

Passion, Pathologie, Kultur – Deutung und Stigmatisierung von Übergewicht und Adipositas

JENS RIED

Let me have men about me that are fat;
Sleek-headed men, and such as sleep o' nights;
Yond Cassius has a lean and hungry look;
He thinks too much: such men are dangerous. ...
I do not know the man I should avoid
So soon as that spare Cassius.
Julius Caesar, Act I, Scene 2

Nicht erst seit den Zeiten Shakespeares wird die körperliche Erscheinung eines Menschen als Hinweis auf seine Charakterzüge und damit als Grundlage für die Erwartungen, die andere an die betreffende Person richten können, verstanden. Der von der Verschwörung seiner politischen Gegner bedrohte Caesar der Shakespeare'schen Tragödie erkennt – zu Recht – in dem hageren, weil asketisch lebenden, ehrgeizigen und intellektuellen Denker Cassius seinen erbittertsten Feind, während von wohlbeleibten Männern, die den Freuden des Lebens nicht abgeneigt sind, sich lieber mit Spiel und Musik als mit Philosophie und Literatur beschäftigen und daher kaum persönlichen und politischen Ehrgeiz entwickeln, keine Gefahr für ihn ausgeht.

Die stereotypisierende und wechselseitige Zuordnung von körperlichen und geistigen Eigenschaften und ihre Verbindung mit sozialen Erwartungen und Maßstäben der Ästhetik durchzieht in verschiedensten Variationen die Menschheitsgeschichte. Wie sich an künstlerischen Darstellungen aus den verschiedenen Epochen zeigen lässt, waren und sind

die prägenden körperlich-ästhetischen Ideale einem steten Wandel unterworfen und reichen, um nur einige wenige zu nennen, von der ausgesprochen korpulent gestalteten Venus von Willendorf über die athletischen Statuen der klassischen griechischen und römischen Antike und über die fast anorektisch wirkenden jungen Frauen in Renaissance-Portraits, die ihr Gegenstück in den bekannten Darstellungen korpulenterer Damen in den Gemälden von Rubens finden, bis hin zu den aktuell in den Medien ikonographisch inszenierten Protagonisten in der Welt der Models und der Mode. Das gegenwärtig leitende körperlich-ästhetische Ideal im westlichen Kulturraum ist geprägt von Schlankheit und Sportlichkeit, die mit einer Reihe positiv konnotierter persönlicher Eigenschaften assoziiert werden, z.B. Disziplin, Erfolg und Ansehen. Umgekehrt wird höheres Körpergewicht mit den korrespondierenden negativ evaluierten Charakterzügen Nachlässigkeit, Faulheit und Dummheit in Verbindung gebracht.

Solche Zuschreibungsprozesse, in denen ein persönliches Merkmal, das durch die unterschwellig mitlaufenden, informellen kulturellen und/oder ästhetischen Präferenzen in die eine oder die andere Richtung qualifiziert wird, mit bestimmten anderen persönlichen Eigenschaften, Fähigkeiten und Kompetenzen verknüpft wird, können als Stigmatisierung bezeichnet werden. Gewichtsbezogene Stigmatisierung ist, wie insbesondere aus US-amerikanischen Studien hinlänglich bekannt ist, ein gesellschaftlich verbreitetes (vgl. Puhl/Andreyeva/Brownell 2008) und sozial fest verankertes Phänomen (vgl. Hebl et al. 2008). Bereits Kinder in unteren Jahrgangsstufen zeigen stigmatisierende Einstellungen gegenüber gleichaltrigen Übergewichtigen und zeigen ihnen gegenüber ein stärkeres Meideverhalten als z.B. gegenüber körperbehinderten Kindern (vgl. Thiel et al. 2008).

Übergewicht wird ungeachtet seiner weiten Verbreitung als Abweichung von der geltenden Körper- und Schönheitsnorm der Schlankheit und Sportlichkeit gewertet und zudem – auch und gerade von Betroffenen – in einem moralisierenden Duktus, wenn nicht ausschließlich, dann zumindest hauptsächlich, als Resultat individuellen Fehlverhaltens verstanden. Wie dies auch z.B. für Tumorerkrankungen belegt ist, die durch Risikoverhaltensweisen begünstigt werden (vgl. Lebel/Devins 2008), wird die Tendenz zur Stigmatisierung durch die Annahme verstärkt, die Betroffenen seien gänzlich oder ausschließlich selbst für ihre körperliche Konsitution bzw. ihren Gesundheitszustand verantwortlich. Da Erfahrungen von gewichtsbezogener Stigmatisierung das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen im psychologischen und medizinischen Bereich erhöhen können (vgl. Libbey et al. 2008, Muennig 2008, Puhl/Moss-Racusin/Schwartz 2007), sind stigmatisierende Einstellungen im Allgemeinen und das Adipositasstigma im Speziellen nicht nur unter sozialwissenschaftlichen bzw. sozialpsychologischen (vgl. Major/O'Brien 2005) und evolutio-

nären Gesichtspunkten (vgl. Kurzban/Leary 2001) interessant, sondern auch gesundheitswissenschaftlich (vgl. Ried, in Revision), zumal sie auch die öffentliche Unterstützung von Präventionsmaßnahmen beeinflussen (vgl. MacLean et al. 2009, Hilbert/Rief/Brähler 2007).

Im Folgenden wird zunächst in das allgemeine Konzept »Stigma« eingeführt. Kapitel zwei skizziert Prävalenz, Epidemiologie und Folgen von Übergewicht und Adipositas als Hintergrund für die aktuelle politische, gesellschaftliche und mediale Aufmerksamkeit, die erhöhtes Körpergewicht erfährt. Im dritten Kapitel werden die drei Deutungsmuster »Passion«, »Pathologie« und »Kultur« im Hinblick auf die Ätiologie von Übergewicht und Adipositas sowie in Bezug auf die gewichtsbezogene Stigmatisierung entfaltet und dabei die Relevanz von Kausalitätsannahmen für die Wertung von Übergewicht und Adipositas dargestellt. Anschließend werden aktuelle Erkenntnisse zur Verbreitung gewichtsbezogener Stigmatisierung in Deutschland dargestellt. Eine knappe ethische Diskussion und ein Ausblick auf zukünftig relevante Forschungsfragen beschließen diesen Beitrag¹.

1. Was sind Stigmata? – Eine sozioethische Skizze

Stigmata sind über die Grenzen von Zeitaltern und Kulturen hinweg prävalente allgemein-menschliche Phänomene. Vom anthropologischen Standpunkt aus wirft die universelle Verbreitung von Stigmatisierungen die Frage auf, »why an inherent social species with a strong need for social acceptance should be so inclined to reject members of its own kind« (Kurzban/Leary 2001, 187). Diese insbesondere vor einem evolutionsbiologischen bzw. -psychologischen Hintergrund aufkommende Frage wird sich nur dann einer plausiblen Antwort zuführen lassen, wenn Stigmata in ihrer sozialen Funktionalität betrachtet werden. Genau diese Perspektive hat Erving Goffman in seinem Buch »Stigma. Notes on the management of Spoiled Identity« (Goffman 1968), das der Stigmaforschung bis heute wesentliche Impulse gibt, gewählt. Speziell für die konzeptionelle Frage, was unter »Stigma« zu verstehen sei, ist Goffman nach wie vor Ausgangspunkt der Überlegungen (vgl. Major/O'Brien 2005, Link/Phelan 2001).

1. Diese Arbeit wurde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung: FKZ 01GP0491 (ELSA-Nachwuchsforschergruppe »Psychosoziale, ethische und rechtliche Konsequenzen genetischer Befunde bei Adipositas«) und FKZ 01GI0824 (Projekt »Ethische und rechtliche Determinanten der Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen« im »Kompetenznetz Adipositas«).

Das Phänomen der Stigmatisierung definiert Goffman folgendermaßen: »[...] [A]n individual who might have been received easily in ordinary social intercourse possesses a trait that can obtrude itself upon attention and turn those of us whom he meets away from him, breaking the claim that his other attributes have on us.« (Goffman 1968, 15) Zwei Bemerkungen zu Goffmans Begriffsbestimmung sollen an dieser Stelle angefügt werden:

Goffman zufolge ist der primäre Ort von Stigmatisierungsprozessen, jedenfalls in sachlogischer Hinsicht, die *interindividuelle Kommunikation*. Im Fokus der Forschung stehen zwar zumeist stigmatisierte Gruppen; aber dies sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass solche Gruppen durch die Gemeinsamkeit des Merkmales, an das sich stigmatisierende Einstellungen anlagern, allererst konstituiert werden. Oder präziser: Am Grunde eines Stigmas liegt ein Kategorienfehler bzw. Fehlschluss insofern, als von einer im weitesten Sinne natürlichen Disposition auf persönliche und soziale Eigenschaften geschlossen wird. Individuen reproduzieren stigmatisierende Einstellungen, weil sie annehmen oder wissen, dass ein anderer – und die, die ihm in bestimmter Hinsicht ähnlich sind – sich nicht als »good dyadic cooperators« (Kurzban/Leary 2001, 195) qualifizieren. Die Definition Goffmans erinnert damit daran, dass durch den Prozess der Stigmatisierung eine sozial devaluierte Gruppe allererst als solche konstruiert wird. Da die Merkmale, an denen sich stigmatisierende Einstellungen orientieren, oftmals offensichtlich und auffällig sind und sich insofern »der Aufmerksamkeit aufdrängen«, erscheinen die betroffenen Gruppen von Individuen äußerlich als besonders homogen. Genau dieser Eindruck ist aber bereits Teil oder Ergebnis des Stigmatisierungsprozesses.

Aus einer ethischen Perspektive ist Goffmans Definition besonders gehaltvoll, weil sie das moralische Problem der Stigmatisierung auf den Punkt bringt. Die notwendige Anerkennung, die Menschen einander als Menschen schulden, wird durch ein Stigma in bestimmter Hinsicht unterlaufen. Zwar mag die Einschätzung Goffmans, »By definition, of course, we believe the person with a stigma is not quite human« (Goffman 1968, 15), nicht in allen und vielleicht nicht einmal in den meisten Fällen zutreffen. Sie bringt aber zumindest pointiert zum Ausdruck, dass stigmatisierende Einstellungen keine sozialen Trivialitäten darstellen, sondern interindividuelle und gesellschaftliche Kommunikation nachhaltig beeinflussen, ohne dass dies immer in seiner Schärfe bewusst wäre. Eine der Hauptaufgaben der Ethik ist es, die unterhalb der Oberfläche und hintergründig wirkenden Menschen- und Gesellschaftsbilder ans Licht zu bringen und auf ihre Konsistenz und ihre Konsequenzen hin zu befragen. Ein Stigma ist mehr als eine alltägliche Erfahrung von Abwertung oder Antipathie, für die Individuen in der Regel und bei Bedarf über ausreichende Coping-Ressourcen verfügen, sondern die Begegnung mit einem Menschenbild,

in das die betroffene Person nicht eingefügt werden kann und die daher an den Rand dessen gerät, was überhaupt als Humanum gilt. »Not quite human« zu sein, wird konkret erfahrbar, wenn grundlegende Anerkennungsansprüche, die jeder Mensch an seine Mitmenschen stellen kann, unbeachtet bleiben.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Phänomen der Stigmatisierung in der Nachfolge Goffmans konzentrierte sich zunächst auf die Merkmale (*traits*), an denen sich stigmatisierende Einstellungen festmachen, wie z.B. ethnische Herkunft und Geschlecht (vgl. Major/O'Brien 2005) oder psychische Erkrankungen (vgl. Hinshaw/Stier 2008); die gewichtsbezogene Stigmatisierung wird verstärkt seit den grundlegenden Arbeiten zu Beginn der 1990er Jahre erforscht (vgl. Crandall 1994). Mit der Fokussierung auf die *traits* geriet zunehmend das generelle Konzept »Stigma« aus dem Blick, so dass zurzeit unterschiedliche Disziplinen und Forschungszweige mit verschiedenen Verständnissen von »Stigma« arbeiten (vgl. Link/Phelan 2001, Major/O'Brien 2005), was nicht zuletzt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigt. Da es keinen Konsens über die Semantik von »Stigma« gibt, wird es auch nicht in ausreichendem Maße von verwandten Konzepten wie z.B. »Diskriminierung« abgegrenzt.² Die Konzentration auf die *traits* zog zudem eine Präferenz für eine individualisierende Perspektive nach sich, bei der die stigmatisierten Personen im Zentrum der Aufmerksamkeit standen, nicht aber ihre Gegenüber (also die stigmatisierenden Personen) und die Prozesse der Stigmatisierung. Bereits Goffman hatte allerdings festgehalten, dass »a language of relationships, not attributes, is really needed« (Goffman 1968, 13), um das Phänomen der Stigmatisierung angemessen zu beschreiben.

In diesem Sinne hat sich in der neueren Forschung ein eher sozialstruktureller Ansatz neben dem traditionellen durchgesetzt, der mit der Erkenntnis Ernst macht: »[S]tigma does not reside in the person but in a social context.« (Major/O'Brien 2005, 395) Stigmata sind demzufolge als soziale Konstruktionen zu verstehen, in denen anderen Personen bestimmte negativ gewertete Eigenschaften zugeschrieben werden. Link und Phelan positionieren sich noch konkreter: »[...] [S]tigmatization is entirely contingent on access to social, economic, and political power [...]. Thus, we apply the term stigma when elements of labeling, stereotyping, separation,

2. Der Unterschied zwischen Stigmatisierung und Diskriminierung lässt sich grob so fassen, dass Stigmatisierung bestimmte Einstellungen und Denkweisen umfasst, die latent sein können und zumeist auch latent sein werden, während Diskriminierung immer mit einer bestimmten Handlungsweise verbunden, insofern offen und objektivierbar ist und daher auch – anders als Stigmatisierung – Gegenstand gesetzlicher Regelungen sein kann.

status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows the components of stigma to unfold.« (Link/Phelan 2001, 367) Träfe dies zu, wären Stigmata grundsätzlich geprägt von Asymmetrien der Macht, d.h. es müsste sich zeigen lassen, dass und wie die sozialen Konstruktionen sich mit dem Potential verbinden, eine bestimmte Zuschreibung als gesellschaftlich verbindlich durchzusetzen.

Stigmata verlaufen zwar häufig entlang sozialer, ökonomischer oder politischer Machtgefälle, aber ganz offensichtlich ist ebenso das Umgekehrte der Fall. Um zwei (immer wieder) aktuelle Beispiele zu benennen: Viele Menschen begegnen Personen, die politische Verantwortung tragen oder Personen, die als Führungskräfte in Unternehmen und Banken ökonomische Macht haben, häufig mit Skepsis, die auf den Vorurteilen beruht, solche Personen seien egozentrisch, rücksichtslos etc. Auch hier wird ein bestimmtes *trait* – in diesem Falle, einer bestimmten Berufsgruppe anzugehören – als Indikator für ein pauschales negatives Urteil verwendet. Ähnliches ließe sich sowohl in historischer Perspektive als auch für die Gegenwart für eine ganze Reihe von Berufen, Lebensweisen und Wertvorstellungen zeigen. Dies sind deutliche Hinweise darauf, dass Stigmata an sich auch ganz unabhängig von tatsächlichen formalen Machtverhältnissen sein können und eher die informelle, konventionelle und normative Hoheit über die Definition von Normalität und Devianz und damit auch über die Abgrenzung des Guten und Idealen vom Schlechten und Verfallenen reflektieren. Diese Definitionshoheit kann am besten als eine Form »kultureller Macht« bezeichnet und verstanden werden (vgl. Ried, in Revision) und konkretisiert sich u.a. in den ästhetischen Idealen, die sich zu einer bestimmten Zeit in einem bestimmten gesellschaftlichen Umfeld durchsetzen. Dazu zählt auch die gegenwärtig aus ästhetischen, aber auch zum Teil medizinischen Gründen sozial bevorzugte Schlankheit.

2. Prävalenz, Epidemiologie und Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas sind körperliche Konstitutionen, die auf Grund ihrer sowohl medizinischen als auch ökonomischen Konsequenzen in jüngerer Zeit zunehmende wissenschaftliche, politische und mediale Aufmerksamkeit erfahren. Während in der Medizin bereits in den Zeiten des Hippokrates die Erkenntnis verankert war, dass erhöhtes Körpergewicht ein Vorläufer – moderner ausgedrückt: ein Risikofaktor – verschiedener Erkrankungen ist, hat doch erst die seit wenigen Dekaden deutlich zunehmende Prävalenz, vor allem in den Bevölkerungen der entwickelten Nationen und der Schwellenländer, parallel zu einem Wandel der kultu-

rellen Deutung des Übergewichtes zu einer stärkeren Wahrnehmung des Phänomens und seiner medizinischen, aber auch sozialen Aspekte geführt.

Adipositas wird allgemein definiert als »eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts« (DAG 2007, 6) und wird nach dem von der WHO vorgeschlagenen Standarddiagnoseinstrument mit dem sog. Body-Mass-Index (BMI: Quotient aus Körpergewicht und dem Quadrat der Körpergröße; kg/m^2) gemessen.³ Die WHO-Gewichtsklassifikation ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation nach WHO-Standard

Klassifikation des Körpergewichts	Body-Mass-Index (BMI)	Bsp. für eine Körpergröße von 1,75m
Normalgewicht	18,5 – 24,9 kg/m^2	56,7 – 76,5 kg
Übergewicht	25,0 – 29,9 kg/m^2	76,6 – 91,8 kg
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9 kg/m^2	91,9 – 107,1 kg
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9 kg/m^2	107,2 – 122,4 kg
Adipositas Grad III	$\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$	$\geq 122,5 \text{ kg}$

Die Punktprävalenz der Adipositas liegt für das Jahr 2006 nach den Ergebnissen der zweiten Nationalen Verzehrsstudie in Deutschland bei 20,5 Prozent der Männer und 21,1 Prozent der Frauen (BMI ab 30,0 kg/m^2). Die Prävalenz des Übergewichts (BMI 25,0-29,9 kg/m^2) liegt in der männlichen erwachsenen Bevölkerung bei 45,5 Prozent, in der weiblichen bei 29,5 Prozent (vgl. Max Rubner-Institut 2008). Bei den Kindern und Jugendlichen zwischen drei und 17 Jahren sind nach den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 6,3 Prozent adipös und 8,7 Prozent übergewichtig (vgl. Kurth/Schaffrath-Rosario 2007). Nach Einschätzung der WHO hat Übergewicht mittlerweile, weltweit betrachtet, die traditionellen Aktionsfelder von Public Health wie Unterernährung und Infektionskrankheiten überholt (vgl. WHO 2000).

Übergewicht und Adipositas sind mit einem erhöhten Risiko für eine ganze Reihe von Folgeerkrankungen assoziiert, darunter Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, bestimmte Tumorerkrankungen (z.B. Kolon) und Krankheiten des Bewegungsapparates, insbesondere der Gelenke, sowie

3. Der BMI ist sehr einfach zu kalkulieren und wird deshalb allgemein angewandt; zugleich ist er aber auch der Kritik ausgesetzt, weil er z.B. nicht hinsichtlich des Fett- bzw. Muskelanteils am Körpergewicht differenziert. Andere Methoden zur Bestimmung des Gewichtsstatus wie die Messung der Hautfaltenstärke sind allerdings aufwändiger und können von den Betroffenen in der Regel nicht selbst durchgeführt werden.

Demenz (vgl. Prospective Studies Collaboration 2009, Haslam/James 2005). Neben diesen drohenden Beeinträchtigungen der Gesundheit, die als solche schon hinreichend Grund für Maßnahmen zur Reduktion von Inzidenz und Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sind, spielen gesundheitspolitisch auch wirtschaftliche Überlegungen eine entscheidende Rolle. Denn angesichts der weiten Verbreitung von Übergewicht und Adipositas ist eine weitere Steigerung der direkten (Aufwendungen für medizinische Leistungen) und indirekten Kosten (Produktivitätsausfall) zu erwarten, die das ohnehin chronisch unterfinanzierte Gesundheitssystem schwer belasten und zu einer Verschärfung der Frage nach der gerechten Verteilung der prinzipiell begrenzten Gesundheitsleistungen führen würde (vgl. Dabrock/Ried 2009).

3. Deutungsmuster zur Kausalität von Übergewicht und Adipositas

Eine zentrale Rolle innerhalb von Stigmatisierungsprozessen, denen sich adipöse Menschen in den verschiedensten Lebensbereichen, u.a. im Gesundheitssystem und im Bildungswesen, ausgesetzt sehen (vgl. Puhl/Heuer 2009, Puhl/Brownell 2001), spielen Annahmen zur Kausalität der Adipositas. Analog zu den drei ätiologischen Feldern – Verhalten, Physiologie und Umwelt –, die die Entstehung von Adipositas erklären können (vgl. Ried 2006), haben sich drei Deutungsformen etabliert, die in unterschiedlichen Variationen und Kombinationen den wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs bestimmen. Wenn hier von Deutungsmustern die Rede ist, so soll damit darauf verwiesen werden, dass die Annahmen zur Kausalität starken Übergewichts auch als hermeneutischer Schlüssel für die Zuweisung von (medizinischer, politischer, sozialer, moralischer) Verantwortung dient. Zwar reflektieren die Deutungsmuster auch medizinisch-naturwissenschaftliche Erklärungsansätze. Aber die Aufklärung der Verursachungsverantwortung bei einem komplexen Phänomen wie Adipositas ist nicht identisch mit der Bestimmung der Veränderungsverantwortung (vgl. Ried et al., i.E.). Die drei Interpretationsschemata, die im Folgenden dargestellt werden, zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Kausalität mit Aussagen zu Konsequenzen (vor allem hinsichtlich der Prävention) verknüpfen. Diese Deutungsmuster bezeichne ich typisierend mit den Begriffen ›Passion‹, ›Pathologie‹ und ›Kultur‹.

Das erste Deutungsmuster (*Passion*) benennt als wesentliche Ursache des Übergewichtes das individuell unzureichend kontrollierte Ess- und Bewegungsverhalten. Bereits Aristoteles hatte einen Defekt des natürlichen Bedürfnisses nach und Gefühls von Sättigung, das in einen übermäßi-

gen Verzehr von Nahrungsmitteln resultiert, als Ursache für ein erhöhtes Körpergewicht identifiziert (vgl. Aristoteles *Eth Nik*, 1118b). Diesen Mangel deutete Aristoteles in moralischen Kategorien als eine Verletzung des Gebotes der Mäßigung und des Maßhaltens und interpretierte Übergewicht damit im Horizont und als Ergebnis eines individuellen Charakterfehlers: als Passion im Sinne einer Leidenschaft für den Genuss, die aber zugleich zu einem psycho-somatischen Leiden führt bzw. ein solches reflektiert. Sowohl die Zunahme an Körpergewicht als auch dessen Reduktion werden im Bereich der individuellen Verantwortlichkeit angesiedelt. Als Maßnahmen zur Prävention und zur Therapie kommen daher besonders behaviorale Ansätze in Frage, die darauf abzielen, das Ernährungs- und Aktivitätsverhalten des Einzelnen unmittelbar zu modifizieren.

Für die beiden anderen Deutungsmuster ist das individuelle Verhalten ebenfalls zentral, allerdings wird es hier ganz oder teilweise aus dem Bereich der individuellen Verantwortlichkeit gelöst. Das zweite Deutungsmuster (*Pathologie*) ordnet deutlich erhöhtes Körpergewicht in einen biologisch-medizinischen Rahmen ein, in dem entweder das Ess- und Bewegungsverhalten und/oder Adipositas selbst als Krankheit oder beides getrennt oder zusammen als Krankheitssymptom oder Folge von Krankheit in Erscheinung treten. Eine der ersten Kategorie entsprechende Auffassung reflektiert die immer noch gebräuchliche, aber sachlich problematische Bezeichnung *Fettsucht*, mit der analog zu anderen Suchterkrankungen eine Pathologie des Willens als ursächlich für Adipositas impliziert wird.⁴ Nicht der Mangel an Kontrolle, sondern ein medizinisch-psychologisch zu konzeptualisierender Mangel an Kontrollierbarkeit wird als Primärursache verstanden. In die zweite Kategorie gehören vor allem die Fälle, in denen erhöhtes Körpergewicht Begleitsymptom von bestimmten Erkrankungen, z.B. Hypothyreose (Unterfunktion der Schilddrüse), Cushing-Syndrom und Prader-Willi-Syndrom, ist oder durch die Einnahme von Pharmazeutika induziert wird. Mit diesem Deutungsschema können auch die in den

4. Sachlich problematisch ist diese Bezeichnung insofern, als bei adipösen Personen keine spezifische Substanzabhängigkeit von Lipiden oder gar ein Abusus vorliegt, wie dies etwa bei THC- oder Opiat-Abhängigkeit oder Alkoholmissbrauch der Fall ist. Adipositas kann auch nicht im Kontext einer Verhaltenssucht, z.B. analog zum pathologischen Spielen, aufgefasst werden. Zwar ist mit der Binge Eating-Störung ein durch Essanfälle mit gleichzeitigem Kontrollverlust über das Essen geprägtes Phänomen bekannt, das grob einem Suchtverhalten parallelisiert werden könnte und häufig zu deutlichem Übergewicht führt. Aber auch hier ist durchaus umstritten, ob und inwieweit darin suchtanaloges Verhalten gesehen werden kann; überdies leidet nur eine Minderheit der adipösen Menschen an einer Binge Eating-Störung.

letzten Jahren und Jahrzehnten verstärkt beforchten genetischen Komponenten der Gewichtsregulation erfasst werden (vgl. O’Rahilly/Farooqi 2008, Hebebrand 2008). Die Genetik zeichnet Adipositas dabei eindeutig als ein polygenes Phänomen. Zwar sind auch monogenetische Formen von Adipositas mit hoher Penetranz sowie klinisch relevante Hauptgeneffekte bekannt, aber die neusten Ergebnisse der genetischen Forschung zeigen ganz klar, dass in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle akkumulierende Klein- und Kleinsteffekte die Ausbildung starken Übergewichts begünstigen (vgl. Hebebrand 2008, Bell/Walley/Froguel 2005). Damit hebt die Adipositasgenetik hervor, dass deutlich erhöhtes Körpergewicht keinesfalls genetisches Schicksal ist, und unterstreicht Möglichkeit und Notwendigkeit von Interventionen, die die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten zu verändern geeignet sind; dies gilt insbesondere sowohl für präventive als auch für im weitesten Sinne verhaltenstherapeutische Ansätze. Dessen ungeachtet sind medizinische Maßnahmen bis hin zu chirurgischen Eingriffen in besonders schweren Fällen und bei Versagen anderer Methoden angezeigt, wenn die Betroffenen davon gesundheitlich profitieren können.

Das dritte Deutungsmuster (*Kultur*) lenkt die Aufmerksamkeit auf Kausalitäten, die gänzlich außerhalb des Individuums liegen. Es ist unstrittig, dass Übergewicht und Adipositas ihre biologisch-physiologische Ursache in einer langfristigen positiven Energiebilanz haben, wobei bei den meisten Individuen eher ein kleiner, aber kontinuierlicher Überschuss der Energieaufnahme im Vergleich zum Energieverbrauch ursächlich für das erhöhte Körpergewicht sein dürfte als eine deutlich erhöhte Kalorienaufnahme innerhalb kürzerer Zeiträume. Das Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch steht aber nicht nur in Zusammenhang mit dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten und genetisch-physiologischen Prädispositionen, sondern auch mit verschiedensten Wandlungen in der sozialen, technischen und ökonomischen Umwelt (*obesogenic environment* bzw. »obesogene Kultur«³) sowie Veränderungen in den Ernährungsgewohnheiten und der Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln (*nutrition transition*). Diese Faktoren resultieren einerseits in einer gemessen am Bedarf überhöhten Kalorienzufuhr und andererseits in re-

5. Es ist meines Erachtens angemessener und sinnvoller, statt von einer »obesogenen Umwelt« von einer »obesogenen Kultur« zu sprechen, um deutlich zu machen, dass 1. die gesellschaftlichen, technischen und ökonomischen Faktoren, die Übergewicht und Adipositas begünstigen, größtenteils positiv zu wertende zivilisatorische Leistungen sind, also letztlich auf menschliches Handeln zurückgeführt werden können (vgl. Ried 2006, bes. 102), und daher 2. diese Faktoren auch Interventionen und Veränderungen zugänglich sind.

duzierter körperlicher Aktivität und damit in einem im Vergleich zu früheren Zeiten gesunkenen Kalorienverbrauch (vgl. James 2007). Auf einen Begriff gebracht: Die hohe Prävalenz von Adipositas ist ein Epiphänomen gesellschaftlicher Entwicklungen (vgl. Müller/Danielzik 2007).

In diesem Zusammenhang ist auch der soziale Gradient bei der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas von Bedeutung. Werden die Angaben zur Prävalenz nach sozio-ökonomischen Markern ausdifferenziert, zeigt sich, dass untere Bildungs- und Einkommensschichten häufiger von stark erhöhtem Körpergewicht betroffen sind als andere. Die Ursachen dafür liegen einigermaßen im Dunkeln. Ein Verweis auf die Lebensmittelpreise ist jedenfalls für Deutschland sicher zu kurz gegriffen, denn die Zutaten für eine ausgewogene und zugleich sättigende Ernährungsweise sind auf Grund des allgemein niedrigen Niveaus der Nahrungsmittelpreise auch für Haushalte mit niedrigerem Einkommen erschwinglich. Entscheidender sind wohl Tendenzen zum Verzehr von mehr vorgefertigten Mahlzeiten und zu vermehrtem Essen außer Haus sowie schichtspezifische Unterschiede im Hinblick auf die physische Aktivität. In jedem Falle erfordern die hier wirksamen Mechanismen intensivere Forschung, nicht zuletzt auch, um Strategien für die Prävention entwickeln zu können, die spezifisch genug sind, um alle Bevölkerungsgruppierungen effektiv erreichen zu können. Dazu wird sicherlich auch gehören, in die Lebenswelten politisch zu intervenieren und die Umfeld- bzw. Umweltbedingungen zu modifizieren.

Tabelle 2 fasst die Deutungsmuster, die jeweils angenommene Primärursache und die assoziierten Konsequenzen zusammen.

Tabelle 2: Deutungsmuster der Kausalitäten bei Übergewicht und Adipositas

Deutungs- muster	angenommene Primärursache	zugehörige Domäne	Konsequenz
Passion	Verhalten	Lebensführung	eigenverantwortliche Lebensstilmodifikation
Pathologie	Krankheit/ genetische Prädisposition	Medizin/ Public Health	Prävention und Therapie (im Spannungsfeld von Eigenverantwortung und Solidarität)
Kultur	Umwelt	Gesellschaft	politische Intervention

Alle Ergebnisse der Adipositasforschung weisen unzweifelhaft daraufhin, dass jedes dieser Deutungsmuster angemessene Berücksichtigung finden muss, um sowohl die Ätiologie von Übergewicht und Adipositas zu erklären⁶ als auch potentiell effektive Präventionsstrategien zu entwickeln. Die

6. Die epidemischen Ausmaße von Übergewicht und Adipositas (vgl. WHO

Schwierigkeit besteht allerdings darin, in unterschiedlichen Settings die jeweils Erfolg versprechendste Mischung zu konzeptionieren und zu realisieren. Eine Verbreiterung des ernährungsspezifischen Wissens und klarere Verbraucherinformationen sind gängige, gegenwärtig häufig debattierte und unter den Vorzeichen aller drei Deutungsmuster auch wesentliche Maßnahmen, die aber für sich genommen nicht hinreichend sind, sondern von weiteren Ansätzen flankiert werden müssen.

4. Stigmatisierung von Übergewicht und Adipositas in Deutschland

Während die Stigmatisierung von übergewichtigen und adipösen Menschen vor allem in den Vereinigten Staaten zunehmend wissenschaftliches Interesse findet, liegen für die Bundesrepublik derzeit nur wenige Studien zur Prävalenz und zur Phänomenologie stigmatisierender Einstellungen vor. Die Ergebnisse, die die Forschung zum Adipositasstigma in Deutschland bislang erzielen konnte und in Zukunft möglicherweise erbringen wird, sind insbesondere für das Gesundheitswesen und die Prävention von Bedeutung und könnten zu einer Verbesserung der präventions-, sozial- und allgemeinmedizinischen Versorgung beitragen. In diesem Abschnitt sollen daher die Erkenntnisse zur Verbreitung des Adipositasstigmas, zu seinem Zusammenhang mit Kausalannahmen zur Entstehung von Übergewicht sowie zur Rolle der Medien vorgestellt und diskutiert werden.⁷

2000) lassen sich zwar sicher nicht auf genetische Faktoren zurückführen, sondern eher auf die beschriebenen kulturellen Faktoren. Aber für die Erklärung der interindividuellen Varianz innerhalb einer sozialen oder kulturellen Gemeinschaft, die unter vergleichbaren Bedingungen lebt, werden genetische Faktoren relevant sein. Es kann angenommen werden, dass in der von wiederkehrenden Knappheitsperioden geprägten biologischen Evolution der menschlichen Spezies solche Genotypen Selektionsvorteile erbrachten, die zu einer schnellen Speicherung von Energie und einem sparsamen Verbrauch prädisponierten (sog. *thrifty genotype*). Diese genetische Ausstattung des Menschen wandelt sich unter den stark veränderten Umweltbedingungen zu einem Nachteil (vgl. Ried 2008).

7. Die in diesem Kapitel angestellten Überlegungen basieren zu einem großen Teil auf empirischen Arbeiten aus der Nachwuchsforscherguppe »Psycho-soziale, ethische und rechtliche Konsequenzen genetischer Befunde bei Adipositas« an der Philipps-Universität Marburg. Weitere Angaben zu Methoden und Ergebnissen können folgenden Publikationen entnommen werden: Hilbert/Rief/Brähler 2007; Hilbert/Rief/Brähler 2008; Hilbert/Ried/Rief/Brähler 2008; Hilbert/Ried 2009.

Zur Verbreitung stigmatisierender Einstellungen gegenüber adipösen Menschen in der deutschen Bevölkerung liegt eine repräsentative Untersuchung vor (vgl. Hilbert/Rief/Brähler 2008), derzufolge 23,5 Prozent der über 14-Jährigen eindeutig stigmatisierende Einstellungen teilen, 21,5 Prozent dagegen solche Auffassungen explizit ablehnen. Für die Interpretation der Daten ist die mittlere und zugleich größte Gruppe von Personen besonders interessant: 55,0 Prozent der Befragten stimmten stigmatisierenden Auffassungen weder ausdrücklich zu, noch lehnten sie diese dezidiert ab. Diese Unentschiedenheit könnte vor dem Hintergrund des *justification-suppression-models* (vgl. Crandall/Eshleman 2003) gedeutet werden. Dieser Theorie zufolge sind stigmatisierende Einstellungen zunächst latent und können dann in die offene soziale Kommunikation eingespeist werden, wenn dies in bestimmten Situationen nicht sozial sanktioniert ist und als akzeptabel erscheint. Das Bestreben, ein positives Selbstbild zu zeichnen, und die angenommene soziale Erwünschtheit hätten dann dazu geführt, dass viele der Befragten explizit eine unentschiedene Haltung einnahmen, während sie implizit die stigmatisierenden Einstellungen teilen. Das Adipositasstigma weist allerdings eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz auf, was sich auch daran ablesen lässt, dass fast ein Viertel der Befragten unumwunden stigmatisierende Einstellungen geäußert hat. Die Rolle des positiven Selbstbildes und der sozialen Erwünschtheit darf daher auch nicht überbewertet werden.

Die plausibelste Deutung der Resultate des Surveys ist wahrscheinlich, die große Zahl an Unentschiedenen multikausal zu interpretieren: Die Stigmatisierung adipöser Menschen ist kein Phänomen, das bislang große öffentliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen hätte, so dass viele sich vermutlich noch keine feste Meinung dazu gebildet haben; außerdem dürfte die Mehrzahl der Erwachsenen sich in der einen oder anderen Weise schon einmal mit Fragen, die das eigene Körpergewicht betreffen, beschäftigt und dabei ambivalente Erfahrungen gesammelt haben, die einerseits die Möglichkeiten betreffen, (kurzfristig) Gewicht zu reduzieren und andererseits die Schwierigkeiten, das einmal erreichte niedrigere Gewicht (langfristig) zu halten. Wer nicht auf solche persönlichen Erfahrungswerte zurückgreifen kann, wird möglicherweise Menschen kennen, die über ähnliche Erfahrungen verfügen und/oder über die mediale Berichterstattung von solchen Erfahrungen Kenntnis bekommen haben. Die große Gruppe der Unentschiedenen dürfte daher sowohl Personen umfassen, die latente stigmatisierende Einstellungen haben, als auch Menschen, die aus anderen Gründen keine eindeutige Position beziehen können oder wollen.

Ziel des beschriebenen Surveys war es auch, den Zusammenhang zwischen stigmatisierenden Einstellungen und, erstens, der Einschätzung der Adipositas als Krankheit sowie, zweitens, Kausalannahmen zur Ent-

stehung von Übergewicht zu identifizieren. Fast die Hälfte aller Befragten (48,0 Prozent) gab an, dass Adipositas eine Krankheit sei, während 30,0 Prozent dies verneinten und 22,0 Prozent keine Angaben dazu machten. Als Ursachen für erhöhtes Körpergewicht wurden hauptsächlich Verhaltensfaktoren benannt (85,4 Prozent); erst mit deutlichem Abstand folgen genetische (34,9 Prozent) und ökologische Faktoren (22,3 Prozent; Mehrfachnennungen waren möglich). Als primärer Verhaltensfaktor, der eine Zunahme an Gewicht bedingt, wurde von 95,7 Prozent mangelnde physische Aktivität benannt; auf falsche bzw. unausgewogene Ernährung rekurrierten 81,4 Prozent der Befragten (Mehrfachnennungen waren möglich).

Stigmatisierende Einstellungen waren insgesamt mit einer stärkeren Befürwortung von Prävention assoziiert. Für die Lösung des »Adipositasproblems« sahen 38,3 Prozent allein das Individuum, 10,0 Prozent allein die Gesellschaft und die Mehrheit der Befragten (51,8 Prozent) beide zugleich in der Verantwortung. Kausalattributionen auf das individuelle Verhalten standen in Zusammenhang mit einem hohen Maß an Stigmatisierung, während die Auffassung, Adipositas sei eine Krankheit und Kausalattributionen auf genetische Faktoren mit einem geringeren Stigmatisierungsgrad assoziiert waren. Diese Ergebnisse unterstreichen den Zusammenhang von Stigmatisierung und Kausalannahmen und weisen darauf hin, dass destigmatisierende Maßnahmen ganz wesentlich Annahmen zur Kausalität von Übergewicht und Adipositas verändern müssen. Allerdings ist an dieser Stelle auch Vorsicht geboten: Eine in Marburg durchgeführte Studie konnte zwar zeigen, dass jedenfalls adipöse Patienten durch genetisches Wissen ihre Kausalannahmen modifizierten und dadurch in psychologischer Hinsicht profitierten (vgl. Rief et al. 2007). Da sich an genetische Veranlagungen und teilweise auch an Krankheiten aber ebenfalls stigmatisierende Einstellungen anlagern können, ist denkbar, dass sich an dieser Stelle eine »Stigmatisierungskreuzung« (Dabrock 2006) zeigt, bei der eine Form der Stigmatisierung partiell durch eine andere ersetzt wird.

Bei der Entstehung, Verbreitung und Aufrechterhaltung stigmatisierender Einstellungen zu Übergewicht und Adipositas dürften die Medien bzw. die mediale Darstellung übergewichtiger und adipöser Personen sowie die Berichterstattung über gewichtsbezogene Themen mitwirken (vgl. Latner/Rosewall/Simmonds 2007, Geier/Schwartz/Brownell 2003). Insbesondere die mediale Förderung des Schlankkeitsideals könnte sowohl zu einem negativen Bild adipöser Menschen in der Öffentlichkeit als auch zu einem negativen Selbstbild der Betroffenen beitragen (vgl. Boyce 2007). Zudem könnte eine unsachliche oder unklare Berichterstattung über die Adipositas, insbesondere vor dem Hintergrund eines defizitären Informationsstandes zur Adipositas in der Bevölkerung (vgl. Hilbert/Rief/Brähler 2008), unzutreffende Vorstellungen, z.B. über die Kontrollierbarkeit des

Körpergewichtes, fördern. Solche Vorstellungen könnten wiederum Grundlage für stigmatisierende Einstellungen sein (vgl. Kim/Willis 2007).

Die mediale Darstellung der Adipositas bzw. adipöser Menschen ist bislang vor allem in Bezug auf TV-Programme und mit Fokus auf stark übergewichtige Frauen untersucht worden (vgl. Harper/Tiggemann 2008, Himes/Thompson 2007). Dabei konnte gezeigt werden, dass verschiedene TV-Formate, z.B. sog. SitComs und andere, primär der Unterhaltung dienende Programme, negative Stereotypen reproduzieren. Zum Einfluss von Printmedien auf stigmatisierende Einstellungen gegenüber adipösen Menschen liegen dagegen kaum Studien vor (vgl. Kim/Willis 2007). Bislang konnten zumindest Hinweise darauf gefunden werden, dass bestimmte Formen von Anzeigenwerbung für Diäten negative Annahmen über adipöse Menschen unterstützen, u.a. indem sie die Einschätzung der Kontrollierbarkeit des Körpergewichts beeinflussen (vgl. Geier/Schwartz/Brownell 2003). Zudem konnte der zeitliche Umfang, in dem 10- bis 13-jährige bestimmte Zeitschriften bzw. Magazine lesen, mit dem Maß der Devaluation von übergewichtigen Gleichaltrigen assoziiert werden (vgl. Latner/Rosewall/Simmonds 2007).

Unklar ist bislang, welchen Einfluss die in der Bevölkerung am weitesten verbreiteten Printmedien, die Tageszeitungen, auf stigmatisierende Einstellungen haben und wie dort über die Adipositas berichtet wird. Tageszeitungen werden im Gegensatz zum Fernsehen und zu Magazinen primär als Informations- und nicht als Unterhaltungsmedien genutzt. Da ihnen ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit zugeschrieben wird, kommt ihnen besondere Bedeutung für die öffentliche Wahrnehmung der Adipositas zu. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung zur Berichterstattung über die Adipositas und zur Darstellung adipöser Menschen in täglich erscheinenden überregionalen, regionalen und Boulevard-Blättern (vgl. Hilbert/Ried 2009), hat zu dem sicher nicht erwarteten Ergebnis geführt, dass nicht nur die Boulevardpresse, sondern auch die bundesweit erscheinenden, häufig als »Qualitätszeitungen« bezeichneten Blätter Verbesserungsbedarf bei der Darstellung adipositasspezifischer Themen haben.

Überregionale Tageszeitungen sind aufgrund der Zuschreibung, besonders glaubwürdig zu sein, ideale Vermittler von Wissen, das geeignet ist, Kausalannahmen zu Übergewicht und Adipositas zu verändern. Jede öffentliche Kampagne zur Prävention, die zugleich sensibel für das Stigmatisierungsproblem sein will, wird daher bemüht sein müssen, verschiedene Medien, insbesondere aber Zeitungen und Zeitschriften, für sachlich adäquate Berichterstattung zu gewinnen.

5. Haben Stigmata ein positives Potential? – Ein ethisches Streitgespräch

Zumeist wird vorausgesetzt, dass Stigmata vom moralischen Standpunkt aus zu kritisieren sind und daher eine Reduktion jedweder Form von Stigmatisierung zumindest empfehlenswert, wenn nicht geboten ist. Allerdings ist, vom ethischen Standpunkt aus betrachtet, eine solche Auffassung nur vor einem deontologischen, primär auf die Güte einer Handlung und nicht ihrer Konsequenzen konzentrierten Hintergrund unmittelbar einleuchtend. Auf der Grundlage einer utilitaristischen, am erreichbaren Nutzen als höchstem Wert orientierten Ethik ist dagegen auch die gegenteilige Auffassung möglich und soll in diesem Abschnitt mit Blick auf gewichtsbezogene Stigmatisierung diskutiert werden.

Der britische Philosoph Richard Arneson (Arneson 2007) geht in seiner vornehmlich, aber nicht ausschließlich rechtssystematisch und -psychologisch bzw. kriminologisch ausgerichteten Untersuchung davon aus, dass Stigmata als solche moralisch neutral sind. Aus seiner utilitaristischen Perspektive erscheinen Stigmatisierungen als mögliche Instrumente für die Verfolgung bestimmter sozialer, politischer oder gesundheitlicher Zwecke. Für die ethische Bewertung der Stigmata wäre damit allein entscheidend, welche Ziele jeweils mit ihnen verfolgt und erreicht werden können.

Im Hinblick auf die Adipositasprävention könnte sich aus diesen Überlegungen die Schlussfolgerung ergeben, sich des weit verbreiteten Adipositasstigmatas als »powerful motivator« zu bedienen. Denn es wäre, in den Worten Arnesons gesprochen, angesichts der erheblichen medizinischen und ökonomischen Konsequenzen der Adipositas geradezu fahrlässig, die unstrittig dringend erforderliche Prävention »with one hand tied behind its back by eschewing the use of powerful human motivations« (Arneson 2007, 33) zu konzeptionieren.

Gegen eine solche Position ließe sich einwenden, das relativ weit verbreitete und in der Gesellschaft fest verankerte Adipositasstigma habe den teilweise rasanten Anstieg der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in den vergangenen Jahren nicht verhindern können und sei somit offenkundig kein effektives Mittel zur Reduktion der Verbreitung erhöhten Körpergewichtes. Allerdings könnte dem entgegengehalten werden: Die bisher durchgeführten, vor allem bildungs- und kompetenzorientierten Präventionsmaßnahmen waren ineffektiv und haben sich der vorhandenen Stigmatisierung nicht explizit bedient. Zudem scheint, wie oben dargestellt, bei einer großen Zahl von Menschen das Adipositasstigma latent zu sein und müsste folglich erst aktiviert werden. Möglicherweise ist der Grad an Stigmatisierung auch noch nicht hoch genug, um dauerhafte Verhaltensänderungen bei einer größeren Zahl von Menschen zu erreichen.

Außerdem müsste Adipositas eventuell stärker mit konkreten Nachteilen verbunden sein, z.B. höheren Beiträgen zur Krankenkasse, um ausreichend Motivation zu erzeugen.

Die wirkungsvollste Argumentation gegen eine Verwendung von Stigmatisierungen als Mittel der Gesundheitsförderung muss das utilitaristische Anliegen aufnehmen und unter seinen eigenen Voraussetzungen widerlegen. Dafür sind die negativen gesundheitlichen Konsequenzen, die mit Stigmatisierungserfahrungen verbunden sind (vgl. Libbey et al. 2008, Muennig 2008, Puhl/Moss-Racusin/Schwartz 2007), von entscheidender Bedeutung. Denn selbst wenn Stigmatisierungen in irgendeiner Weise positive Effekte auf die Bevölkerungsgesundheit erzielen könnten, wäre erst noch nachzuweisen, dass damit nicht größerer Schaden verursacht wird. Einen solchen Nachweis im Hinblick auf die Adipositas zu führen, ist aber angesichts der immensen potentiellen Negativeffekte auch von einem utilitaristischen Standpunkt aus ethisch bedenklich. Die Idee einer Nutzung der gewichtsbezogenen Stigmatisierung als Mittel der Gesundheitsförderung kann daher aus ethischen, psychologischen, medizinischen und politisch-pragmatischen Gründen zu den Akten gelegt werden.

6. Perspektiven für die zukünftige Forschung

Gewichtsbezogene Stigmatisierung ist insgesamt und besonders in Deutschland ein noch ausbaufähiges und ausbaubedürftiges Forschungsfeld. Allgemein ist eine stärkere Vernetzung der einzelnen Wissenschaften, die mit Stigmata befasst sind, wünschenswert. Bislang läuft die Forschung häufig multidisziplinär nebeneinander her; eine gemeinsame, interdisziplinäre und d.h. auch: methodisch vielfältige Arbeit auf diesem Gebiet wäre notwendig und Erfolg versprechend. Eine Annäherung könnte z.B. anhand einer Diskussion dazu stattfinden, was jeweils unter Stigma verstanden wird, mit welchen Mitteln genau was exakt erforscht wird und wo mögliche blinde Flecken des eigenen Zugangs liegen. In Bezug auf das Adipositasstigma, das sicher geeignet ist, auch die generelle Debatte zum Phänomen der Stigmatisierung weiter voranzubringen, seien an dieser Stelle zwei viel versprechende Felder zukünftiger Arbeit benannt.

Die Verbreitung stigmatisierender Einstellungen gegenüber adipösen Personen in bestimmten Bevölkerungs- und vor allem Berufsgruppen zu erforschen, ist ein naheliegendes und dringendes Desiderat der wissenschaftlichen Arbeit. Wie in den Vereinigten Staaten gezeigt werden konnte, sind auch (oder gerade) Menschen, die sich professionell mit adipösen Personen befassen (z.B. angehende oder praktizierende Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal) nicht frei von stigmatisierenden Einstellungen. Dies

gilt auch für Berufe, die in der Adipositasprävention eine wesentliche Rolle spielen könnten wie z.B. (angehende) Sportpädagogen (vgl. Puhl/Brownell 2001, Puhl/Heuer 2009). Für die Bundesrepublik liegen dazu bislang keine Erkenntnisse vor. Es ist aber offenkundig, dass Einsichten hinsichtlich der Prävalenz stigmatisierender Einstellungen in solchen Berufsgruppen, die mit Adipositas befasst sind und/oder wichtige Funktionen in der Vorbeugung übernehmen könnten, von größter gesundheitswissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung sind.

Bislang fehlen zudem Untersuchungen, die die Perspektive der Betroffenen stärker in den Blick nehmen und ein genaueres Bild der alltäglichen Stigmatisierungserfahrungen zeichnen. Ein besseres und präziseres Verständnis davon, wie, wo und in welchem Maße adipöse Menschen stigmatisierende Einstellungen wahrnehmen, kann sicherlich zur weiteren Aufklärung der Stigmatisierungsprozesse beitragen und Impulse für Maßnahmen zu ihrer Reduktion freisetzen.

Literatur

- Aristoteles (2006): *Nikomachische Ethik*. Herausgegeben von Frank Dirlmeier. Stuttgart (Reclam).
- Arneson, Richard J. (2007): Shame, Stigma, and Disgust in the Decent Society. In: *Journal of Ethics*, 11, 1, 31-63.
- Bannon, Katie L., Dorian Hunter-Reel, G. Terence Wilson, Robert A. Kalin (2009): The Effects of Causal Beliefs and Binge Eating on the Stigmatization of Obesity. In: *International Journal of Eating Disorders*, 42, 2, 118-124.
- Barry, Colleen L., Victoria L. Brescoll, Kelly D. Brownell, Mark Schlesinger (2009): Obesity Metaphors: How Beliefs about the Causes of Obesity Affect Support for Public Policy. In: *Milbank Quarterly*, 87, 1, 7-47.
- Bell, Christopher G., Andrew J. Walley, Philippe Froguel (2005): The genetics of human obesity. In: *Nature Review Genetics*, 6, 3, 221-234.
- Boyce, Tammy (2007): The media and obesity. In: *Obesity Reviews*, 8, 1, 201-205.
- Crandall, Christian S., Amy Eshleman (2003): A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. In: *Psychological Bulletin* 129, 3, 414-446.
- Crandall, Christian S. (1994): Prejudice against fat people: ideology and self-interest. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 5, 882-894.
- Dabrock, Peter (2006): Stigmatisierungskreuzungen zwischen Adipositas und genetischem Wissen. *Sozialpsychologische und -ethische Beob-*

- achtungen zu neuen Ambivalenzen und Herausforderungen im Vorfeld gelingender Prävention. In: Anja Hilbert, Winfried Rief (Hg.): Adipositasprävention. Eine interdisziplinäre Perspektive. Bern (Huber), 127-152.
- Dabrock, Peter, Jens Ried (2009): Befähigungsgerechtigkeit als theologisch-sozialethisches Leitkriterium für die Priorisierung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, 55, 1, 29-44.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Hg.) (2007): Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf (letzter Zugriff: 30.04.2009).
- Geier Andrew B., Marlene B. Schwartz, Kelly D. Brownell (2003): »Before and After« diet advertisements escalate weight stigma. In: Eating and Weight Disorders, 8, 4, 282-288.
- Goffman, Erving (1968): Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth (Penguin).
- Harper, Brit, Marika Tiggemann (2008): The Effect of Thin Ideal Media Images on Women's Self-Objectification, Mood, and Body Image. In: Sex Roles, 58, 9/10, 649-657.
- Haslam, David W., W. Philip T. James (2005): Obesity. Lancet, 366, 9492, 1197-1209.
- Hebebrand, Johannes (2008): Adipositas: Eine komplexe, multifaktorielle Störung. In: Anja Hilbert, Peter Dabrock, Winfried Rief (Hg.): Adipositasprävention. Eine interdisziplinäre Perspektive. Bern (Huber), 15-27.
- Hebl, Michelle R., Enrica N. Ruggs, Sarah L. Singletary, Daniel J. Beal (2008): Perceptions of Obesity Across the Lifespan. In: Obesity, 16, 2, 46-52.
- Hilbert, Anja, Jens Ried (2009): Obesity in Print: An Analysis of Daily Newspapers. In: Obesity Facts, 2, 1, 46-51.
- Hilbert Anja, Winfried Rief, Elmar Brähler (2007): Problembewusstsein und Einstellungen zur Adipositasprävention: Eine repräsentative Surveyuntersuchung. Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 57, 6, 242-247.
- Hilbert, Anja, Winfried Rief, Elmar Brähler (2008): Stigmatizing attitudes towards obesity in a representative population-based sample: Prevalence and psychosocial determinants. In: Obesity, 16, 7, 1529-1534.
- Hilbert, Anja, Jens Ried, Winfried Rief, Elmar Brähler (2008): Stigmatisierende Einstellungen zur Adipositas in der deutschen Bevölkerung. Ergebnisse einer repräsentativen Surveyuntersuchung. In: Adipositas, 2, 3, 142-147.
- Himes, Susan M., J. Kevin Thompson (2007): Fat Stigmatization in Television Shows and Movies: A Content Analysis. In: Obesity, 15, 3, 712-718.

- Hinshaw, Stephen P., Andrea Stier (2008): Stigma as related to mental disorders. In: *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-393.
- James, W. Philip T. (2007): The fundamental drivers of the obesity epidemic. In: *Obesity Reviews*, 9, 1, 6-13.
- Kim, Sei-Hill, L. Anne Willis (2007): Talking about obesity: news framing of who is responsible for causing and fixing the problem. In: *Journal of Health Communication*, 12, 4, 359-376.
- Kurth, Bärbel-Maria, Angelika Schaffrath-Rosario (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt*, 50, 5 und 6, 736-743.
- Kurzban Robert, Mark R. Leary (2001): Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. In: *Psychological Bulletin*, 127, 2, 187-208.
- Latner, Janet D., Albert J. Stunkard (2003): Getting worse: The stigmatization of obese children. In: *Obesity Research*, 11, 3, 452-456.
- Latner, Janet D., Juliet K. Rosewall, Murray B. Simmonds MB (2007): Childhood obesity stigma: Association with television, videogame, and magazine exposure. In: *Body Image*, 4, 2, 147-155.
- Lebel, Sophie, Gerald M. Devins (2008): Stigma in cancer patients whose behaviour may have contributed to their disease. In: *Future Oncology*, 4, 5, 717-733.
- Libbey, Heather P., Mary T. Story, Dianne R. Neumark-Sztainer, Kerri N. Boutelle (2008): Teasing, Disordered Eating Behaviors, and Psychological Morbidities Among Overweight Adolescents. In: *Obesity*, 16, 2, 24-29.
- Link, Bruce G., Jo C. Phelan (2001): Conceptualizing Stigma. In: *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- MacLean, Lynne, Nancy Edwards, Michael Garrard, Nicki Sims-Jones, Kathryn Clinton, Lisa Ashley (2009): Obesity, stigma and public health planning. In: *Health Promotion International*, 24, 1, 88-93.
- Major, Brenda, Laurie T. O'Brien (2005): The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Max Rubner-Institut. Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hg.) (2008): Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht Teil 1. Karlsruhe (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz).
- Müller, Manfred J., Sandra Danielzik (2007): Childhood overweight: is there need for a new societal approach to the obesity epidemic? In: *Obesity Reviews*, 8, 1, 87-90.

- Muennig, Peter (2008): The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. In: *BMC Public Health* 8, 128.
- O’Rahilly, Stephen, Sadaf I. Farooqi (2008): Human obesity as a heritable disorder of the central control of energy balance. *International Journal of Obesity*, 32, 7, 55-61.
- Prospective Studies Collaboration (2009): Body-mass index and cause specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. In: *Lancet*, 373, 9669, 1083-1096.
- Puhl, Rebecca M., Kelly D. Brownell (2001): Bias, Discrimination, and Obesity. In: *Obesity Research*, 9, 12, 788-805.
- Puhl, Rebecca M., Chelsea A. Heuer (2009): The Stigma of Obesity: A Review and Update. In: *Obesity*, 17, 5, 941-964.
- Puhl, Rebecca M., Janet D. Latner (2007): Stigma, Obesity, and the Health of Nation’s Children. In: *Psychological Bulletin*, 133, 4, 557-580.
- Puhl, Rebecca M., Tatiana Andreyeva, Kelly D. Brownell (2008): Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. In: *International Journal of Obesity*, 32, 6, 992-1000.
- Puhl, Rebecca M., Corinne A. Moss-Racusin, Marlene B. Schwartz (2007): Internalization of Weight Bias: Implications for Binge Eating and Emotional Well-being. *Obesity*, 15, 1, 19-23.
- Ried, Jens (2006): Adipositasprävention im Spannungsfeld von Lebensstil, Kultur und Genetik – Ethische Überlegungen zu Übergewicht und Adipositas zwischen Verhängnis, Verantwortung und Vorbeugung. In: Anja Hilbert, Winfried Rief (Hg.): *Adipositasprävention. Eine interdisziplinäre Perspektive*. Bern (Huber), 99-125.
- Ried, Jens (2008): Adipositasprävention zwischen Veranlagung und Verantwortung. Eine sozioethische Problemskizze. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 3, 92-95.
- Ried, Jens (in Revision): An Ethical Approach to Weight Stigmatization. The Concept of ›Cultural Power‹ and the Relevance of the Obesity Stigma for Prevention. In: *Obesity Facts*, 2.
- Ried, Jens, Peter Dabrock, Daniel Schneider, Wolfgang Voit, Winfried Rief, Anja Hilbert (i.E.): Verantwortung für die eigene Gesundheit. Eine interdisziplinäre Diskussion am Beispiel der Adipositas. *Gesundheitswesen*, 71.
- Rief, Winfried, Matthias Conradt, Jan-Michael Dierk, Elisabeth Rauh, Pia Schlumberger, Anke Hinney, Johannes Hebebrand (2007): Is Information on Genetic Determinants of Obesity Helpful or Harmful for Obese People? – A Randomized Clinical Trial. In: *Journal of General Internal Medicine*, 22, 11, 1553-1559.

- Thiel, Ansgar, Manuela Alizadeh, Katrin Giel, Stephan Zipfel (2008): Stereotypisierung von adipösen Kindern und Jugendlichen durch ihre Altersgenossen. In: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 58, e16-e24.
- World Health Organization (2000): Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Genf (WHO).