. Aufgrund komplexer Verfahrensweisen, die zur Einstellungsänderung von bereits gefestigten sozialen Identitäten nötig sind, bezeichnen die Autoren einen intensiveren zwischenmenschlichen Kontakt deshalb als unwahrscheinliche Strategie zur Reduktion von Stigma (DEVINE, PLANT, & HARRISON, 1999). Aids und Adipositas repräsentieren eine Gefahr für die Gesundheit und gefährden wichtige soziale Werte. Aidskranke Personen werden genauso wie übergewichtige Menschen für ihren Zustand verantwortlich gemacht. Trotz ähnlicher Komplexität der beiden Stigmen und steigender Prävalenz von Adipositas ist es schwierig, den interpersonellen Kontakt zu steigern und die Einstellung gegenüber Adipösen zu verbessern (Puhl & Brownell, 2003).

2.2.5 Integrierte Bedrohungstheorie

Die Autoren Stephan und Stephan (1992) haben das Zustandekommen von Stigma in vier Arten der Bedrohung unterteilt: realistische Bedrohung des Wohlbefindens, symbolische Bedrohung, die eine Gefahr für Werte und Normen innerhalb der Gruppe darstellt, Angst vor Macht anderer Gruppenmitglieder, die bedrohend wirkt und die negative Stereotypisierung von Handlungen, die außerhalb der Gruppe passieren. Diese diversen Arten der Bedrohung werden bereits bei vorausgehenden gruppeninternen Konflikten, Diskrepanzen in der gesellschaftlichen Stellung, starker Identifikation mit der Gruppe oder geringen Kenntnissen gegenüber anderen Gruppen sowie bei negativem oder seltenem Kontakt mit anderen Gruppen eher wahrgenommen. Obwohl übergewichtige Menschen keine Bedrohung für das Wohlergehen normalgewichtiger Personen darstellen, symbolisieren sie in unserer Gesellschaft einerseits eine Gefahr der Werte, die über Vorbilder transportiert werden und andererseits jene einer geringen Selbstdisziplin (Stephan & Stephan, 1992). Beispielsweise könnten dünne Menschen negative Bewertungen übergewichtiger Personen in der Gruppe als Gefährdung sehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Tatsache zur Gewichtsstigmatisierung führt, ist aber nicht bekannt. Zudem wird der Ursprung von negativen Stereotypen bzw. der Selbststigmatisierung unter Wohlbeleibten nicht erklärt. Es wird verstärkt zum Ausdruck gebracht, dass positiver Kontakt mit übergewichtigen Personen als auch fachliches Wissen über Adipositas Vorurteile reduzieren könnten. Allerdings können bisher

vorhandene Studien keine Verbesserung der allgemeinen Einstellung zu Übergewicht erzielen (R M Puhl & Brownell, 2003).

2.2.6 Evolutionstheorien

Neuberg, Smith und Asher (2000) argumentieren in ihrem Artikel über die Gründe der Stigmatisierung, die Bedeutung der Adaptation im Gruppenleben und die Wichtigkeit zu überleben. Individuen werden schneller und häufiger stigmatisiert, wenn sie ausbeuterische oder bedrohliche Eigenschaften besitzen. Die Autoren weisen darauf hin, dass Menschen bei Untergrabung der Gruppenfunktion schnell identifiziert und stigmatisiert werden. Somit kann die soziale Akzeptanz innerhalb der Gruppe aufgehoben werden, wenn Gruppenmitglieder als gefährdet gelten. Ein weiterer wichtiger Prädiktor für Stigma ist das Ausmaß, in dem Mitglieder mit anderen Gruppen um Ressourcen konkurrieren (Neuberg, Smith, & Asher, 2000). Eine ähnliche evolutionäre Hypothese wurde von Kurzban und Leary (2001) dargelegt und besagt, dass Stigma dann zum Ausdruck gebracht wird, wenn Personen aufgrund charakteristischer Eigenschaften, die mit der Gruppenphilosophie inkompatibel sind, aus der Gruppe ausgeschlossen werden. Mitglieder einer Gruppe schließen demnach andere Individuen aus, wenn das Interesse der Gruppe nicht gefördert wird oder um vorhandene Ressourcen für bestehende Gruppenmitglieder zu erhalten (Kurzban & Leary, 2001).

2.3 Wie äußert sich Weight Stigma

Unzählige adipöse Menschen werden stigmatisiert und sind zusätzlich Vorurteilen und Diskriminierungen in verschiedenen Lebensbereichen (Abb. 2) ausgesetzt. Negative Stereotype führen zur ungleichen Behandlung im Arbeits- und Bildungsbereich, im Gesundheitsbereich, in sozialen Beziehungen und auch in den Medien. Diese Stereotypen sind weit verbreitet und werden selten in Frage gestellt. Soziale Ungerechtigkeit, ungleiche Behandlung und infolge dessen eine eingeschränkte Lebensqualität sind häufig Folgen, denen übergewichtige und fettleibige Menschen ausgesetzt sind. Die Häufigkeit gewichtsbezogener Diskriminierung hat sich in den Vereinigten Staaten im letzten Jahrzehnt erhöht und kann vor allem bei Frauen mit Häufigkeiten von Rassendiskriminierung verglichen werden (Andreyeva, Puhl, & Brownell, 2008).

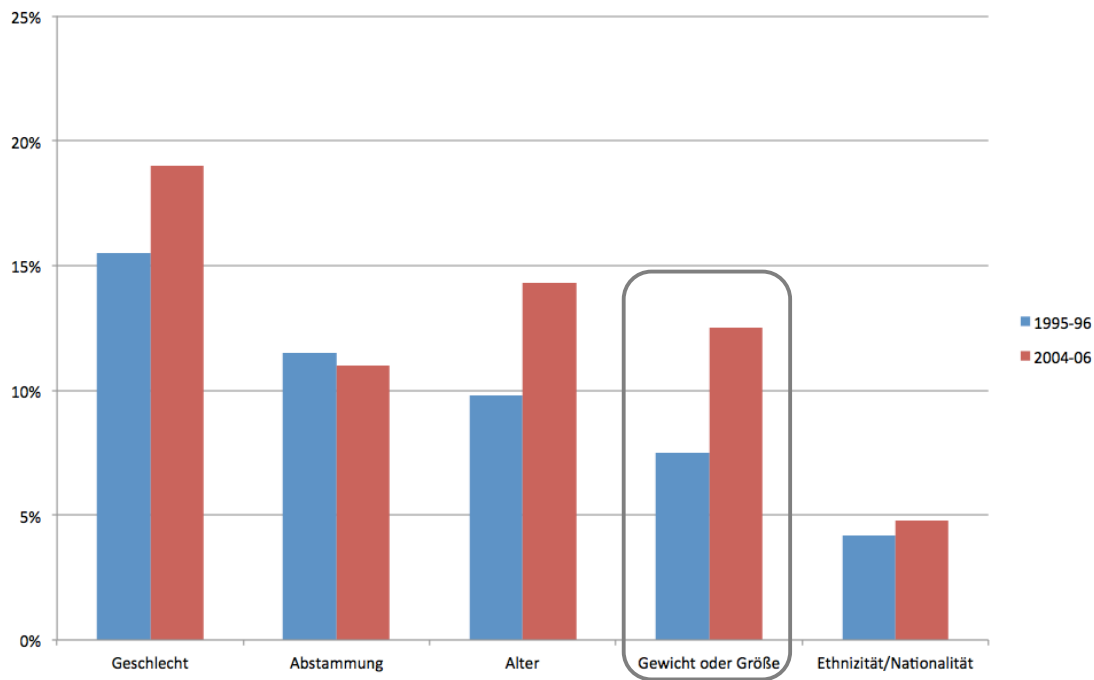


Abb. 2: Vergleich von Stigma in unterschiedlichen Lebensbereichen

Quelle: mod. n. (Andreyeva et al., 2008)

Die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Deutschland zeigen, dass stigmatisierende Einstellungen nicht nur im angloamerikanischen Raum stark verbreitet sind. Überzeugungen wie Fettleibigkeit ist steuerbar oder mit fahrlässiger Eigenverantwortung verbunden, führen zu expliziten und impliziten Gewichtsstigmen. Während bei bewusst negativen Einstellungen von expliziten Stigmen zu sprechen ist, finden implizite Stigmen außerhalb des Bewusstseins statt und sind im Zuge der vorliegenden Arbeit von Bedeutung.

In einer Studie von Tomiyama et al. (2015) wurden die implizite und explizite Ebene von Gewichtsstigma bei mehr als 200 Teilnehmern der Obesity Week Konferenz in Atlanta genauer untersucht. Um außerdem Veränderungen im Laufe der Zeit bewerten zu können, wurden die Ergebnisse mit bereits veröffentlichten Daten aus dem Jahr 2001 verglichen. Die Teilnehmer zeigen gegenüber übergewichtigen und adipösen Menschen deutlich schlechtere Einstellungen als gegenüber dünneren Menschen. Zudem werden übergewichtige Menschen häufiger als faul und weniger Intelligent angesehen. Implizite Einstellungen sanken von 2001 im Vergleich zu 2003 während explizite Einstellungen in diesem Zeitraum vermehrt aufgetreten sind. (Tomiyama et al., 2015). Auch 23,5% der deutschen Bundesbürger weisen explizite stigmatisierende Einstellungen auf, 55%

widersprechen gewichtsbezogenen Stigmatisierungen nicht und lediglich 21,5% haben keine Meinung diesbezüglich (Hilbert, Ried, Zipfel, & Zwaan, 2013).

Wie in Abb. 3 dargestellt, kommt Gewichtsstigma in unterschiedlichen Lebensbereichen vor:

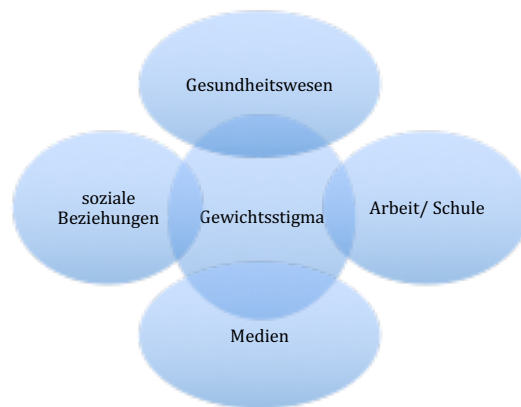


Abb. 3: Lebensbereiche gewichtsbezogener Stigmatisierung

2.3.1 Gesundheitswesen

Im Gesundheitsbereich sind übergewichtige und adipöse Patienten von unterschiedlichsten Formen gewichtsbezogener Stigmatisierung betroffen. In einer systematischen Übersichtsarbeit von Puhl und Brownell (2001) wurde gezeigt, dass Personen aus verschiedenen Gesundheitsbereichen (Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen und Medizinstudenten) schon vor der Behandlung negative Haltungen gegenüber übergewichtigen Patienten haben und zudem häufig überzeugt sind, dass übergewichtige Personen faul, ungehorsam und undiszipliniert sind und zudem eine geringe Willenskraft besitzen (Puhl & Brownell, 2001).

Übergewichtige Patienten werden oft durch Vorurteile und Ambivalenzen nur unzureichend medizinisch behandelt. Während ein Großteil der Forschung weiterhin auf Erfahrungsberichte gestützt ist, besteht Bedarf an aktuellen Gesundheitsverfahren der Dienstleister und Aufzeichnungen von Patientendaten über Behandlungsergebnisse und die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich. Trotz unzureichender Ergebnisse und Lücken in der Forschung ist klar, dass eine systematische Verbesserung der Gesundheit und der Gesundheitsfürsorge übergewichtiger und fettleibiger Menschen gerechtfertigt ist. Als effektivste Möglichkeit, die Patientenversorgung in Zukunft zu verbessern, scheinen eine Personalschulung und bessere Informierung der Berufstätigen

im Gesundheitsbereich zu sein. Eine einfach umsetzbare Interventionsstrategie könnte die aufmerksamere Wortwahl bei der Kommunikation mit übergewichtigen Personen sein. Vor allem ist aber die Entwicklung neuer Konzepte in der Gesundheitsförderung im Umgang mit dicken Körpern wichtig.

Die begrenzte Wirksamkeit von herkömmlichen Behandlungsmethoden zur erfolgreichen Gewichtsabnahme ist möglicherweise der Grund für Frustrationen unter Dienstleistern. Die Betonung der Abnahme des Körpergewichts als einziger Maßstab für den Erfolg ist ein weiterer Grund für Misserfolge des nachhaltigen Gewichtsverlusts. Diese Enttäuschung oder auch Verzweiflung führt unbewusst zu stigmatisierenden Äußerungen und negativen Interaktionen mit Patienten. Eine Verhaltensmodifikation der betroffenen Personen ist eine sinnvolle Strategie, die Motivation zu fördern und gleichzeitig die Patienten-Dienstleister-Interaktionen zu verbessern (Puhl & Heuer, 2009).

Um eine nachhaltige und langfristige optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten, sind Gesundheitsexperten deshalb unbedingt verpflichtet, sich sensibler und bedachter auszudrücken. Übergewichtige Patienten müssen mit dem gleichen Respekt behandelt werden wie alle anderen Patienten und zusätzliches Körpergewicht darf nicht primär der Indikator aller Erkrankungen sein (Ahmed, Lemkau, & Birt, 2002). Die Tatsache, dass es auch Adipöse gibt, die in einzelnen Bereichen (z.B. Fitness, gesunde Ernährung oder klinische Kerngrößen) Normalgewichtigen überlegen sind, widerspricht der eindeutigen Zuordnung „krank“ (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.16).

2.3.2 Arbeit/Schule

Übergewichtige Menschen werden in vielen Arbeitsbereichen benachteiligt behandelt (Abb. 4). Verantwortliche stellen Übergewichtige ungern ein, unterschätzen deren Qualifikationen was folglich zur Gewichtsstigmatisierung am Arbeitsmarkt führt. Durch negative Wahrnehmungen werden übergewichtige Mitarbeiter als weniger kompetent, faul und nicht diszipliniert angesehen. Diese falschen Einstellungen wirken sich nicht nur negativ auf das Gehalt aus, sondern auch auf Beförderungschancen und Entscheidungsfreiheiten. Roehling (1999) berichtet in seiner Studie zum Thema gewichtsbezogene Diskriminierung am Arbeitsplatz über die ungerechte Entlohnung von übergewichtigen Personen. Löhne von leicht übergewichtigen Frauen sind 5,95% niedriger als Löhne von normalgewichtigen und Frauen mit krankhaftem Übergewicht haben Lohneinbußen von bis zu 24,1% (Roehling, 1999).

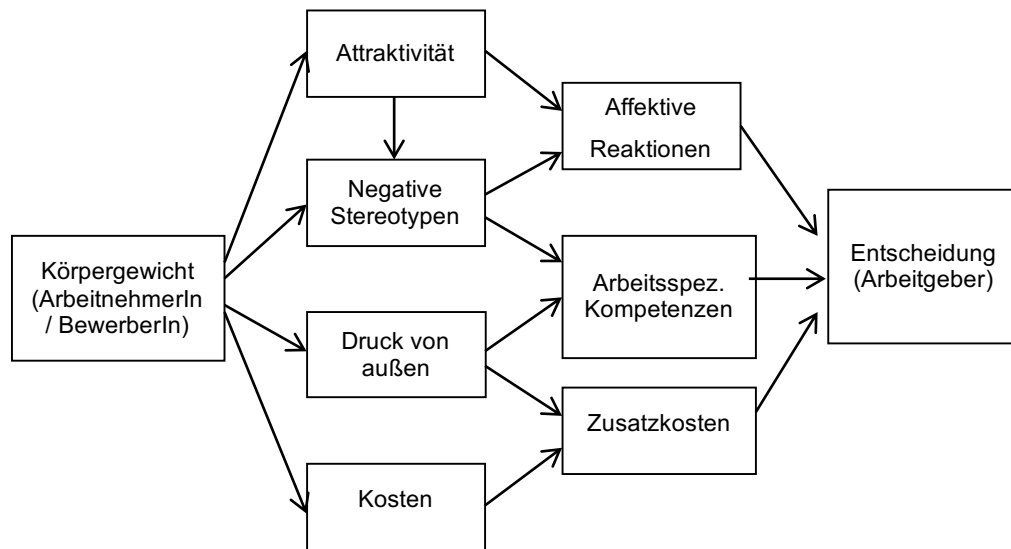


Abb. 4: Prozess gewichtsbezogener Diskriminierung am Arbeitsplatz

Quelle: mod. n. (Roehling, 1999)

Sutin und Terracciano (2013) konnten in ihrer Studie mit fast 3000 Probanden feststellen, dass übergewichtige Befragte 37-mal häufiger und stark übergewichtige Personen sogar 100-mal häufiger von einer Diskriminierung am Arbeitsplatz betroffen als normalgewichtige Personen. Außerdem werden Frauen im Zusammenhang mit Übergewicht 16 mal häufiger nachteilig behandelt als Männer (Sutin & Terracciano, 2013).

In einer weiteren großangelegten EU-weiten Studie (n= 17767 Frauen und 34679 Männer) wurde festgestellt, dass eine Erhöhung des BMI um 10% eine durchschnittliche Stundenlohnreduktion von 1,9% bei Männern und sogar 3,3% bei Frauen mit sich bringt. In südeuropäischen Ländern, wo Gewicht als überdurchschnittlich wichtig angesehen wird, ist der Effekt sogar noch größer (Brunelo & Hombres, 2007).

2.3.3 Medien

Ein vor einiger Zeit erschienener Artikel in der Newsweek mit dem Titel „Übergewichtige sollten mehr für ihre Flugtickets bezahlen“, verweist auf die Einführung von Gewichtszuschlägen bei Flugreisen (Adler, 2008). Leider normt eine solch offensive Aussage weitere negative Einstellungen zu Übergewicht und ist in den unterschiedlichsten Medienformaten omnipräsent. Angesichts der Massen an Medien ist nicht verwunderlich, dass stigmatisierende Einstellungen zu übergewichtigen Menschen immer stärker zunehmen. Einerseits werden die Leute dabei auf das Themenfeld Adipositas sensibilisiert, andererseits kann die Einstellung zu gewichtsbezogenen Stigmatisierungen aber auch gefördert und verstärkt werden.

Des Weiteren beeinflussen unterschiedliche Medienkanäle zweifellos öffentliche Betrachtungen übergewichtiger Personen. Eine Konsequenz ist beispielsweise das Ergebnis einer Studie von Campo und Mastin (2007), in der beschrieben wird, dass gewichtsbezogene Inhalte nicht nur den Wunsch abzunehmen antreiben, sondern gleichzeitig die Abneigung gegen Übergewicht verstärken. In einer weiteren Studie wurde die Kalorienaufnahme von übergewichtigen und normalgewichtigen Frauen beobachtet, während sie Videomaterial mit stigmatisierenden und neutralen Inhalten betrachteten. Dabei konnte festgestellt werden, dass übergewichtige Teilnehmerinnen die dreifache Menge an Kilokalorien aufnehmen, wenn sie stigmatisierenden audio-visuellen Medien ausgesetzt sind. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass stigmatisierte Videos eine erhöhte Kalorienaufnahme bei bereits übergewichtigen Personen bewirken (Schvey et al. 2014).

Übergewicht im TV gilt durch westliche Schönheitsideale häufig als unerwünscht. Interessanterweise ist allerdings für 2/3 der Amerikaner eine Gewichtsshow, in der übergewichtige Personen versuchen abzunehmen, beliebt. Viele Fernsehprogramme sind mittlerweile auch auf Kinder ausgerichtet. In welcher Weise solche Fernsehshows das physische und psychische Verhalten beeinflussen, ist noch nicht geklärt. Auch andere Formen von Medien wie Videospiele, Internet und Gesundheitskampagnen müssen weiter untersucht werden, um stigmatisierende Verhaltensweisen zu bestimmen (Stein, 2007).

Zukünftige Untersuchungen sollten Gewichtsstigma in den Medien in einem breiteren Kontext analysieren. Wichtig ist, den Effekt von gewichtsbezogenen Aussagen zu identifizieren und demnach wirksame Strategien zu bestimmen, um Inhalte, die mit Vorurteilen behaftet sind, in den Medien zu reduzieren (Rebecca M Puhl & Heuer, 2009).

2.3.4 Soziale Beziehungen

Neben einer nachteiligen Behandlung im Gesundheitswesen und im Arbeitsbereich kann es auch in zwischenmenschlichen Beziehungen zu Stigmatisierungen kommen. In der Vergangenheit wurde diesem Bereich eher wenig Aufmerksamkeit geschenkt, doch immer mehr Studien untersuchen gewichtsbezogene Stigmatisierungen in sozialen Beziehungen, unter Familienmitgliedern, Freunden und in intimen Beziehungen. Insbesondere Frauen werden mit vielen Vorurteilen in zwischenmenschlichen Beziehungen konfrontiert. Hinweise bestätigen, dass in erster Linie Mädchen und Frauen seltener Intimbeziehungen führen und von ihren Eltern finanziell weniger unterstützt werden (Fikkan & Rothblum, 2012). Zudem konnte die gewichtsbezogene Stigmatisierung übergewichtiger (Ehe-)partnerInnen empirisch nachgewiesen werden. Die Assoziation

zwischen BMI und Beziehungsqualität wurde bei 57 Paaren (ledig und verheiratet) untersucht. Beziehungen übergewichtiger Frauen würden nicht nur häufiger beendet sondern auch die Qualität der Beziehung war im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen geringer. Dazu kommt, dass sich die Partnerauswahl auf weniger attraktive Männer beschränkte, die häufig als nicht zuverlässig und vertrauenswürdig beschrieben wurden. In der Studie charakterisieren Männer übergewichtige Frauen als weniger attraktiv und vital. Im Gegensatz dazu wurde der BMI von Männern im Allgemeinen nicht in Verbindung gebracht mit der Beziehungsqualität. Diese Ergebnisse könnten einen Hinweis darauf geben, dass übergewichtige Frauen einen Nachteil haben, einen passenden Partner zu finden (Boyes & Latner, 2009).

Stigmatisierte Personen ziehen sich häufiger zurück und pflegen deshalb soziale Beziehungen nicht im selben Ausmaß wie nicht stigmatisierte Personen. Inwieweit Übergewicht, gewichtsstigmatisierende Aussagen und soziale Zurückgezogenheit zusammenhängen, lässt sich aufgrund vieler miteinander verknüpften Faktoren aber nicht eindeutig bestätigen. Neben Variablen wie dem sozialen Umfeld und der Herkunft ist es wichtig zu erkennen, in welcher Art und Weise diese Variablen das emotionale Wohlbefinden übergewichtiger Personen beeinflussen (Rebecca M Puhl & Heuer, 2009).

Darüber hinaus zeigen sowohl eine Studie, die in Deutschland durchgeführt wurde, als auch eine Untersuchung aus den Vereinigten Staaten, dass übergewichtige und normalgewichtige Personen ihre soziale Kompetenz, soziale Unterstützung und das subjektive Wohlbefinden gleich beurteilen wie Normalgewichtige (Dierk et al., 2006).

Das Phänomen Gewichtsdiskriminierung ist mittlerweile gut untersucht. Die Tatsache, dass mehr als 300 Studien aus unterschiedlichen Ländern allein seit dem Jahr 2000 in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, bestätigt das enorme Interesse zur Thematik (Schorb, 2015). Folgende Tabelle gibt abschließend einen zusammenfassenden Überblick über die Evidenzlage bisheriger Studienergebnisse in unterschiedlichen Lebensbereichen (Tab.3).

Tabelle 3: Evidenzlage gewichtsbezogener Stigmatisierung unterschiedlicher Lebensbereiche

Evidenz für Zusammenhang			
Zusammenfassung der Forschungsergebnisse zu gewichtsbezogenen Stigma	Limitiert	Moderat	Stark
Arbeitsplatz			
Adipöse Mitarbeiter werden am Arbeitsplatz ungleich behandelt			x
Adipöse Mitarbeiter haben niedrigere Löhne			x
Adipöse Bewerber/innen werden bei der Anstellung benachteiligt			x
Adipöse Mitarbeiter werden bei der Beschäftigung benachteiligt behandelt		x	
Gesundheitswesen			
Angestellte im Gesundheitssektor bestätigen stereotypen und negative Einstellungen gegenüber adipösen Patienten			x
Adipöse Patienten werden mit Vorurteilen medizinisch versorgt		x	
Gewichtsstigma beeinflusst negativ die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung	x		
Bildungssystem			
Gewichtsstigma hat einen Einfluss auf Bildungsungleichheiten adipöser Studenten	x		
Pädagogen bestätigen negative gewichtsbezogene Stereotypen	x		
Adipöse Studenten werden von Pädagogen ungleich behandelt	x		
Soziale Beziehungen			
Gewichtsstigma beeinflusst intime Beziehungen von adipösen Erwachsenen negativ	x		

Freunde und Familienmitglieder stigmatisieren adipöse Personen		x	
Freunde und Familienmitglieder berichten von Erfahrungen mit Gewichtsstigma adipöser Personen	x		
Medien			
Übergewichtige/Adipöse Menschen werden im TV stigmatisiert			x
Übergewichtige/Adipöse Menschen werden bereits in Kindermedien (TV, Videos, Zeichentrick) stigmatisiert		x	
Gewichtsstigma existiert in Nachrichtenmedien		x	
Gesundheitliche Auswirkungen			
Gewichtsstigma erhöht die Gefahr für Depressionen, geringes Selbstwertgefühl, und schlechter Körperwahrnehmung		x	
Gewichtsstigma hat einen Einfluss auf Essstörungen von adipösen Personen			x
Gewichtsstigma hat einen negative Einfluss auf die Teilnahme bzw. Meidung von körperlicher Aktivität	x		
Gewichtsstigma hat einen negativen Einfluss auf kardiovaskuläre Erkrankungen	x		
Strategien zur Stigmareduktion			
Es gibt effektive Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigma		x	

Quelle: mod. n. Puhl & Heuer (2009)

2.4 Attribute von Stigmatisierung

Variablen wie Geschlecht, Alter und Ethnie werden von anderen Personen ohne intensiveren persönlichen Kontakt schnell wahrgenommen (Abb. 5). Es handelt sich um Attribute mit hoher Visibilität, die in den meisten Gesellschaften als sozial bedeutsam angesehen werden. Besonders weil die Prävalenz für Adipositas immer noch steigt und gewichtsbezogene Stigmatisierung mehr und mehr an Bedeutung gewinnt, ist der Erhebungszeitpunkt ein weiteres wichtiges Attribut.

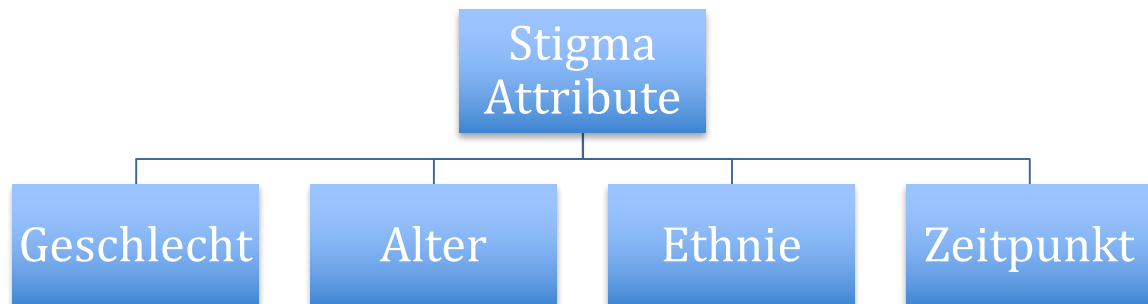


Abb. 5: Attribute gewichtsbezogener Stigmatisierung

Geschlecht

Obwohl einige Studien darauf hinweisen, dass nicht eindeutig geklärt ist, ob übergewichtige und adipöse Frauen häufiger von gewichtsbezogener Stigmatisierung betroffen sind als Männer, ist die Forschung auf das weibliche Geschlecht ausgelegt. Bereichsspezifisch scheinen stärkere Benachteiligungen vorzuliegen (Anderson & Bresnahan, 2012). Vor allem von Personalentscheidern werden übergewichtige Frauen erheblich stigmatisiert und haben so auch in der Arbeitswelt schlechtere Chancen. In einer experimentellen Studie zum Thema Gewichtsstigmatisierung unter Personalfachleuten wurden Teilnehmer, die regelmäßig Arbeitskräfte einstellen, gebeten, eine von sechs Personen auszuschließen (Abb. 6). Die Teilnehmer, unter denen sogar 16,4% im Gesundheitsbereich tätig sind, unterschätzen das berufliche Ansehen von übergewichtigen Personen und überschätzen gleichzeitig das Ansehen normalgewichtiger Individuen (Giel et al., 2012). Übergewichtige Personen wurden häufiger disqualifiziert und nur selten für eine verantwortungsvolle Stelle nominiert. Während Personen, die keiner ethnischen Gruppe angehören, bevorzugt wurden, war eine gewichtsbezogene Stigmatisierung bei übergewichtigen Frauen am stärksten ausgeprägt.

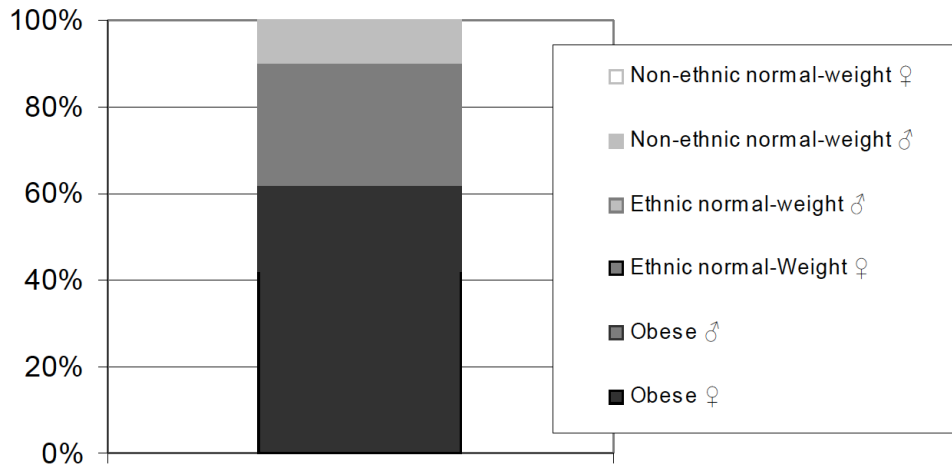


Abb. 6: Disqualifizierungskriterien von Personalfachleuten

Quelle: (Giel et al., 2012)

Andere Studien berichten von unterschiedlichen Ergebnissen. Es ist weder offensichtlich, welches Geschlecht vermehrt stigmatisiert wird, noch, wer häufiger von einer Gewichtsstigmatisierung betroffen ist (Tiggemann & Anesbury, 2000).

Alter

Es gibt Hinweise, dass gewichtsbezogene Stigmatisierungen bereits im Kindesalter beginnen und im Erwachsenenalter sogar zunehmen (Rebecca M Puhl & Latner, 2007). Im frühen Kindesalter lässt sich das Phänomen der Gewichtsstigmatisierung sogar bereits ab einem Alter von drei Jahren beobachten. Adipöse Kinder gelten schon im Kindergarten als „gemein, dumm, hässlich und faul und werden als Spielkameraden abgelehnt.“ (Hilbert 2008, S.289). Das Ausmaß der Stigmatisierung ist dabei vom Grad der Adipositas abhängig.

Andere Autoren weisen darauf hin, dass sich Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen im Laufe der Zeit verändern und dass Erwachsene toleranter sind. Die voreingenommene Haltung während der Kindheit deckt sich mit kulturellen Einstellungen zu Übergewicht. Beim Heranwachsen wird diese Voreingenommenheit verinnerlicht und stabilisiert, kann sich aber während dem Erwachsenenalter wieder ändern (Latner & Schwartz, 2005). Diese Ergebnisse zeigen zwar Parallelen zu vielen anderen Studienergebnissen, Gründe für die potentielle Einstellungsänderung sind aber nicht bekannt. Tiggemann und Anesbury (2000) analysierten das Verhalten von Kindern und berichten von gleichmäßigen Gewichtsstigmatisierungen zwischen Jungen und Mädchen

(Tiggemann & Anesbury, 2000). Gewichtsstigmatisierung ist demnach bei beiden Geschlechtern in allen Alterskategorien vorhanden.

Ethnie

Rehaag (2011) weist darauf hin, dass unter Jugendlichen verschiedener Ethnizitäten und Kulturen gewichtsbezogene Stigmatisierungen unterschiedlich stark auftreten. Afroamerikanische Jugendliche sind gegenüber weißen Jugendlichen zwar nicht häufiger gewichtsbezogenen Stigmatisierungen ausgesetzt, berichteten aber häufiger, von fremden Menschen stigmatisiert zu werden. Ungeachtet dessen, dass sich Kinder in gewichtsbezogenen Grundeinstellungen nicht unterscheiden, werden übergewichtige amerikanische Kinder häufiger stigmatisiert als Kinder mexikanischer Herkunft. Bei Erwachsenen zeigten weiße Amerikaner verglichen mit Afro-Amerikanern oder Menschen asiatischer Herkunft vermehrte stigmatisierender Einstellungen.

Erhebungszeitpunkt

Im letzten Jahrzehnt können im Hinblick auf gewichtsbezogene Stigmatisierung immense Veränderungen beobachtet werden. Latner und Stunkard (2003) baten Schüler der fünften und sechsten Klasse, Kinder anhand von Bildern nach Sympathiepunkten einzuordnen. Dieselbe Studie wurde bereits 1961 von Richardson und Kollegen durchgeführt. Wie auch in der Studie vor über vierzig Jahren wurden übergewichtige Kinder auf den Fotos von insgesamt 458 Teilnehmern am unbeliebtesten eingeordnet (Abb. 7). Der Abstand zwischen den höchsten und den niedrigsten Sympathiepunkten ist in den letzten vierzig Jahren um über 40% gestiegen (Latner & Stunkard, 2003).

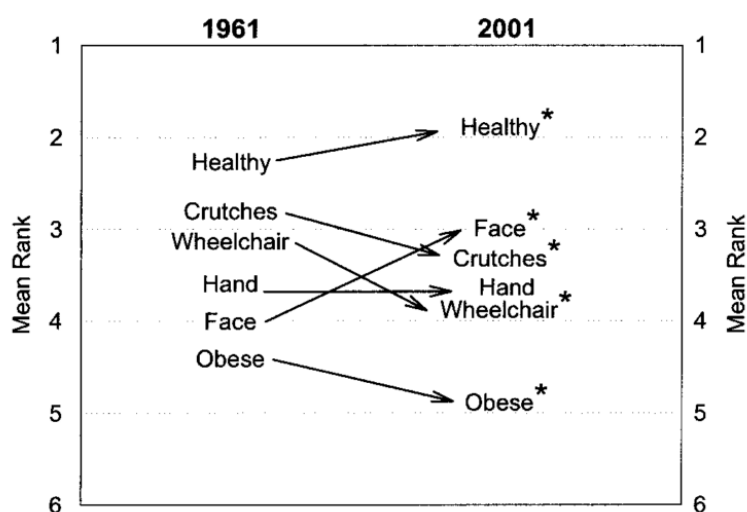


Abb. 7: Vergleich des Sympathiefaktors (1961 und 2001)

Quelle: (Latner & Stunkard, 2003)

Es lässt sich anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung zweifelsfrei belegen, dass gewichtsbezogenes Stigma mehr und mehr an Bedeutung gewinnt.

2.5 Stigmareduktion

Major, Hunger, Bunyan und Miller (2014) haben in ihrer Studie die verschiedenen Effekte der Gewichtsstigmatisierung beleuchtet.

Im Fokus der Überlegungen stehen motivationale Effekte gewichtsstigmatisierender Aussagen, die übergewichtige und adipöse Personen anregen sollen, Gewicht zu verlieren. Wie Untersuchungen bereits erklären, werden Gewichtsstigmatisierungen auch in der Politik mehr und mehr als Instrument zur Bekämpfung von Adipositas eingesetzt. Ob es sich dabei um effektive Methoden handelt, ist jedoch nicht bewiesen. Viel mehr beschreiben übergewichtige Personen negative Verhaltensweisen, die eine weitere Gewichtszunahme begünstigen.

Diskriminierungen aufgrund des Körpergewichts stellt für Personen, die vermuten, übergewichtig zu sein, sogar eine Bedrohung der sozialen Identität dar. Ironischerweise führt genau dieser Effekt vermehrt zu Übergewicht, indem erhöhter Stress in verringerter Kontrolle der Nahrungsaufnahme resultiert. Es lässt sich mittels der Ergebnisse neuester Untersuchungen zur Gewichtsreduktion zweifelsfrei belegen, dass akuter sowie chronischer Stress den Konsum von süßen und fettreichen Lebensmitteln erhöht und schlussendlich zur Gewichtszunahme führt. In der Arbeit von Major, Hunger, Bunyan und Miller (2014) wurden Frauen beauftragt, entweder einen Presseartikel über die Stigmatisierung übergewichtiger Personen auf dem Arbeitsmarkt oder einen Kontrolltext zu lesen. Wie bereits zu Beginn des Experiments erwartet wurde, führte der erste Artikel bei Frauen, die sich selber als übergewichtig wahrnahmen, zu einem erhöhten Kalorienkonsum und zum Kontrollverlust der Nahrungsaufnahme. Bei normalgewichtigen Frauen konnte dieses Verhalten nicht festgestellt werden (Abb. 8; (Major, Hunger, Bunyan, & Miller, 2014).

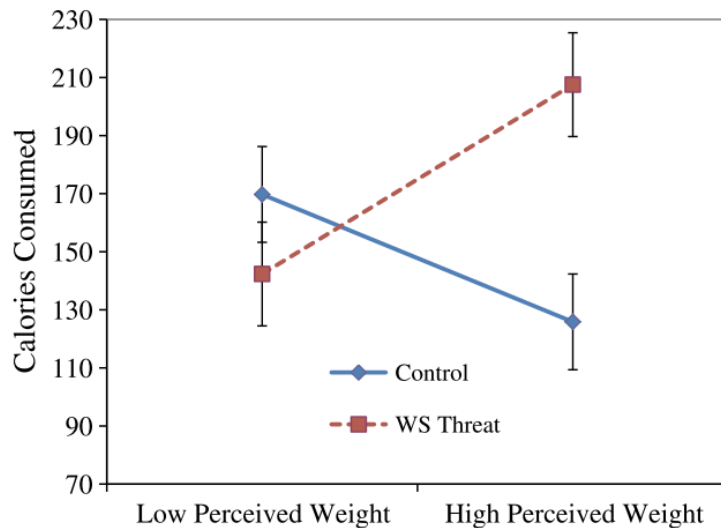


Abb. 8: Interaktion Gewichtswahrnehmung mit Artikelinhalt und der Kalorienaufnahme. Kontrollgruppe (blau); Frauen, die sich als übergewichtig wahrnehmen (rot).

Quelle: (Major et al., 2014)

Corrigan und O'Shaughnessy (2007) haben in einem Übersichtsartikel die Ansätze der Stigmareduktion in drei Konzepte unterteilt: Protest, Aufklärung und Kontakt. Protest von übergewichtigen und adipösen Personen kann dabei zu einem Rebound-Effekt führen. Die Akzeptanz wird nicht wie erhofft gesteigert, sondern genau das Gegenteil wird erzielt. Die Öffentlichkeit will nicht vorgeschrieben bekommen, was zu denken ist und die negative Einstellung zum Thema wird gar verstärkt. Zur Bedeutung von Protestaktionen im Hinblick auf gewichtsbezogene Stigmatisierung ist bisher wenig bekannt. Desweiteren wird durch die Aufklärung versucht, Vorurteile mit Fakten zu beheben. Dieses Konzept wird vor allem im Bereich der Adipositas verwendet. Personen, die mehr zum Thema Adipositas wissen, stigmatisieren seltener und unterstützten somit die Diskriminierung Übergewichtiger nicht (Corrigan & Shaughnessy, 2007). Dem steht entgegen, dass adipöse Personen häufig von Ärzten und anderen Personen des Gesundheitsbereiches abwertend behandelt werden (Hilbert et al., 2013). Von den drei sozialen Ansätzen zur Intervention von öffentlichen Stigmatisierungen gibt es einige Hinweise, dass zwischenmenschliche Kontakte wirksam sind, um signifikante Änderungen in der Einstellung zu bewirken. Persönliche Kontakte haben die effektivsten Auswirkungen auf die Beseitigung von negativen Vorurteilen. Geschichten und Erfahrungen von betroffenen Personen spielen dabei einen sehr bedeutenden Aspekt ((Pettigrew & Tropp, 2000).

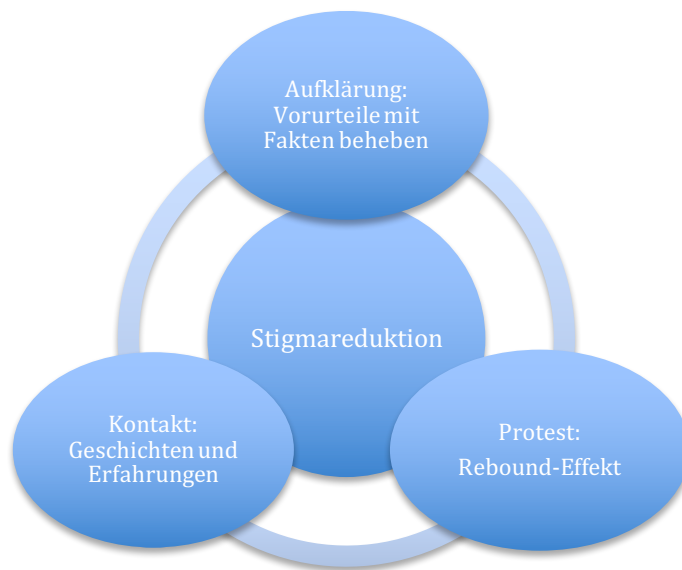


Abb. 9: Ansätze zur Reduktion von Stigma

Quelle: (Pettigrew & Tropp, 2000)

Die wirksamste Intervention zur Bekämpfung von Vorurteilen ist der Kontakt mit stigmatisierten Gruppen. Forschungsergebnisse über rassistische Stereotypen zeigen, dass Personen, die in engerem Kontakt mit stigmatisierten Gruppenmitgliedern stehen, weniger Vorurteile haben. Vertrautheit ist demnach ein bedeutender Faktor zur Stigmabekämpfung. Auch Studien, die mit Kindern durchgeführt wurden, bestätigen den entscheidenden Faktor Vertrautheit. Der zwischenmenschliche Kontakt führt dabei zu höherer Akzeptanz gegenüber anderen Gruppenmitgliedern. Unter Kindern scheint die Freundschaft der Schlüsselmediator für mehr Akzeptanz zu sein. Wenn schon im frühen Alter der Kontakt mit stigmatisierenden Personen gepflegt wird, kommen Stigmatisierungen im Erwachsenenalter weniger oft vor. Die Integration in der Schule stellt eine Art alltägliches Labor dar, in dem Kontakthypothesen geprüft werden können. Die tägliche Interaktion in Klassenräumen scheint dabei das ideale Umfeld zur Beseitigung von Vorurteilen zu sein (Pettigrew & Tropp, 2000). Für die optimale Umsetzung sind fünf Faktoren ausschlaggebend: die Gleichstellung aller Personen in der Gruppe, gemeinsame Ziele, das Unterbinden von Konkurrenzgedanken, Unterstützung von institutioneller Seite und zuletzt eine neutrale Kontaktperson, die Vorurteile und Stereotypen ablehnt (Corrigan & Shaughnessy, 2007). Obwohl wenig wissenschaftliche Daten zur Stigmareduktion vorhanden sind, weisen einige Studien darauf hin, dass Anti-Stigma-Programme, die sich bereits auf die drei Ansätze Protest, Aufklärung und Kontakt konzentrieren, die wahrscheinlich effektivste Möglichkeit sind, die negativen Einstellungen der Bevölkerung zu ändern (Corrigan & Shaughnessy, 2007).

2.6 Forschungsstand

“Many people believe that dealing with overweight and obesity is a personal responsibility. To some degree they are right, but it is also a community responsibility. When there are no safe, accessible places for children to play or adults to walk, jog or ride a bike, that is a community responsibility. When school lunchrooms and office cafeterias do not provide healthy and appealing food choices, that is a community responsibility. When new or expectant mothers are not educated about the benefits of breast-feeding, that is a community responsibility. When we do not require daily physical education in our schools, that is a community responsibility ... The challenge is to create a multi-faceted public health approach capable of delivering long-term reductions in the prevalence of overweight and obesity. This approach should focus on health rather than appearance, and empower both individuals and communities to address barriers, reduce stigmatization and move forward in addressing overweight and obesity in a positive and proactive fashion” (Dr. D. Satcher, US Surgeon General, 2001 in Müllner S. 178-179).”

Daníelsdóttir, O'Brien und Ciao (2010) teilen die Ansatzpunkte zur Stigmareduktion in vier Punkte ein: Reduktion interner Kausalattributionen, Förderung von Empathie, Herstellen eines sozialen Konsensus und kombinierte Programme. Eine systematische Suche in relevanten Datenbanken (z.B. Psych, PubMed, Scopus) identifizierte 16 Studien zum Thema Stigmareduktion (Daníelsdóttir, Brien, & Ciao, 2010). Bedeutend ist dabei der Mangel an Forschungsergebnissen über Maßnahmen zur Reduktion von Vorurteilen. Aufgrund der Feststellung von methodischen Problemen in einer Vielzahl von Studien sind diese Ergebnisse nur begrenzt interpretierbar und vergleichbar. Personen mit mehr Hintergrundwissen zu Adipositas stigmatisieren nicht im gleichen Ausmaß wie der Rest der Gesellschaft. Trotzdem ist eine effektive Verhaltensänderung auch bei gebildeteren Personen in der Regel nicht der Fall. Interventionen zur Reduktion gewichtsbezogener Stigmatisierung durch Förderung von Empathie gegenüber übergewichtigen und adipösen Personen waren bislang nicht wirksam.

Genaueres Wissen von Zuständen des öffentlichen und Selbststigmen könnte möglicherweise entscheidende Anzeichen für die stigmareduzierende Interventionen geben. Förderungen zur Reduktion von Gewichtsstigma im sozialen Kontext erscheinen zwar

ermutigend, sind in der Realität aber rar. Hinsichtlich eines offensichtlichen Mangels an erfolgreichen Interventionsstrategien sind weitere psychologische Methoden wünschenswert. Aufgrund der psychopathologischen Relevanz gewichtsbezogener Stigmatisierung und Diskriminierung ist die Entwicklung neuer Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigma eine dringend erforderliche Aufgabe, um die Antipathie gegen übergewichtige und adipöse Personen zu reduzieren (Dánielsdóttir et al., 2010) .

Der Forschungsmangel zur Stigmareduktion bei übergewichtigen und adipösen Personen erlaubt keine abschließende Aussage über die Bedeutung unterschiedlicher Interventionen. Im besonderen Maße wirksam sind kombinierte Ansätze der Attributionstheorie und Strategien, die auf der Theorie der sozialen Identität basieren. Da meistens nur interne Faktoren wie Ernährung und Bewegung berücksichtigt werden, sind vor allem genetische, soziale und Umwelteinflüsse mit einzubeziehen [Hilbert 2012].

Empirischer Teil

3 Zusammenfassung und Überleitung zum Empirie Teil

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde für den Einstieg in das Thema eine Erläuterung der Begriffe Stigma und Stereotyp gegeben. Im Anschluss wurden die wichtigsten Formen der Stigmatisierungen beschrieben und die wesentlichen Bereiche dargestellt. Im 2. Kapitel wurde zunächst der Begriff Gewichtsstigma geklärt und die unterschiedlichen Theorien erläutert. Diese sind wichtig, um die Komplexität von Gewichtsstigma und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Stigmareduktion kenntlich zu machen. Darüber hinaus wurde explizit festgehalten, wie Gewichtsstigma zum Ausdruck gebracht wird und welche Attribute im Hinblick auf die Visibilität von Bedeutung sind. Darauf aufbauend wurde im Kapitel 2.5 die gewichtsbezogene Stigmareduktion diskutiert bevor abschließend der aktuelle Forschungsstand dargestellt wurde.

Um die in der Einleitung gestellte Forschungsfrage beantworten zu können, wurde für das Verfahren der qualitativen Analyse eine Kombination aus der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2002) und des thematischen Kodierens nach Uwe Flick (2005) verwendet. Hierbei wurden die vorab konstituierten Kategorien aus fünf ausgewählten ernährungswissenschaftlichen Fachbüchern herangetragen. Bei der Inhaltsanalyse nach Mayring beziehen sich deduktive Verfahrensweisen der Auswertung auf die Zuordnung von Textausschnitten zu gebildeten Themenbereichen. Für die anschließende induktive Kategorienbildung wurden die Methode des thematischen Kodierens nach Flick angewandt. Dabei wurden die Kategorien mit Sinngehalten ausgestaltet. Die Zusammenfassung der beiden Methoden zielt darauf ab, das Datenmaterial so weit zu reduzieren, dass nur noch die wesentlichen Informationen erhalten bleiben (Mayring, 2010 S65). „Durch Abstraktion wird ein überschaubarer [...] Corpus geschaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2010 S65). Das Kategoriensystem wird aus dem Material heraus formuliert und soll durch „eine Art selektiver Zusammenfassung“ eine Strukturierung ermöglichen (Mayring & Brunner 2010, S. 327). Das Datenmaterial der Bücher soll mit Hilfe des Programms Atlas TI nach der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring und Flick ausgewertet werden.

4 Methode: Inhaltsanalyse nach Mayring und Kodieren nach Flick

In der vorliegenden Masterarbeit soll zu Beginn mithilfe der strukturierten Inhaltsanalyse den Ausdruck in ernährungswissenschaftlichen Fachbüchern finden, der die gegenwärtigen Stimmungen der Gewichtsstigmatisierung in Bezug auf Übergewicht und Fettleibigkeit/Adipositas festhält.

Zur Ermittlung der Analysetechnik beschreibt Mayring (2002) drei Verfahren, die bei der Materialanalyse von Bedeutung sind:

- *„Zusammenfassung:* Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Korpus zu schaffen, der immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist [...]
- *Explikation:* Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen...) zusätzliches Material heranzutragen, um das Verständnis zu erweitern und somit die Textstellen zu erklären
- *Strukturierung:* Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring, 2002, S115)

Um eine optimale Auswertung zu erzielen, wird in der vorliegenden Arbeit die strukturierende Inhaltsanalyse als Interpretationsinstrument herangezogen.

Deduktive Kategorien werden nach der Technik der Zusammenfassung (Abb. 10) gemäß folgendem Schema nach Mayring (2000) abgeleitet:

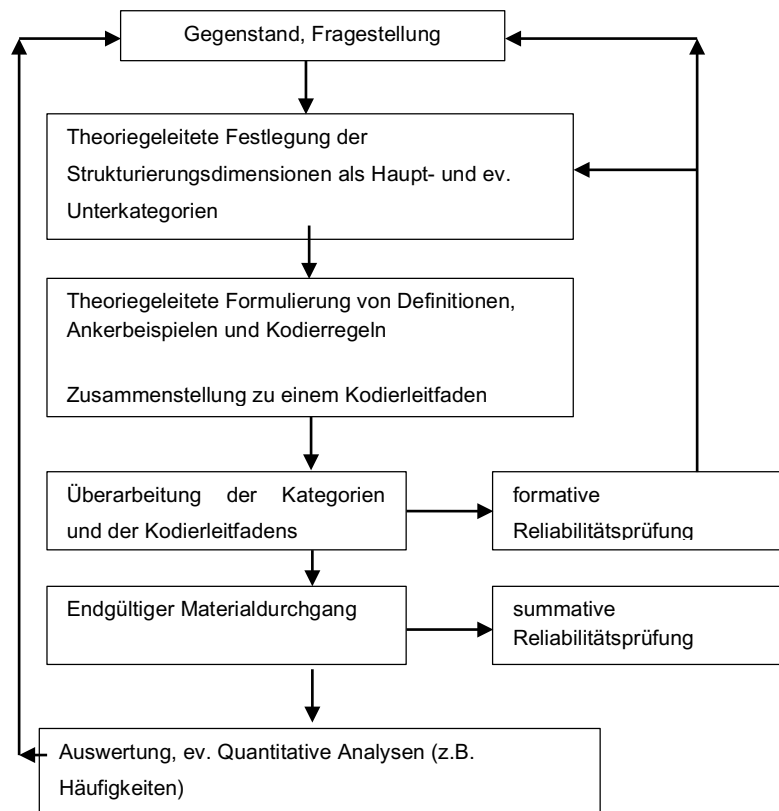


Abb. 10: Ablaufmodell deduktiver Kategorienbildung

Quelle: mod. n. Mayring (2000)

Anschließend an die Definition der Kategorien, werden diese in einem weiteren Schritt, der an späterer Stelle (Kapitel 7) näher beschrieben wird, an das vorhandene Datenmaterial herangetragen. Textbestandteile, die den Kategorien entsprechen, werden weiters mit Hilfe eines festgelegten Kategoriensystems aus dem Material herausgesucht und hinsichtlich stigmatisierender Ausdrucksweisen untersucht. Für die Strukturbildung überprüfen die Kategorien einerseits, welche Form des Stigmas attribuiert wird, und andererseits, welche Form der Stigmatisierung angewendet wird. Die genauen Untersuchungsschritte werden im Kapitel 7 genauer erläutert. Zur Unterstützung der Auswertung wurde teilweise das Textanalyseprogramm Atlas.ti. herangezogen.

Anschließend wird die Methode des thematischen Kodierens nach Flick angewandt um induktiv Kategorien zu bilden (Flick 2005, S271). Das Thematische Kodieren eignet sich

insbesondere zum Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden und impliziert in seiner Anwendung zur Interpretation des Materials einen mehrstufigen Prozess. Der erste Schritt widmet sich der Kurzbeschreibung eines jeden Falles und dient der anfänglichen Orientierung am Material. Die Kurzbeschreibungen werden im Laufe der Interpretation kontinuierlich nachgeprüft und wenn nötig korrigiert und ergänzt (Flick 2005, S. 272). Das Kategoriensystem, das die Voraussetzung für eine Vergleichbarkeit ermöglicht, wurde, wie bereits oben beschrieben, anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Für die vorliegende Arbeit im Fokus ist der zweite Schritt der Analyse, wobei fallübergreifend Vergleiche durchgeführt wurden. Die daraus entwickelte „thematische Struktur, wird [...] für die Analyse weiterer Fälle zugrunde gelegt, [...] um deren Vergleichbarkeit zu erhöhen“ (Flick 2005, S. 272-273).

5 Auswahl des Materials

Im folgenden Kapitel wird erläutert welches Material als Informationsträger bei der vorliegenden Masterarbeit herangezogen wird. Untersucht werden soll, welche Literatur es zu analysieren gilt und ausschlaggebende Gründe, warum jenes Sample ausgewählt wurde. Für die Datenanalyse wurden sieben ernährungswissenschaftliche Fachbücher von Ernährungswissenschaftlern, -medizinern, -psychologen und -soziologen herangezogen:

- Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber: Der gesunde Adipöse. Das Kontinuum zwischen gesunder und kranker Adipositas (2015)
- Hilbert, Rief, Dabrock: Gewichtige Gene (2008)
- Kiefer, Kunze, Schoberberger: Schlank ohne Diät. Motivation, Ernährung, Bewegung Verhalten (2006)
- Müllner, Trautwein: Gesundheit und Ernährung – Public Health Nutrition (2005)
- Reinehr, Dobe, Kersting: Abnehmen mit Obeldicks und OptimiX (2010)
- Vincent Boggio: Übergewicht bei Kindern: Eltern können helfen (2004)
- Westenhöfer: Abnehmen ab 50. Sanftes Schlankheitsprogramm für alle nicht mehr ganz jungen Menschen (2015)

Die Bücher stammen ausschließlich von Fachleuten und stellen ausschließlich Qualitätsmedien dar. Zeitschriften und Presseartikel werden bewusst ausgeschlossen, weil einzig Bezug genommen werden soll, ob der Ursprung gewichtsbezogener Stigmatisierung bei Ernährungsexperten liegt und nicht darauf, wo der Ursprung grundsätzlich liegt. Um eine einseitige Darstellung zu vermeiden, wurde die Literatur von Ernährungsfachleuten aus

unterschiedlichen Bereichen wie Medizin, Ernährungswissenschaft, Soziologie und Psychologie genauer analysiert.

In gemeinsamer Arbeit haben wir, Marlies Gruber vom Forum Ernährung Heute, Dr. Benjamin Missbach vom Institut für Ernährungswissenschaften und Betreuer meiner Arbeit und ich, einen Blick auf die aktuelle Fachliteratur geworfen und eine Auswahl an relevanten Fachbüchern getroffen.

Darüber hinaus erfolgte über die Auswertung eine Aufteilung der Arbeitsaufteilung. Während ich drei der gewählten Fachbücher herangezogen und einer Analyse durchgezogen habe, untersuchten die anderen Beteiligten jeweils ein Fachbuch. Zu Beginn lagen geteilte Ansätze, also Kategorien, vor, indessen sich im Laufe des Prozesses herausstellte, dass Aussagen von den unterschiedlichen Beteiligten divergent wahrgenommen und folglich auch inhomogen interpretiert werden. Dieser Diskrepanz scheinen Unterschiede in Vorwissen und Deutungsschemata zugrunde zu liegen. Die Ergebnisse der fachliterarischen Analysen wurden in der Arbeitsgruppe besprochen, verglichen und diskutiert.

Zur gewählten Fachliteratur gilt es zu sagen, dass aus Gründen der Aktualität lediglich Fachbücher aus den Jahren von 2010 bis 2014 herangezogen wurden. Die Kategorien, welche definiert wurden, stellen Unterkategorien des Schlagwortes *Stigma* dar. Eine weitere Eingrenzung des Samples wurde hinsichtlich Autoren, Bekanntheit sowie Themenschwerpunkte der Bücher vorgenommen. Folgend nach Hilbert und Müllner, deren Bücher eine allgemeinere Herangehensweise bieten, wurde eine Spezialisierung auf Bücher mit Schwerpunkt des Themas Gewicht intendiert. Daraus konnten spezifischere Erkenntnisse gewonnen werden. In der Arbeitsgruppe fand eine Einigung darauf statt, beide Geschlechter in der Autorenauswahl zu berücksichtigen, um das Geschlechterverhältnis ausgewogen halten zu können.

Die Analyse der Fachbücher wurde in zwei Schritten vorgenommen. Im ersten Schritt wurde der Fokus darauf gelegt, einen Überblick zu gewinnen sowie zu einer Einschätzung zu gelangen, inwieweit sich die Kategorien als adäquat erweisen. Im zweiten Schritt fand eine bewusste Suche nach Schlagworten (bildungsfern, emotional, unkontrolliert usw.) statt. Hierbei wurden die relevanten Stellen im Text markiert und anschließend reflektiert, welche Intention des Autors hinter der jeweiligen Wortwahl stehen könnte.

6 Hypothesen

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung ist die Hypothese, dass Experten möglicherweise den Ursprung gewichtsstigmatisierender Aussagen darstellen. In den letzten Jahren ist eine Verschlechterung der Ernährungssituation zu beobachten und immer mehr Personen, und auch bereits vermehrt Kinder und Jugendliche, sind übergewichtig und stehen im Alltag häufig Diskriminierung gegenüber.

Um in ausreichender Form die relevanten Muster und Trends der Autoren von Fachbüchern aufzudecken, wurden die Bücher zur Gänze durchgearbeitet. Daraus konnten somit umfassende Schlussfolgerungen gezogen werden. Dies wurde durch die qualitative Methode, welche später genauer erläutert wird, vorgenommen.

7 Untersuchungsschritte

Für die Umsetzung der Idee in eine Forschungsfrage werden zu Beginn deduktive Kategorien gebildet, die theoretische Vorannahmen darstellen und veranschaulichen was in der Literatur gefunden werden will. Die dafür verwendete strukturierende Inhaltsanalyse basiert auf drei zentralen Schritten:

- 1) Definition der Kategorien, wobei explizit definiert wird, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen.
- 2) Identifikation von Ankerbeispielen für die jeweilige Kategorie.
- 3) Festlegung von Kodierregeln, um klare Zuordnungen bei Abgrenzungsproblemen zwischen Kategorien zu gewährleisten (Mayring 2002: 118f).

Zu Beginn der Inhaltsanalyse wurden die Auswertungsaspekte aus dem vorliegenden Material heraus entwickelt. Der gesamte Prozess orientiert sich an systematischen Reduktionsprozessen. In der folgenden Abbildung (Abb. 11) wird schematisch das Ablaufmodell der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) dargestellt und die zentrale Fragestellung herausgebildet. Für die Beantwortung der zentralen Fragestellung wird anhand folgendem Vorgehen die Struktur aus dem Material herausgearbeitet.

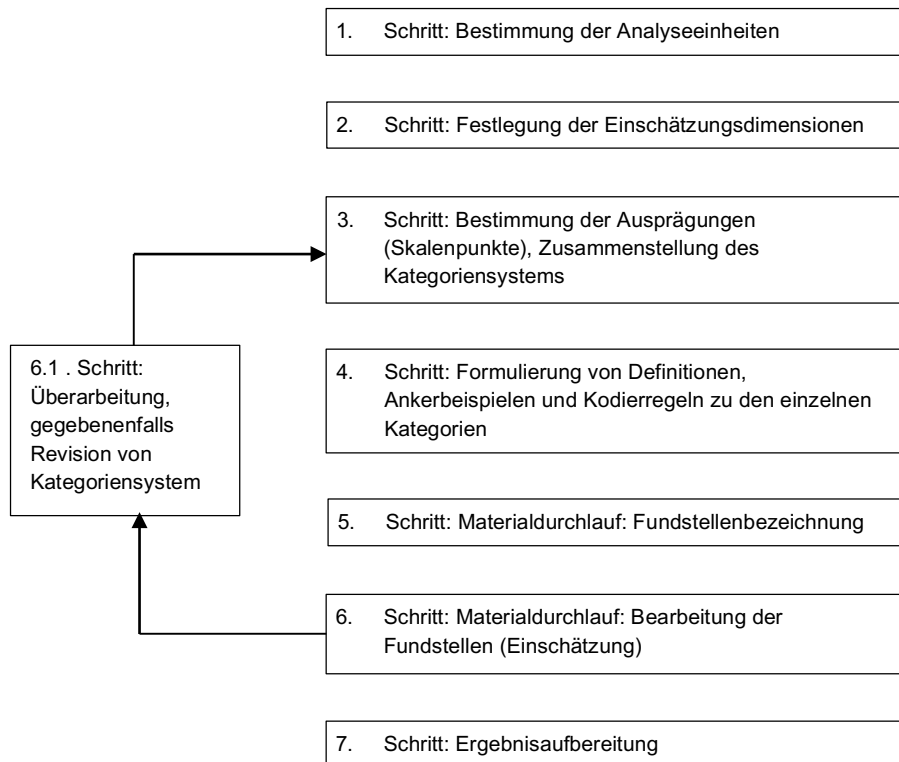


Abb. 11: Ablaufmodell skalierend strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse

Quelle: mod. n. Mayring (2007)

7.1 Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheit

Alle Textabschnitte die gewichtsstigmatisierend oder vorurteilsbehaftet sind, oder unmittelbar einen Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Stigma aufweisen, werden behandelt. Als Analyseeinheit wurden der soziale Bereich, der Körper und der psychologische/emotionale Bereich definiert, die einerseits das Fundament gegenwärtiger Werte und Normen bildet und gleichzeitig einen Einfluss darauf ausüben.

7.2 Schritt 2: Festlegung der Einschätzungsdimensionen

In folgender Abbildung (Abb. 12) wird dargestellt, welche Bereiche betroffen sind, bzw. in welchen Bereichen Gewichtsstigma eine zentrale Rolle spielt.

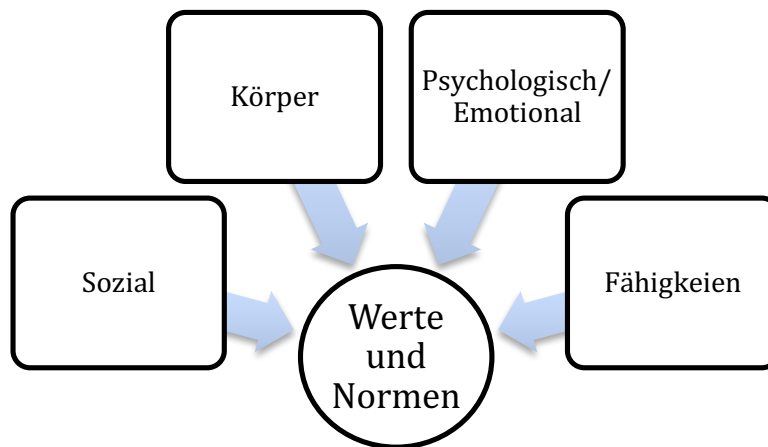


Abb. 12: Einschätzungsdimensionen

- Sozialer Bereich (Umfeld, Tätigkeit, Körperbild, Reputation)
- Psychologischer/Emotionaler Bereich (Suchtverhalten, Selbstschutz)
- Fähigkeits- und Fertigkeitsbereich (Intelligenz, Möglichkeiten, Begabungen)
- Körperlicher Bereich (Größe, Gewicht, Kleidung, Körperentwicklung)

7.3 Schritt 3: Bestimmung der Ausprägung und Zusammenstellung des Kategoriensystems

Bestimmung Analyseeinheit, Einschätzungsdimensionen wurden festgelegt, die ersten Kategorien wurden gebildet (Tab. 4 & 5):

Tabelle 4: Stigma-Tabelle – Welche Form des Stigmas wird attribuiert?

Kategorie – Stigma	Schlagwörter / Ausformungen
Psychisches Stigma / individuelle Charakterfehler	z.B. unkontrolliert; willensschwach; bildungsfern; leistungsunwillig; psychisch erkrankt; Suchtverhalten, Körperwahrnehmung, Selbstschutz, Kontrollverlust, emotional etc.
Physiologisches Stigma / physische Deformationen	z.B. dick; schwerfällig; schwitzend; physiologische Krankheiten; intelligenzschwach, etc.
Soziales Stigma	z.B. isoliert; sozial- und ökologisch unverträgliches Essverhalten; Völlerei; moralisch bedenklich, Kommunikation,

Kategorie – Stigma	Schlagwörter / Ausformungen
	Glaubwürdigkeit, Explizite Reaktion Körperbild, soziales Umfeld, etc.
Phylogenetisches Stigma	z.B. genetische oder „rassische“ Abstammung

Tabelle 5: Stigma-Tabelle – Welche Form der Stigmatisierung wird angewandt?

Kategorie – Stigmatisierungsform	Schlagwörter / Ausformungen
Zuschreibung von Merkmalen und Eigenschaften, die diskreditierbar sind	z.B. genussfixiert, unbeweglich, krank etc.
durch Diskreditierung von Merkmalen und Eigenschaften, die diskreditierbar sind	z.B. Krankheit als Verantwortungslosigkeit; Unbeweglichkeit als Anzeichen mangelnden Willens; Genussorientierung als moralisches Fehlverhalten; Wohlbeleibtheit als ästhetisch inakzeptabel etc.
durch Diskreditierung bereits vorhandener, sichtbarer Merkmale und Eigenschaften	z.B. erhöhter Körperfettanteil als unannehmbar oder Mangel an diätetischer Disziplin; Impotenz als Verlust quasi-natürlicher Potenz; Diabetes als Kostenfaktor etc.
verbale Form	Spott, Hänselei, Beschimpfung, Stereotyp, abwertende Sprache,...
physikalische Form	berühren, greifen, aggressive Verhaltensweisen, ...
Hindernisse aufgrund von Gewicht	Öffentliche Sitzplätze, medizinische Geräte, Kleidung
Öffentliches Stigmatisieren	Benachteiligtes Verhalten gegenüber anderen
Selbststigmatisierung / Initialisierung	Benachteiligtes Verhalten gegenüber sich selbst

Nachdem das Material gründlich untersucht und sowohl vorläufige Konzepte als auch deren Dimensionen festgelegt wurden, wurden in einem weiteren Schritt die Textausschnitte den Kategorien zugewiesen (Flick, 2007a: S.391). Die Generierung von Kategorien ermöglicht den anschließenden Abgleich zwischen den einzelnen Fällen und die Verflechtung mit den übrigen Kategorien und Konzepten (Abb. 13). Die Struktur entwickelt sich demnach aus den ersten Kategorien, alle weiteren Kategorien werden anschließend überprüft und modifiziert. Das Ergebnis des selektiven Kodierens ist folglich die Bildung einer thematischen Struktur, auf deren Basis die weiteren Fälle analysiert werden. Die Vergleichbarkeit ist zwar ein wichtiges Element dieser Forschungsmethode, dennoch ist die Offenheit für individuelle weitere Sichtweisen möglich (Flick, 2007: 402).

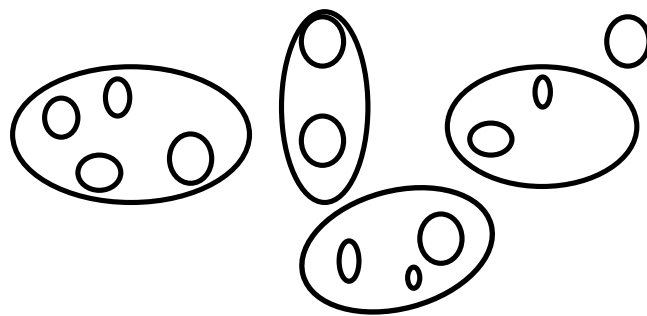


Abb. 13: Gegenstandsbezogene Theoriebildung 1

Quelle: mod. n. Flick (2007)

Bei der zweiten Etappe liegt das Augenmerk auf dem Gruppenvergleich (Abb. 14). Der Fokus liegt in der Definition von enthaltenen Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Fachbüchern und im Speziellen der Ausdrucksweisen der unterschiedlichen Autoren bezüglich gewichtsstigmatisierenden Aussagen, die im Zentrum des Erkenntnisinteresses liegen. In der vorliegenden Arbeit stehen mehr die Fachbücher von Ernährungsexperten mit ihrem Wissen über Übergewicht bzw. Adipositas im Zentrum der Forschungsfrage, und weniger die einzelnen Autoren als Individuum.

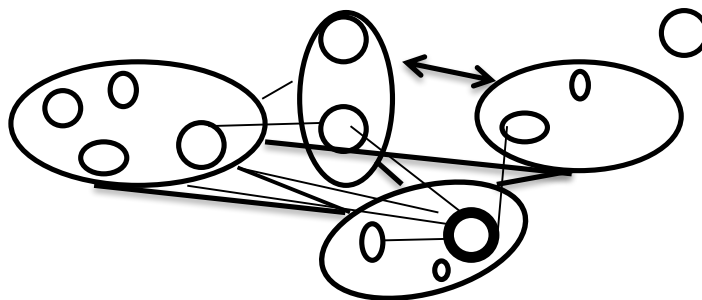


Abb. 14: Gegenstandsbezogene Theoriebildung 2

Quelle: mod. n. Flick (2007)

Sozialer Bereich

- Arbeitsbereich (Kolleginnen, Arbeitgeber, Erfahrungen mit Kollegen positiv-neutral-negativ)
- Familie/Freund (pos.-neutral-neg.)
- Gesellschaft: Wertigkeit in der Gesellschaft (ausreichend – ungewiss- nicht ausreichend)
- Umwelt: Möglichkeiten in Umwelt (ausreichend – ungewiss- nicht ausreichend)
- Tätigkeitsbereich/Berufsgruppe: individuelle Möglichkeiten (ausreichend – ungewiss- nicht ausreichend)
- Körperbild: Explizite Reaktion in Bezug auf Körperbild (pos.-neutral-neg.)
- Reputation: Geringerer sozialer Status / Ansehen / Glaubwürdigkeit (ausreichend – ungewiss- nicht ausreichend)
- Statusbereich (Wertigkeit in der Gesellschaft)
- Sozialer Entwicklungsbereich (Kinder: Schule, Sport, Talente; Erwachsene: Bildung, Arbeit; Freundeskreis, Mitglieder in Vereinen usw.)

Psychologischer/Emotionaler Bereich

- Suchtverhalten (Essen als Sucht, Unbeherrschtheit, Impulsivität, Kontrollverlust)
- Emotionales Essen normal-abnormal (Charakterfehler)
- Selbstschutz: Resistenz äußerer Einflüsse
- Individuelle Charakterfehler (Störung, Leidensdruck)

Fähig- und Fertigkeiten-Bereich

- Intelligenz positiv-neutral-negativ
- Möglichkeiten positiv-neutral-negativ
- Begabung pos.-neutral-neg.

Körperlicher Bereich

- Größe/Gewicht
- Beweglichkeit (ausreichend – ungewiss- nicht ausreichend)
- Kleidung
- Körperentwicklung (Kindheit->Erwachsen; im Erwachsenenalter)
- Krankheit (pos – neutral – negativ)

8 Ergebnisteil

Stigmaformen

In Tabelle 6 bis 9 werden die Ergebnisse der unterschiedlichen Bereiche tabellarisch aufgelistet:

8.1 Sozialer Bereich

Tabelle 6: Sozialer Bereich

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
Sozialer Bereich	Umwelt	Wenn aber Untersuchungen zeigen, dass auch die Haustiere ihr Gewichtsverhalten dem Besitzer anpassen, wird wieder klar, dass die Umwelt einen erheblichen Einfluss auf das Körpergewicht hat (Kiefer et al. 2009, S.30).	Vergleich Tier-Mensch
Sozialer Bereich	Familie	Man kann davon ausgehen, dass 60-80% des Körpergewichtes und der Fettmasse genetisch bedingt sind (Kiefer et al. 2009, S.31).	Genetisch, Fettmasse
Sozialer Bereich	Körperbild	Zusätzlich kann es zu Schwangerschaftskomplikationen, aber auch zu Atemnot und verstärkter Schweißbildung kommen (Kiefer et al. 2009, S.34).	Schweiß
Sozialer Bereich	Gesellschaft, Umwelt	Besonders hoch ist die Dissonanz, wenn das stabile, positive Selbstbild eines Menschen durch Informationen gefährdet sind, die ihn als negativ, unmoralisch, und/oder inkompetent erscheinen lassen, oder wenn sein Verhalten seinem positiven Selbstbild widerspricht (Aronson, Wilson & Akert, 2008). Am stärksten ist dies bei Menschen mit geringem Selbstwert der Fall (Bramel, 1968). Dies ist besonders bei Patient/innen mit Adipositas von Bedeutung, deren Selbstwert durch die gesellschaftliche Stigmatisierung gering und deren Angst vor Ablehnung hoch ist. Sie bekommen von allen Seiten die Information, dass übermäßiges Essen Fettleibigkeit bedingt und ungesund, ja gefährlich ist und sie damit quasi „selbst schuld“ an ihrem ungeliebten Zustand sind. (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.202).	von allen Seiten selbst schuld

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
Sozialer Bereich:	Umwelt, Gesellschaft, Familie/Freunde/Arbeitsbereich, Entwicklungsbereich	Das Selbstwertgefühl von Kindern Ihr Körperbild ist überwiegend negativ, oft mit Gefühlen von Verzweiflung, Trauer, Enttäuschung und Schamgefühlen verbunden. Die Erfahrungen mit der Umwelt (Spott, Hohn, Hänseleien, Misserfolge beim Sport sowie häufig Isolation von den Altersgenossen) vertiefen diese Gefühle. (Reinehr, Dobe, Kersting 2010, S.135).	Körperbild ist überwiegend negativ
Sozialer Bereich	Arbeitsbereich Gesellschaft: Wertigkeit Umwelt: Möglichkeiten Reputation: sozialer Status	Übergewichtige Menschen haben eine schlechtere Schul- und Berufsausbildung, bekommen weniger Geld für ihre Arbeit, sind bei der Arbeitsplatzsuche Vorurteilen ausgesetzt und werden nicht selten respektlos behandelt. (Reinehr, Dobe, Kersting 2010, S.138).	Vorurteile, respektlos
Sozialer Bereich	Umwelt	Ob dies für die Adipositas zutrifft, lässt sich am Einfachsten für den Bereich Lebensqualität beantworten. Verschiedene Studien (z. B. Fontaine & Barofsky, 2001; Kolotkin, Crosby, Kosloski & Williams, 2001; Larsson, Karlsson & Sullivan, 2002) belegen eine reduzierte Lebensqualität für adipöse Personen. Dies kann bereits aus der physikalischen Umwelt resultieren, da ab einem gewissen Ausmaß an Übergewicht einerseits die persönliche Beweglichkeit deutlich reduziert ist, andererseits übliche Hilfen zur Fortbewegung schlechter oder nicht mehr genutzt werden können. Verschiedene öffentliche Verkehrsmittel erlauben kaum die Benutzung durch extrem Adipöse (z. B. ab einem BMI von über 40 kg/m ²), da beispielsweise die Sitzschalen zu klein, die Einstiegsschwellen zu hoch oder die Durchgangsflure zwischen den Sitzen zu schmal sind (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.127).	gewisses Ausmaß an Übergewicht, Fortbewegung
Sozialer Bereich	Umwelt	Die allgegenwärtige Abwertung des „Fetten“, sein Anders-Sein, macht es schwierig, sich in Schwimmbädern, auf Spielplätzen und an anderen Sportstätten zu zeigen. Das wiederum führt bei vielen zum Rückzug. Langeweile begünstigt Essen auch zwischen den Mahlzeiten. Was bleibt, ist speziell bei Kindern und Jugendlichen ein von geringer körperlicher Aktivität geprägtes Freizeitverhalten wie Computerspielen und ein hoher TV-Konsum, der wiederum mit dem Schönheitsideal DÜNN konfrontiert wird. Es dreht sich die Spirale von Rat- und Hilflosigkeit angesichts des steigenden Körpergewichts. Die	schwierig sich zu zeigen

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
		Motivation und die Hoffnungen auf starke Gewichtsabnahme sind extrem hoch (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.16).	
Sozialer Bereich	Familie/Freunde Arbeitsbereich Gesellschaft Tätigkeitsbereich Reputation	Zitat: So schreibt die WHO 1986, Gesundheit sei «die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen» (zitiert nach Richter, 2006, S. 318). Dies ist bei Adipositas ab einem gewissen Körpergewicht nicht mehr der Fall (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.127).	Gewissen Körpergewicht, nicht mehr der Fall

8.2 Psychologischer/Emotionaler Bereich

Tabelle 7: Psychologischer/Emotionaler Bereich

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
Psychologischer/Emotionaler Bereich	Individuelle Charakterfehler	Wenn aber Untersuchungen zeigen, dass auch die Haustiere ihr Gewichtsverhalten dem Besitzer anpassen, wird wieder klar, dass die Umwelt einen erheblichen Einfluss auf das Körpergewicht hat (Kiefer et al. 2009, S.30).	Vergleich Tier-Mensch
Psychologischer/Emotionaler Bereich	individuelle Charakterfehler	Übergewichtige essen sehr oft häufiger und schneller als normalgewichtige Personen. Sie lassen sich aber auch öfter durch äußere Reize zum Essen verführen. So können Signale aus der Umwelt Appetit auslösen. Schon der Gerüche von Speisen genügt um „hungrig“ zu werden, aber auch eine bestimmte Uhrzeit kann das Verlangen nach Nahrungsaufnahme signalisieren. Sehr oft ist das Sättigungsgefühl gestört. Dieses stellt sich viel später ein, man isst unweigerlich zu viel (Kiefer et al. 2009, S.31).	verführen
Psychologisches Stigma	Individueller Charakterfehler Leidensdruck	Das Selbstwertgefühl von Kindern Ihr Körperbild ist überwiegend negativ, oft mit Gefühlen von Verzweiflung, Trauer, Enttäuschung und Schamgefühlen verbunden. Die Erfahrungen mit der Umwelt (Spott, Hohn, Hänseleien, Misserfolge beim Sport sowie häufig Isolation von den Altersgenossen) vertiefen diese Gefühle. (Reinehr, Dobe, Kersting 2010, S.135).	überwiegend

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
Psychologisches Stigma	Individueller Charakterfehler	Für den Themenbereich Adipositasprävention wäre Selbstkontrolle beispielsweise gegeben, wenn zugunsten einer langfristigen Gewichtsstabilisierung kurzfristig auf die übliche Nachspeise verzichtet wird (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.34).	übliche
Psychologischer/ Emotionaler Bereich	Selbstschutz, Individueller Charakterfehler	Übergewichtige Kinder neigen dazu, ihren Körper zu verbergen, sie vermeiden Situationen, in denen sie sich entkleiden müssen. Sie gehen nicht mehr zum Schwimmen, meiden Umkleidesituationen im Sportunterricht oder verstecken ihren Körper in weiter, sackartiger Kleidung. (Reinehr, Dobe, Kersting 2010, S. 136).	Sackige Kleidung
Psychologischer/ Emotionaler Bereich	Selbstschutz	Die allgegenwärtige Abwertung des „Fetten“, sein Anders-Sein, macht es schwierig, sich in Schwimmbädern, auf Spielplätzen und an anderen Sportstätten zu zeigen. Das wiederum führt bei vielen zum Rückzug. Langeweile begünstigt Essen auch zwischen den Mahlzeiten. Was bleibt, ist speziell bei Kindern und Jugendlichen ein von geringer körperlicher Aktivität geprägtes Freizeitverhalten wie Computerspielen und ein hoher TV-Konsum, der wiederum mit dem Schönheitsideal DÜNN konfrontiert wird. Es dreht sich die Spirale von Rat- und Hilflosigkeit angesichts des steigenden Körpergewichts. Die Motivation und die Hoffnungen auf starke Gewichtsabnahme sind extrem hoch (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.16).	Rückzug
Psychologischer/ Emotionaler Bereich	Individueller Charakterfehler, Emotionales Essen	Denn Alleinsein, Hänseleien, mangelndes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein können nicht nur zu einer psychischen Störung führen, sondern das Übergewicht auch noch weiter aufrechterhalten. Essen als lustbetonte Ersatzhandlung (Reinehr, Dobe, Kersting 2010, S.137).	Alleinsein, Hänseleien, mangelndes Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein
Psychologischer/ Emotionaler Bereich	Krankheit	Da anzunehmen ist, dass zwar nicht bei allen, aber bei vielen Betroffenen die Adipositas mit einem intensiven Leiden einhergeht, ist die Frage der Einordnung als psychische	intensives Leiden

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
		Erkrankung durchaus zu diskutieren (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.126).	
Psychologischer/ Emotionaler Bereich	Suchtverhalten	Adipöse Kinder und Erwachsene weisen zudem zweierlei auf, nämlich sowohl das in manchen Studien genannte Sweet- oder Fatcarving als auch eine Sucht nach übermäßigem Essen, die mit den übrigen ICD 10 genannten Abhängigkeiten vergleichbar und von den jeweiligen Nahrungsmitteln meist unabhängig sind (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.15).	Sucht
Psychologischer/ Emotionaler Bereich	Suchtverhalten	Adipositas – Eine Sucht von der man nicht trocken sein kann (Überschrift)(Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.68).	Sucht

8.3 Fähig- und Fertigsbereich

Tabelle 8: Fähig- und Fertigsbereich

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
Fähig- und Fertigsbereich	Möglichkeiten	Übergewichtige Menschen haben eine schlechtere Schul- und Berufsausbildung, bekommen weniger Geld für ihre Arbeit, sind bei der Arbeitsplatzsuche Vorurteilen ausgesetzt und werden nicht selten respektlos behandelt (Reinehr, Dobe, Kersting 2010, S.138).	Schul- und Berufsausbildung
Fähig- und Fertigsbereich	Möglichkeiten	Auch die umgekehrte Interpretation – Übergewicht bewirke, dass Kinder vermehrt fernsehen – muss berücksichtigt werden (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.18).	bewirke

8.4 Körperlicher Bereich

Tabelle 9: Körperlicher Bereich

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
Körperlicher Bereich	Größe, Gewicht	Gegenüberstellung von Energiereserven (Energie Depot) von übergewichtigen Menschen und normalgewichtigen Menschen (Tab. 11&12 im Anhang). Körperbestand und Fett/KH und Proteine wird in Energie umgerechnet (Kiefer, Kunze, Schoberberger 2009, S.28).	massiv
Körperlicher Bereich	Krankheit	Da der Genpool der Population innerhalb der letzten Generation praktisch konstant blieb, ist davon auszugehen, dass Veränderungen in den Umweltbedingungen, die sowohl den Energieverbrauch als auch die Energieaufnahme beeinflussen, als Ursache der «Adipositas-Epidemie» angesehen werden können (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.15).	Epidemie
Körperlicher	Krankheit	Auch wenn davon auszugehen ist, dass eine weitere Ausbreitung	Ausbreitung

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
Bereich		der Adipositas zum Anstieg adipositasassoziierter Krankheitskosten führen wird, ist damit die Frage, ob und in welchem Ausmaß diese Entwicklung zu einer Beschleunigung des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen führen wird, keineswegs beantwortet (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.97).	Epidemie
Körperlicher Bereich	Krankheit	Die von rezenten Forschungen unberührten, bisweilen archaisch anmutenden Schuldzuweisungen von „Fraß, Völlerei und Faulheit“ bedingen,, dass Adipöse heute zu einer der am meisten diskriminierten Gruppe geworden sind – mit stark negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Insbesondere bei Kindern ist diese schlechter als bei Krebspatient/innen (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.15-16).	Krebspatient/innen
Körperlicher Bereich	Krankheit	Sowohl Gesellschaft als auch Regierungen müssen etwas unternehmen, um die Epidemie zu zügeln (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.31).	Epidemie, zügeln
Körperlicher Bereich	Krankheit	Es bietet sich an, die Information über Adipositas als einer schweren chronischen Krankheit mit verminderter Lebenserwartung und schweren Folgeerkrankungen als drohende „Keule“ zu verwenden (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.231).	Krankheit, Folgeerkrankungen
Körperlicher Bereich	Beweglichkeit	Ob dies für die Adipositas zutrifft, lässt sich am Einfachsten für den Bereich Lebensqualität beantworten. Verschiedene Studien (z. B. Fontaine & Barofsky, 2001; Kolotkin, Crosby, Kosloski & Williams, 2001; Larsson, Karlsson & Sullivan, 2002) belegen eine reduzierte Lebensqualität für adipöse Personen. Dies kann bereits aus der physikalischen Umwelt resultieren, da ab einem gewissen Ausmaß an Übergewicht einerseits die persönliche Beweglichkeit deutlich reduziert ist, andererseits übliche Hilfen zur Fortbewegung schlechter oder nicht mehr genutzt werden können. Verschiedene öffentliche Verkehrsmittel erlauben kaum die Benutzung durch extrem Adipöse (z. B. ab einem BMI von über 40 kg/m ²), da beispielsweise die Sitzschalen zu klein, die	Gewissen Ausmaß – deutlich reduziert

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Schlagworte
		Einstiegsschwellen zu hoch oder die Durchgangsflure zwischen den Sitzen zu schmal sind (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.127).	

9 Diskussionsteil

In vier von insgesamt sieben Büchern wurden keine gewichtsbezogenen stigmatisierenden Aussagen festgestellt. Die Werke Gesundheit und Ernährung – Public Health Nutrition von Müllner (2005) und Übergewicht bei Kindern: Eltern können helfen von Boggio (2004) informieren über Public Health Konzepte ohne speziellen Ansatz in der Adipositas. Dabei geht es hauptsächlich um Begriffsdefinitionen, das Gesundheitswesen und Gesundheitssystem sowie Charakterisierungen und Klassifizierungen von unterschiedlichen Lebensstilen. Beide Bücher sind an Experten gerichtet und geben einen Überblick zu Risikofaktoren und Präventionsstrategien von modernen Gesellschaftskrankheiten. Adipositas wird ohne Vergleiche, Beispiele oder persönliche Bezüge klassifiziert. Durch die allgemein gehaltene Sprache und die vorrangige Aufzählung von Fakten sind vorurteilhafte Aussagen in der oben genannten Literatur nicht vertreten.

Joachim Westenhöfer hat sich im Buch Abnehmen ab 50. Sanftes Schlankheitsprogramm für alle nicht mehr ganz jungen Menschen (2015) an übergewichtige und vorrangig nicht fachkundige Personen gerichtet und dabei das Hauptaugenmerk auf das Zählen von Kilokalorien gelegt. In diesem Werk existieren keine Vergleiche, sodass der Autor keine stigmatisierenden Behauptungen trifft. Die sensibel gewählte Sprache könnte aufgrund des psychologischen Hintergrunds des Autors zum Aufbrechen von emotionalen Schutzbarrieren eingesetzt worden sein. Das verwendete Vokabular ermöglicht dem Verfasser, im Gegensatz zu anderen Ernährungsfachpersonen, einen direkteren Zugang zum Leser.

Im folgenden Teil dieser Arbeit werden Beispiele aus den analysierten Büchern genauer betrachtet und diskutiert.

9.1 Epidemie

Auffallend ist, dass der Begriff Epidemie des Öfteren in der für die vorliegende Arbeit bearbeiteten Literatur verwendet wurde. Die Autoren setzen diesen Begriff selbst eigenhändig - oder gar eigenmächtig – ein oder zitieren die WHO, welche sich dieser Wortwahl bedient.

„Da der Genpool der Population innerhalb der letzten Generation praktisch konstant blieb, ist davon auszugehen, dass Veränderungen in den Umweltbedingungen, die sowohl den Energieverbrauch als auch die

Energieaufnahme beeinflussen, als Ursache der «Adipositas-Epidemie» angesehen werden können“ (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.15).

„Sowohl Gesellschaft als auch Regierungen müssen etwas unternehmen, um die Epidemie zu zügeln“ (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.31).

Das Wörterbuch Duden beschreibt Epidemie als eine „zeitlich und örtlich in besonders starkem Maß auftretende, ansteckende Massenerkrankung, Seuche“. Die Verwendung dieses Begriffs durch die WHO, eine angesehene Quelle, scheint die Verwendung des Begriffs Epidemie für einige Experten zu legitimieren. Aufmerksam hierbei sollte beachtet werden, dass der Gebrauch dieses Begriffes – mit dem Hintergrund ebengenannter Definition – im Kontext von Übergewicht bzw. Adipositas sehr rigoros wirken kann. Zwei Punkte sind hier von Bedeutung: erstens wäre es möglich gewesen, neutralere Begrifflichkeiten und Formulierungen wie „hohes Körpergewicht“ oder „Trend des hohen Körpergewichts“ zu verwenden. Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Begrifflichkeit der Epidemie als solche auf NCDs übertragbar ist.

Zweitens ist bemerkenswert, dass die Redewendung eine „Epidemie zügeln“ im Sinne einer Anmaßung von Regierungen interpretiert werden könnte. Gewissermaßen hat die Regierung sehr wohl eine hohe Machtposition inne, dennoch haben auch die Individuen immer noch Zügel in der Hand und können selbstbestimmt Entscheidungen treffen.

9.2 Ausbreitung

In Zusammenhang mit der gerade eben geführten Diskussion über den Begriff Epidemie muss auch der Begriff Ausbreitung beachtet werden.

„Auch wenn davon auszugehen ist, dass eine weitere Ausbreitung der Adipositas zum Anstieg adipositasassoziierter Krankheitskosten führen wird, ist damit die Frage, ob und in welchem Ausmaß diese Entwicklung zu einer Beschleunigung des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen führen wird, keineswegs beantwortet“ (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.97).

Mit der Ausbreitung (z.B. eines Virus) wird eine Gefahr assoziiert und es schwingt mit, dass eine Ansteckungsgefahr bestehe. Übergewicht bzw. Adipositas sind jedoch keineswegs ansteckende Krankheiten und Kontakt mit Betroffenen stellt keine Gefahr dar, was bei Ansteckungsgefahr von Krankheiten jedoch bestünde. Ein Vergleich mit Non-Communicable Diseases oder NCD's ist aus diesem Grund keinesfalls begründet. In Bezug auf die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (WHO 2013) ist Adipositas unter den „Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)“, in der Klasse „Adipositas und Überernährung (E65-E68)“ geführt. In diesem Zusammenhang lässt sich die Einordnung auch so deuten, dass man Adipositas, insbesondere in der Kategorie „Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr (E66.0)“ als „verwandtes Gesundheitsproblem“ und nicht als Krankheit verstehen kann (Heshka and Allison, 2001) (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.S 41).

Experten haben keinen Einfluss auf die Verwendung ihrer Ergebnisse durch Nichtfachpersonen. Dadurch kann es zu Verzerrungen kommen, wenn der Versuch unternommen wird, Studienergebnisse laienhaft darzustellen, wie dies in Populärzeitschriften häufig zu finden ist (siehe Zitat Presse, S12). Diese Verzerrung könnte mit dem Kinderspiel *Stille Post*, bei dem durch häufigere Weiterleitung von Informationen durch mehrere Personen, eine Veränderung, gegebenenfalls sogar Verfälschung der ursprünglichen Information passieren kann, verglichen werden.

9.3 Fernsehen

Im Folgenden sollen nun anhand einiger weiterer Beispiele aus der ausgewählten Literatur die Problematik stigmatisierender Aussagen diskutiert werden.

„Auch die umgekehrte Interpretation – Übergewicht bewirke, dass Kinder vermehrt fernsehen – muss berücksichtigt werden“ (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.18).

Aussagen dieser Art sollten nicht nur sensibler transportiert werden, sondern auch wissenschaftlichen Standards entsprechend. Dass ein Zusammenhang zwischen Fernsehverhalten und Übergewicht besteht, konnte bislang belegt werden (Ardelt-Gattinger et al. 2015). Inwieweit dieser Zusammenhang jedoch auch umgekehrt besteht, ist kritisch zu hinterfragen.

9.4 Weitere kontextuell falsch verwendete Begriffe

„Ob dies für die Adipositas zutrifft, lässt sich am Einfachsten für den Bereich Lebensqualität beantworten. Verschiedene Studien (z. B. Fontaine & Barofsky, 2001; Kolotkin, Crosby, Kosloski & Williams, 2001; Larsson, Karlsson & Sullivan, 2002) belegen eine reduzierte Lebensqualität für adipöse Personen. Dies kann bereits aus der physikalischen Umwelt resultieren, da ab einem gewissen Ausmaß an Übergewicht einerseits die persönliche Beweglichkeit deutlich reduziert ist, andererseits übliche Hilfen zur Fortbewegung schlechter oder nicht mehr genutzt werden können. Verschiedene öffentliche Verkehrsmittel erlauben kaum die Benutzung durch extrem Adipöse (z. B. ab einem BMI von über 40 kg/m²), da beispielsweise die Sitzschalen zu klein, die Einstiegsschwellen zu hoch oder die Durchgangsflure zwischen den Sitzen zu schmal sind“ (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.127).

Hierbei ist eine bessere Differenzierung zwischen Übergewicht und Adipositas unabdinglich. Zu Beginn dieses Zitats wird von einem gewissen *Ausmaß an Übergewicht* gesprochen. Das benannte Beispiel der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel bezieht sich dann allerdings auf Personen mit einem BMI von über 40 und somit Adipositasstufe 3, also der höchsten Adipositasstufe. In der Gewichtsverteilung der Allgemeinbevölkerung stellt dies jedoch lediglich eine Minderheit dar und auch in der Gruppe der Übergewichtigen trifft dieses Beispiel auf die Mehrzahl nicht zu. Eine Frau mit 1,70 m Größe müsste nämlich mehr als 115 kg wiegen, um einem BMI von über 40 zu entsprechen.

Zu beobachten ist überdies, dass in Medien häufig Gewichtsstigma bedient oder gar betont werden. Hierbei muss appelliert werden, lediglich wissenschaftlich fundierte Aussagen zu treffen, da verstärkte Gewichtsstigmatisierung weitreichende psychologische Folgen nach sich ziehen kann.

„Übergewichtige Kinder neigen dazu, ihren Körper zu verbergen, sie vermeiden Situationen, in denen sie sich entkleiden müssen. Sie gehen nicht mehr zum Schwimmen, meiden Umkleidesituationen im Sportunterricht oder verstecken ihren Körper in weiter, sackartiger Kleidung“ (Reinehr, Dobe, Kersting 2010, S. 136).

Dieses Zitat weist in der Formulierung einen sehr definitiven und generalisierenden Charakter auf. Es erweckt den Anschein, als wäre dies bei allen übergewichtigen Kindern der Fall. Es bleibt zu hinterfragen, ob nicht manche übergewichtige Kinder sehr selbstbewusst sind. Sie mit sackartiger Kleidung in Verbindung zu setzen ist zudem inadäquat.

In Studien wird außerdem immer wieder betont, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig sind. Aufgrund dieses anderen kulturellen Kontextes kann für manche Kinder auch zutreffend sein, dass Übergewicht als Zeichen für Stärke gilt.

In den meisten Fällen kann während der Analyse nicht sofort definiert werden, ob es sich bei einem Ankerbeispiel um eine aktive Stigmatisierung handelt oder ob das Beispiel nur passiv genannt wird. Beispielsweise ist die Textstelle „Übergewichtige Kinder neigen dazu, ihren Körper zu verbergen, sie vermeiden Situationen, in denen sie sich entkleiden müssen“ eine Beschreibung von Ausgrenzung. Die Autoren stigmatisieren in diesem Fall nicht aktiv übergewichtige Kinder, sondern charakterisieren passiv eine Situation. Im Gegensatz handelt es sich um eine aktive Stigmatisierung in folgendem Zitat: „Sie gehen nicht mehr zum Schwimmen, meiden Umkleidesituationen im Sportunterricht oder verstecken ihren Körper in weiter, sackartiger Kleidung“.

Beim nächsten Zitat, stellt sich die Frage, ob es sozial vertretbar ist, den Vergleich zu Haustieren herzustellen.

„Wenn aber Untersuchungen zeigen, dass auch die Haustiere ihr Gewichtsverhalten dem Besitzer anpassen, wird wieder klar, dass die Umwelt einen erheblichen Einfluss auf das Körpergewicht hat (Kiefer et al. 2009, S.30)“.

Selbst wenn Untersuchungen zeigen, dass Haustiere, neben der Anzahl im Haushalt lebender Personen, einen Einfluss auf Übergewicht bzw. Adipositas haben, bedeutet das nicht, dass die Umwelt (in diesem Fall nämlich übergewichtige Personen) als Gefahr für die Entwicklung von Adipositas anderer Lebewesen sind. Bei diesem Zitat führt ein rhetorischer Trick (oder Unachtsamkeit) bei der Formulierung dazu, dass übergewichtige Personen als Umweltfaktor für ihre Umgebung dargestellt werden und die eigene Gesundheitsausprägung ihre unmittelbare Umgebung negativ beeinflussen können (pseudo-ansteckend).

Diese Gegenüberstellung ist unangemessen gewählt. Der Mensch ist in der Lage, im Gegensatz zu einem Tier, seine Handlungen zu reflektieren, während das Tier immer in erster Instanz seine Grundbedürfnisse zu stillen versucht.

Neben individuellen Charakterfehlern und Suchtverhalten kommt auch die Subkategorie Krankheit im Psychologischen/Emotionalen Bereich vor.

Da anzunehmen ist, dass zwar nicht bei allen, aber bei vielen Betroffenen die Adipositas mit einem intensiven Leiden einhergeht, ist die Frage der Einordnung als psychische Erkrankung durchaus zu diskutieren (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.126).

Dass dies bei Vielen zutrifft, ist wieder nur eine Annahme. Von einem intensiven Leiden zu sprechen ist zu „hart“. Die Wortwahl und die Vergleiche sind bei solchen Aussagen sehr entscheidend und müssen besser durchdacht werden.

Ein weiteres Beispiel aus der Analyse stammenden Subkategorie Krankheit von Ardel-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber (2015) lautet:

Die von rezenten Forschungen unberührten, bisweilen archaisch anmutenden Schuldzuweisungen von „Fraß, Völlerei und Faulheit“ bedingen, dass Adipöse heute zu einer der am meisten diskriminierten Gruppe geworden sind – mit stark negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Insbesondere bei Kindern ist diese schlechter als bei Krebspatient/innen (Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.15-16).

Es bestünde durchaus die Möglichkeit, andere Schuldzuweisungen, als die genannten archaisch anmutenden wie *Fraß, Völlerei und Faulheit*, beispielhaft anzuführen. In der Analyse dessen zeigt sich eine Ambivalenz. Zum einen stellt sich die Frage der Notwendigkeit, solche Schuldzuweisungen zu wiederholen. Zum anderen könnte hinterfragt werden, ob es den Versuch der Tabuisierung darstellen würde, würde darüber nicht berichtet werden.

Der Vergleich mit KrebspatientInnen kann jedoch keinesfalls als gelungen gesehen werden. Selbst wenn Lebensqualität mit psychologischen Instrumenten messbar wäre, sollte hier ein anderer Vergleich angestrebt werden.

Die vorhergehende Kategorie der *Krankheit* steht in engem Zusammenhang zu der folgenden Thematik. Das sozial aktive Leben wird durch Gesundheits- oder Krankheitszustände stark beeinflusst. Das nachstehende Zitat und die darauffolgende Analyse erläutern diesen Aspekt.

„So schreibt die WHO 1986, Gesundheit sei die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen‘ (Richter 2006, S. 318). Dies ist bei Adipositas ab einem gewissen Körpergewicht nicht mehr der Fall“ (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.127).“

In diesem Zitat steht wieder die Generalisierung im Fokus. Menschen mit Adipositas ein sozial inaktives Leben pauschal zuzuschreiben, kann als ungeeignet betrachtet werden. Sollte es wissenschaftliche Untersuchungen geben, die diese Annahme belegen, sollten diese hier genannt werden. Zudem sind die Worte sehr definitiv gewählt – „ist [...] nicht mehr der Fall“ – und lassen keinen Spielraum für Individualität.

Wie bereits oben erwähnt, wären auch hier eine sensiblere Sprache, sowie eine Reflexion über die Auswirkungen von diversen Begrifflichkeiten und Formulierungen wünschenswert. Neben der in der Analyse entstandenen Kritik an Begrifflichkeiten und Formulierungen der Experten muss angemerkt werden, dass bestimmte Worte und Ausdrucksweisen womöglich bewusst gewählt wurden, um stärker oder gar plakativer auf bestimmte Thematiken und Problematiken aufmerksam zu machen.

10 Limitationen

Experten quantitativer Forschungsmethoden bemängeln an der qualitativen Inhaltsanalyse oft, dass diese nicht als qualitativ hinsichtlich eines rein induktiven Ansatzes zu definieren sei (Flick 2002). Die Strukturierte Inhaltsanalyse stützt sich auf Kategorien, die zuvor deduktiv gebildet werden und dementsprechend nicht auf die Ganzheit des Textes. Mayring widerlegt diese Begründung indem er erklärt, dass auch im Nachhinein Kategorien induktiv am Material revidiert werden können (Mayring, 2007). Trotzdem können zu Beginn festgelegte

Kategorien die Textanalyse beeinträchtigen. Der Blick auf die Gesamtheit des Textes und die Komplexität der verschiedenen Ausschnitte geht verloren, weil einerseits der Text zusammengefasst wird und andererseits die gekürzten Textausschnitte zudem in Gruppen integriert werden (Flick 2002).

Darüber hinaus werden für diverse Arbeiten, die Fachbücher von Ernährungsexperten zitieren, meist lediglich jene Informationen exzerpiert, die für die jeweilige Arbeit eine Relevanz darstellen. Auch hierdurch kann sich eine Verzerrung der Informationen zutragen, vor allem dann, wenn diese Exzerpte möglicherweise durch weitere Informationen in ein anderes Licht gerückt werden. Diese Annahme, so muss erwähnt werden, unterliegt keiner Bewertung im Sinne von richtig oder falsch oder gar einer Verurteilung dessen.

11 Schlussbetrachtung

Obwohl empirische Studien das komplexe Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren wie beispielsweise Genen und Umwelt beim Zustandekommen vom Körpergewicht bestätigen, wird Übergewicht noch immer als Resultat von geringer Selbstdisziplin und Kontrollverlust angesehen. Anlässlich interner, steuerbarer Ursachen, handelt es sich daher in unserer Gesellschaft um ein selbst produziertes Problem (Crandall und Schiffhauer, 1998). Die Kernkomponenten von Gewichtsstigma liegen insbesondere dem ideologischen Konservatismus, der Vorstellung einer gerechten Welt, und der Ansicht von Kausalität und Kontrollierbarkeit zugrunde (Puhl & Brownell, 2003).

Um zu überprüfen, inwiefern das Thema Gewichtsstigmatisierung von Ernährungswissenschaftlern und -mediziner in Ernährungsfachbüchern kommuniziert wird, wurde in dieser Untersuchung eine Entscheidung zu Gunsten zweier unterschiedlicher, jedoch einander ergänzender Zugänge getroffen. Die deutschsprachige Literatur wurde mit Hilfe einer Kombination aus der Strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring und der thematischen Kodierung nach Flick ausgewertet und dem Erkenntnisinteresse der Forschung nach entsprechend modifiziert. Vor der Recherche nach passenden Büchern und Artikeln sollten in einem ersten Schritt Kategorien aus ernährungspsychologischer und – soziologischer Sicht gebildet werden.

Zwar konnten die eingangs formulierten Forschungsfragen beantwortet werden, jedoch nur teilweise in Richtung der aufgestellten Hypothese. Die Hypothese lautete, dass Ernährungsexperten mit ihren Formulierungen in den Fachbüchern den Ursprung von Gewichtsstigmatisierung darstellen könnten.

Die Forschungsfrage, ob die Gewichtsstigmatisierung ihren Ursprung bei Ernährungsexperten hat, wird in vorliegender Arbeit teilweise verneint. Es ist von

wissenschaftlicher Relevanz herauszufinden, an welcher Stelle der Informationsverbreitung bzw. der *stillen Post*, die Stigmatisierung erfolgt. Dazu wäre es in weiterführenden Forschungsarbeiten interessant, im Sinne einer Hypothese bezüglich der von den Ernährungsexperten gewählten Forschungsdesigns herauszufinden, was diesen Forschungsdesigns zugrunde liegt. Zudem wäre von hoher Bedeutung zu untersuchen, inwieweit die Ernährungsexperten bereits vor einer Untersuchung eine Voreingenommenheit bis hin zur Gewichtsstigmatisierung innehaben.

Die Experten, welche in vorliegender Arbeit im Fokus standen, verwenden weniger die direkte Stigmatisierung, wie sie in anderen Medien wie beispielsweise im Fernsehen, in Zeitschriften oder im Internet zu finden ist. Vielmehr handelt es sich um problematische Formulierungen die vermieden werden könnten. Selbst wenn die Aussagen durch wissenschaftliche Untersuchungen untermauert werden, sollte darauf geachtet werden, wie die Verarbeitung davon in der Allgemeinbevölkerung vonstatten geht.

12 Fazit und Ausblick

In vier der für die Analyse ausgewählten Bücher konnten keine Hinweise auf stigmatisierende Begrifflichkeiten oder Formulierungen gefunden werden. Dies kann als teilweise Verneinung der eingangs formulierten Forschungsfrage gedeutet und somit gleichermaßen als Ergebnis gewertet werden.

Die ausgewählte Literatur stellt im Rahmen dieser Masterarbeit keinen allgemeinen Beweis angenommener gewichtstigmatisierender Aussagen von Experten dar. Vielmehr sind die Ergebnisse als Indikator für einen Ursprung bei Nichtexperten oder einer fehlerhaften Weiterleitung von Informationen zu sehen. Die vorliegende Arbeit ist nicht dahingehend zu betrachten, dass sie ein Ergebnis liefert, sondern mit Beachtung, dass die Forschungsfrage teilweise bejaht wurde, was als gleichwertiger Ausgang zu einer bejahten Forschungsfrage einer Untersuchung anzusehen ist.

Das grundsätzliche Thema, das sich als eine Art roter Faden durch die vorliegende Analyse zieht, ist eine wünschenswerte sensiblere Sprache.

Die im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführte Analyse konnte erste Erkenntnisse zur Kommunikation über Adipositas von Seiten adipositasbezogener Forschung zeigen. Diese Ergebnisse stellen damit einen Einstieg in weitere interessante Untersuchungsgebiete im Rahmen gewichtsbezogener Stigmatisierung unter Ernährungsexperten dar. Wünschenswert für die Zukunft wäre eine Darstellung, die weniger auf negative Eigenschaften in Bezug auf Übergewicht/Adipositas aufbaut. Es bedarf weiterer Untersuchungen, die sich dem Thema annehmen, um die Forschungsergebnisse dieser Arbeit zu untermauern. Beispielsweise

wäre durch eine Erweiterung des vorliegenden Untersuchungsdesigns, einer Kombination aus qualitativer und quantitativer Analysemethode, eine Vergrößerung der Stichprobe möglich, wodurch die Genauigkeit des Aussagegehalts der Ergebnisse erhöht werden könnte.

Literatur

- Ardelt-Gattinger, E., Ring-Dimitriou, S., Weghuber, D. (2015). Der gesunde Adipöse. Das Kontinuum zwischen gesunder und kranker Adipositas. Bern: Hans Huber.
- Abu-Odeh, D. (2014). Fat Stigma and Public Health: A Theoretical Framework and Ethical Analysis. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(3), 247–265. doi:10.1353/ken.2014.0024
- Ahmed, S. M., Lemkau, J. P., & Birt, S. L. (2002). Case example, 25–28.
- Anderson, J., & Bresnahan, M. (2012). Communicating Stigma About Body Size. *Health Communication*, (March 2015), 1–13. doi:10.1080/10410236.2012.706792
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans , 1995 – 1996 Through 2004 – 2006, 16(5), 1995–1996. doi:10.1038/oby.2008.35
- Blanchard, F. A., Crandall, C. S., Brigham, J. C., & Vaughn, L. A. (1994). Condemning and condoning racism: A social context approach to interracial settings. *Journal of Applied Psychology*, 79(6), 993–997. doi:10.1037/0021-9010.79.6.993
- Boggio V. (2004). Übergewicht bei Kindern: Eltern können helfen. Hemsbach:Beltz.
- Boyes, A. D., & Latner, J. D. (2009). Weight stigma in existing romantic relationships. *J Sex Marital Ther*, 35(4), 282–293. doi:10.1080/00926230902851280
- Brewis, A. a. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine* (1982), 118C, 152–158. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.003
- Brunello, G., D'Hombres, B. (2007). Does body weight affect wages ? Evidence from Europe, 5, 1–19. doi:10.1016/j.ehb.2006.11.002
- Chaudoir, S. R., & Andel, S. (2014). *NIH Public Access*, 35(1), 75–87. doi:10.1080/01973533.2012.746612.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179–190. doi:10.1016/j.appsy.2005.07.001
- Corrigan, P. W., & Shaughnessy, J. R. O. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world, 42(June), 90–97. doi:10.1080/00050060701280573
- Daníelsdóttir, S., Brien, S. O., & Ciao, A. (2010). Anti-Fat Prejudice Reduction : A Review of Published Studies, 47–58. doi:10.1159/000277067

- DiePresse. /react-text http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/4886611/Adipositas_Oesterreicher-werden-immer-dicker?from=suche.intern.portal react-text: 102 , Artikel vom 13.12.2015, Stand: 27.1.2015
- Devine, P. G., Plant, E. A., & Harrison, K. (1999). The Problem of “Us” Versus “Them” and AIDS Stigma. *American Behavioral Scientist*. doi:10.1177/00027649921954732
- Earnshaw, V. a., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13, 1160–1177. doi:10.1007/s10461-009-9593-3
- Fikkan, J. L., & Rothblum, E. D. (2012). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*, 66(9-10), 575–592. doi:10.1007/s11199-011-0022-5
- Flick, Uwe (2002). *Qualitative Sozialforschung – eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Flick, Uwe (2005). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. (3. Auflage) Reinbek: Rowohlt
- Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt
- Giel, K. E., Zipfel, S., Alizadeh, M., Schäffeler, N., Zahn, C., Wessel, D., ... Thiel, A. (2012). Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC Public Health*, 12(1), 525. doi:10.1186/1471-2458-12-525
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. (1.Auflage) Frankfurt am Main: Suhrkamp 1975
- Goffman, E. (1969) *Wir spielen alle Theater*. München
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-hoeksema, S., & Dovidio, J. (2013). *NIH Public Access*, 20(10), 1282–1289. doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x.How
- Hilbert, A. Rief, W., Dabrock, P. (2008) *Gewichtige Gene. Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung*. Bern: Hans Huber.
- Hilbert, A., Ried, J., Zipfel, S., & Zwaan, M. De. (2013). *Stigmatisierung bei Adipositas* , 2013–2016.
- Hilbert, A.(2012). *Universität Leipzig: Stigmatisierung bei Adipositas*. http://www.adipositasstigma.de/ueber_uns/ueber_uns.php, Stand: 28.11.2015
- Katz, D. (2014). Health: The medicalization of fat. *Nature*, 510, 34.
- Kiefer, I., Kunze, M., Schoberberger R. (2006) *Schlank ohne Diät. Motivation, Ernährung, Bewegung, Verhalten*. Leoben: Theiss GmbH

- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187–208. doi:10.1037/0033-2909.127.2.187
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11(3), 452–456. doi:10.1038/oby.2003.61
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74–80. doi:10.1016/j.jesp.2013.11.009
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. doi:10.2307/3089335
- Mayring, Philipp (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring, Philipp (2000). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring, Philipp (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 9. Auflage. Weinheim: Beltz
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage) Weinheim und Basel: Beltz
- Müllner, M., Trautwein, E. (2005). *Gesundheit und Ernährung – Public Health Nutrition*. Stuttgart: Eugen Ulmer.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. In *The social psychology of stigma* (pp. 31–61).
- Patrick W. Corrigan. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48–67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2000). Does intergroup contact reduce prejudice: Recent meta-analytic findings. In *Reducing prejudice and discrimination*. (pp. 93–114). Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2000-03917-004&site=ehost-live>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805. doi:10.1038/oby.2001.108

- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma : toward changing a powerful and pervasive bias, 213–227.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update, 17(5). doi:10.1038/oby.2008.636
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma , Obesity , and the Health of the Nation ' s Children, 133(4), 557–580. doi:10.1037/0033-2909.133.4.557
- Reinehr, T., Dobe, M., Kersting M. (2010). Abnehmen mit Obeldicks und OptimiX. Der Ratgeber für Eltern übergewichtiger Kinder. (2. Überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Roehling, M. V. (1999). Weight-based Discrimination in employment: Psychological and Legal Aspects. *Personell Psychology*, 52(4), 969 – 1016. doi:10.1111/j.1744-6570.1999.tb00186.x
- Schorb, F. (2015). Gewichtsdiskriminierung – Die Rolle von Public Health, 1–6.
- Schvey, N. a., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2014). The Stress of Stigma. *Psychosomatic Medicine*, 76, 156–162. doi:10.1097/PSY.0000000000000031
- Stephan, C. W., & Stephan, W. G. (1992). Reducing intercultural anxiety through intercultural contact. *International Journal of Intercultural Relations*, 16(1), 89–106. doi:10.1016/0147-1767(92)90007-H
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2013). Perceived Weight Discrimination and Obesity, 8(7), 1–4. doi:10.1371/journal.pone.0070048
- Tomiyama, A. J., Finch, L. E., Belsky, A. C. I., Buss, J., Finley, C., Schwartz, M. B., & Daubenmier, J. (2015). Weight Bias in 2001 versus 2013 : Contradictory Attitudes Among Obesity Researchers and Health Professionals, 23(1), 46–53. doi:10.1002/oby.20910
- Westenhöfer, J. (2015). Abnehmen ab 50. Sanftes Schlankeitsprogramm für alle nicht mehr ganz so jungen Menschen. (3., überarbeitete Auflage). Eschborn: Govi-Verlag Pharmazeutischer Verlag.

Anhang

Im Anhang wird die ausgewählte Literatur detailliert aufgezeigt.

Der Gesunde Adipöse

Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitriou, Weghuber, 2015 S.

1. S. 15: Kapitel Einleitung

Ankerbeispiel: Adipöse Kinder und Erwachsene weisen zudem zweierlei auf, nämlich sowohl das in manchen Studien genannte Sweet- oder Fatcarving als auch eine Sucht nach übermäßigem Essen, die mit den übrigen ICD 10 genannten Abhängigkeiten vergleichbar und von den jeweiligen Nahrungsmitteln meist unabhängig sind.

Stigma: Psychologischer/Emotionaler Bereich (Suchtverhalten)

Kommentar: Sucht ist sehr hart formuliert. Welche Kriterien müssen erfüllt werden um nach ICD davon zu sprechen? Im Idealfall mit Studien belegen. Adipöse Kinder -> klingt als wäre die Person die Krankheit.

2. S.15-16: Kapitel Einleitung

Textstelle: Die von rezenten Forschungen unberührten, bisweilen archaisch anmutenden Schuldzuweisungen von „Fraß, Völlerei und Faulheit“ bedingen,, dass Adipöse heute zu einer der am meisten diskriminierten Gruppe geworden sind – mit stark negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Insbesondere bei Kindern ist diese schlechter als bei Krebspatient/innen.

Stigma: Körperlicher Bereich (Krankheit)

Kommentar: Vergleich mit Krebspatienten -> sensiblere Sprache. Müssen solche Anschuldigungen auch wenn bisweilen archaisch wiederholt werden oder ist eher von einem Tabu auszugehen wenn nicht davon gesprochen wird.

3. S.16: Kapitel Einleitung

Textstelle: Die allgegenwärtige Abwertung des „Fetten“, sein Anders-Sein, macht es schwierig, sich in Schwimmbädern, auf Spielplätzen und an anderen Sportstätten zu zeigen. Das wiederum führt bei vielen zum Rückzug. Langeweile begünstigt Essen auch zwischen den Mahlzeiten. Was bleibt, ist speziell bei Kindern und Jugendlichen ein von geringer

körperlicher Aktivität geprägtes Freizeitverhalten wie Computerspielen und ein hoher TV-Konsum, der wiederum mit dem Schönheitsideal DÜNN konfrontiert wird. Es dreht sich die Spirale von Rat- und Hilflosigkeit angesichts des steigenden Körpergewichts. Die Motivation und die Hoffnungen auf starke Gewichtsabnahme sind extrem hoch; ...

Stigma: Sozialer Bereich (Umwelt: schwierig sich zu zeigen)

Psychologischer/Emotionaler Bereich (Selbstschutz: Rückzug)

Kommentar: extrem hoch bei allen? Dicke langweilen sich? Zu absolut und generalisiert beschrieben.

4. S.31: Kapitel Adipositas – Prävalenz und WHO Leitlinien

Textstelle: Sowohl Gesellschaft als auch Regierungen müssen etwas unternehmen, um die Epidemie zu zügeln.

Stigma: Körperlicher Bereich (Krankheit)

Kommentar: Epidemie und zügeln. zu hart formuliert. Kann die Regierung lenken bzw. beeinflussen oder tatsächlich zügeln.

5. S.68: Kapitel Was ist gesund, was ist krankhaft adipös – ein Kontinuum

Textstelle: Adipositas – Eine Sucht von der man nicht trocken sein kann.

Stigma: Psychologischer/Emotionaler Bereich (Suchtverhalten)

Kommentar: Adipositas als Sucht? Nicht jeder Übergewichtige/Adipöse ist Fresssüchtig.

6. S.202: Kapitel Mikro- und Mesoebene; Psychosoziale Denkmodelle und Steuerungsmuster

Textstelle: Besonders hoch ist die Dissonanz, wenn das stabile, positive Selbstbild eines Menschen durch Informationen gefährdet sind, die ihn als negativ, unmoralisch, und/oder inkompetent erscheinen lassen, oder wenn sein Verhalten seinem positiven Selbstbild widerspricht (Aronson, Wilson & Akert, 2008). Am stärksten ist dies bei Menschen mit geringem Selbstwert der Fall (Bramel, 1968). Dies ist besonders bei Patient/innen mit Adipositas von Bedeutung, deren Selbstwert durch die gesellschaftliche Stigmatisierung gering und deren Angst vor Ablehnung hoch ist. Sie bekommen von allen Seiten die Information, dass übermäßiges Essen Fettleibigkeit bedingt und ungesund, ja gefährlich ist und sie damit quasi „selbst schuld“ an ihrem ungeliebten Zustand sind.

Stigma: Sozialer Bereich (Gesellschaft, Umwelt: von allen Seiten; selbst schuld)

Kommentar: ALLE sind gefährdet. Sensiblere Sprache.

7. S.231: Kapitel Mikro- und Mesoebene; Psychosoziale Denkmodelle und Steuerungsmuster

Textstelle: Es bietet sich an, die Information über Adipositas als einer schweren chronischen Krankheit mit verminderter Lebenserwartung und schweren Folgeerkrankungen als drohende „Keule“ zu verwenden.

Stigma: Körperlicher Bereich (Krankheit)

Kommentar: Nicht alle Adipösen sind krank – siehe Titel

Gewichtige Gene

(Hilbert, Rief, Dabrock 2008)

1. S. 15: Kapitel Adipositas: Eine komplexe, multifaktorielle Störung (Johannes Hebebrand)

Ankerbeispiel: Da der Genpool der Population innerhalb der letzten Generation praktisch konstant blieb, ist davon auszugehen, dass Veränderungen in den Umweltbedingungen, die sowohl den Energieverbrauch als auch die Energieaufnahme beeinflussen, als Ursache der «Adipositas-Epidemie» angesehen werden können.

Code: Physiologisches Stigma/physische Deformation

Kommentar: **Epidemie.** Definition Duden: zeitlich und örtlich in besonders starkem Maß auftretende, ansteckende Massenerkrankung, Seuche -> Ausdruck zu hart, könnte auch anders formuliert werden.

2. S. 18: Kapitel Adipositas: Eine komplexe, multifaktorielle Störung (Johannes Hebebrand)

Ankerbeispiel: Auch die umgekehrte Interpretation – Übergewicht bewirke, dass Kinder vermehrt fernsehen – muss berücksichtigt werden (Hilbert, Rief, Dabrock 2008, S.)

Stigma: Fähig-und Fertigkeitsbereich (Möglichkeiten)

Kommentar: bewirke – Zusammenhang zwischen Fernsehen und Übergewicht wurden in mehreren Studien bestätigt aber umgekehrt?

3. S. 34: Kapitel Adipositasprävention: Möglichkeiten und Grenzen der Eigenverantwortung (Anja Hilbert)

Ankerbeispiel: Für den Themenbereich Adipositasprävention wäre Selbstkontrolle beispielsweise gegeben, wenn zugunsten einer langfristigen Gewichtsstabilisierung kurzfristig auf die übliche Nachspeise verzichtet wird.

Stigma: Psychisches Stigma (Individuelle Charakterfehler)

Kommentar: ÜBLICHE Nachspeise

4. S. 97: Kapitel Adipositasassoziierte Versorgungsinanspruchnahme und Krankheitskosten in Deutschland (Thomas von Lengerke, Silke B. Wofenstetter und Jürgen John)

Zitat: Auch wenn davon auszugehen ist, dass eine weitere Ausbreitung der Adipositas zum Anstieg adipositasassoziiierter Krankheitskosten führen wird, ist damit die Frage, ob und in welchem Ausmaß diese Entwicklung zu einer Beschleunigung des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen führen wird, keineswegs beantwortet.

Stigma: Physiologisches Stigma/physische Deformation

Kommentar: Ausbreitung? -> passt zum Begriff Epidemie (Virus)

5. S.126: Kapitel Ist Adipositas eine Krankheit? Überlegungen aus psychologischer Sicht (Winfried Rief und Anja Hilbert)

Ankerbeispiel: Da anzunehmen ist, dass zwar nicht bei allen, aber bei vielen Betroffenen die Adipositas mit einem intensiven Leiden einhergeht, ist die Frage der Einordnung als psychische Erkrankung durchaus zu diskutieren.

Stigma: Psychisches Stigma/individuelle Charakterfehler

Kommentar: intensives Leiden -> zu definitiv beschrieben

6. S. 127: Kapitel Ist Adipositas eine Krankheit? Überlegungen aus psychologischer Sicht (Winfried Rief und Anja Hilbert)

Ankerbeispiel: Ob dies für die Adipositas zutrifft, lässt sich am Einfachsten für den Bereich Lebensqualität beantworten. Verschiedene Studien (z. B. Fontaine & Barofsky, 2001; Kolotkin, Crosby, Kosloski & Williams, 2001; Larsson, Karlsson & Sullivan, 2002) belegen eine reduzierte Lebensqualität für adipöse Personen. Dies kann bereits aus der physikalischen Umwelt resultieren, da ab einem gewissen Ausmaß an Übergewicht einerseits die persönliche Beweglichkeit deutlich reduziert ist, andererseits übliche Hilfen zur Fortbewegung schlechter oder nicht mehr genutzt werden können. Verschiedene öffentliche Verkehrsmittel erlauben kaum die Benutzung durch extrem Adipöse (z. B. ab einem BMI von über 40 kg/m²), da beispielsweise die Sitzschalen zu klein, die Einstiegsschwellen zu hoch oder die Durchgangsflure zwischen den Sitzen zu schmal sind.

Stigma: Physiologisches Stigma/physische Deformation

Kommentar: gewisses Ausmaß an Übergewicht. Differenzierung Übergewicht/Adipositas (BMI 40 entspricht Adipositas Stufe 3); Welche Information wird aus Studien herausgefiltert; BMI über 40 nicht auf die Allgemeinheit bzw. auf die Mehrheit bezogen.

7. S. 127: Kapitel Ist Adipositas eine Krankheit? Überlegungen aus psychologischer Sicht (Winfried Rief und Anja Hilbert)

Ankerbeispiel: So schreibt die WHO 1986, Gesundheit sei «die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen» (zitiert nach Richter, 2006, S. 318). Dies ist bei Adipositas ab einem gewissen Körpergewicht nicht mehr der Fall.

Stigma: Physiologisches Stigma/physische Deformation; Soziales Stigma

Kommentar: sozial aktives Leben -> führen Kinder ein eingeschränktes soziales Leben? Verallgemeinerung. Nicht möglicherweise nicht mehr der Fall sondern IST NICHT MEHR DER FALL -> Wortwahl

Schlank ohne Diät

Kiefer, Kunze, Schoberberger (2009)

1. S. 28: Kapitel Warum wird man dick?

Ankerbeispiel: Gegenüberstellung von Energiereserven (Energie Depot) von übergewichtigen Menschen und normalgewichtigen Menschen. Körperbestand und Fett/KH und Proteine wird in Energie umgerechnet (Tab.: 10 & 11).

Tabelle 10: Gegenüberstellung von Energiereserven 1

Energiereserven von normalgewichtigen Menschen		
	Körperbestand	Verfügbare Reserven
Fette	15kg	13kg -> 105 000 kcal
Proteine	6kg	2kg -> 8 000 kcal
Glykogen	0,25kg	0,25kg -> 1 000 kcal
		114 000 kcal
		-> Energie für 57 Tage

Tabelle 11: Gegenüberstellung von Energiereserven 2

Energiereserven von übergewichtigen Menschen		
	Körperbestand	Verfügbare Reserven
Fette	85kg	83kg -> 743 000 kcal
Proteine	8kg	4kg -> 16 000 kcal
Glykogen	0,25kg	0,25kg -> 1 000 kcal
		760 000 kcal
		-> Energie für 380 Tage

Quelle: mod. n. Kiefer, Kunze, Schoberberger (2009)

Stigma: Körperlicher Bereich: Größe, Gewicht

Kommentar

- Unschärfe in der Beschreibung der Tabelle und im Text (Definition was Übergewicht, normal und massives Übergewicht ist)
- Wortwahl: massiv
- Im Text wird von massivem Übergewicht gesprochen (85kg KG) vs. in der Tabelle von Übergewicht (zwischen 25-30kg/m²) -> dadurch wird der Eindruck vermittelt, das schon übergewichtige Fettdepots von Adipositas Typ II haben.

2. S. 30: Kapitel Vererbung

Ankerbeispiel: Wenn aber Untersuchungen zeigen, dass auch die Haustiere ihr Gewichtsverhalten dem Besitzer anpassen, wird wieder klar, dass die Umwelt einen erheblichen Einfluss auf das Körpergewicht hat.

Stigma: Soziales Bereich (Umwelt)

Psychologischer/Emotionaler Bereich (Individuelle Charakterfehler) -> weil Vergleich Mensch - Tier

Kommentar

Sozial unverträgliches Verhalten, das auch auf die direkte Umgebung Auswirkungen hat (Haustiere). Tier- Mensch Vergleich ist unpassend. Mensch kann reflektieren. Mehr als nur primäre Bedürfnisse befriedigen.

3. S. 30: Kapitel Vererbung

Ankerbeispiel: Man kann davon ausgehen, dass 60-80% des Körpergewichtes und der Fettmasse genetisch bedingt sind

Stigma: Sozialer Bereich (Familie)

Kommentar

Genetische Determination der Fettmasse.

4. S. 31 Kapitel: Störungen im Essverhalten

Ankerbeispiel: Übergewichtige essen sehr oft häufiger und schneller als normalgewichtige Personen. Sie lassen sich aber auch öfter durch äußere Reize zum Essen verführen. So können Signale aus der Umwelt Appetit auslösen. Schon der Gerüche von Speisen genügt um „hungrig“ zu werden, aber auch eine bestimmte Uhrzeit kann das Verlangen nach Nahrungsaufnahme signalisieren. Sehr oft ist das Sättigungsgefühl gestört. Dieses stellt sich viel später ein, man isst unweigerlich zu viel.

Stigma: Psychisches Stigma/individuelle Charakterfehler (Emotionales Essen)

Kommentar

Schnelles essen und Vulnerabilität für äußerer Reize als Charakterfehler von Übergewichtigen beschrieben. So beschrieben, dass diese Ereignisse normalgewichtigen nicht vorkommen.

5. S. 34 Kapitel: Risiko Übergewicht

Ankerbeispiel: Zusätzlich kann es zu Schwangerschaftskomplikationen, aber auch zu Atemnot und verstärkter Schweißbildung kommen.

Stigma: Sozialer Bereich (Körperbild)

Kommentar

Schweißbildung als pathologische Eigenschaft beschrieben, obwohl schwitzen nicht pathologisch ist. In einem Atemzug mit Schwangerschaftskomplikationen und diversen anderen Stoffwechselerkrankungen beschrieben.-> Schweiß wird mit stinken verbunden -> daraus ergibt sich dass dicke stinken.

Obeldicks und Optimix

Reinehr, Dobe, Kersting: Abnehmen mit Obeldicks und Optimix (2010)

1) S135: Kapitel Folgen von Übergewicht

Ankerbeispiel: Das Selbstwertgefühl von Kindern Ihr Körperbild ist überwiegend negativ, oft mit Gefühlen von Verzweiflung, Trauer, Enttäuschung und Schamgefühlen verbunden. Die Erfahrungen mit der Umwelt (Spott, Hohn, Hänseleien, Misserfolge beim Sport sowie häufig Isolation von den Altersgenossen) vertiefen diese Gefühle.

Stigma: Sozialer Bereich (Umwelt; Gesellschaft; Familie/Freunde; Arbeitsbereich und Sozialer Entwicklungsbereich)

Psychologischer/Emotionaler Bereich (Individueller Charakterfehler; Leidensdruck)

Kommentar: Erfahrungen mit der Umwelt werden nur negativ dargestellt.

2) S136: Kapitel Folgen von Übergewicht

Zitat: Übergewichtige Kinder neigen dazu, ihren Körper zu verbergen, sie vermieden Situationen, in denen sie sich entkleiden müssen. Sie gehen nicht mehr zum Schwimmen, meiden Umkleidesituationen im Sportunterricht oder verstecken ihren Körper in weiter, sackartiger Kleidung.

Stigma: Psychologischer/Emotionaler Bereich (Selbstschutz; individueller Charakterfehler)

Körperlicher Bereich (Kleidung)

Kommentar: sehr definitiv beschrieben (nicht bei manchen sondern bei allen); sackige Kleidung

3) S.137: Kapitel Folgen von Übergewicht

Ankerbeispiel: Denn Alleinsein, Hänseleien, mangelndes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein können nicht nur zu einer psychischen Störung führen, sondern das Übergewicht auch noch weiter aufrechterhalten. Essen als lustbetonte Ersatzhandlung.

Stigma: Psychologischer/Emotionaler Bereich (Individueller Charakterfehler, Emotionales Essen)

Kommentar: sehr absolut dargestellt -> Relativieren

4) S.138: Kapitel Folgen von Übergewicht

Ankerbeispiel: Übergewichtige Menschen haben eine schlechtere Schul- und Berufsausbildung, bekommen weniger Geld für ihre Arbeit, sind bei der Arbeitsplatzsuche Vorurteilen ausgesetzt und werden nicht selten respektlos behandelt.

Stigma: Sozialer Bereich (Arbeitsbereich, Gesellschaft: Wertigkeit, Umwelt: Möglichkeiten, Reputation: soz. Status)

Fähigkeiten und Fertigkeiten Bereich (Möglichkeiten)

Kommentar: Es braucht eine sensiblere Sprache. Mit Studien hinterlegen.

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht noch von anderen Personen vorgelegt.“

Wien, am 19. Februar 2016

Konrad Baus