

Dick sein und stolz drauf – Fat Studies in Deutschland im Gegengewicht zum Schlankheitswahn

Auswirkungen von Gewichtsdiskriminierung auf das Leben von dicken Menschen in Familie, auf dem Arbeits- und Bildungsmarkt sowie im Sozial- und Gesundheitswesen entgegen den Prinzipien von *HAES® (Health At Every Size®)*

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (M. Sc.)

Angefertigt im Fachbereich Ernährungswissenschaften
an der Justus-Liebig-Universität Gießen,
Professur für Ernährungssoziologie,
Institut für Verbraucherforschung, Kommunikation
und Ernährungssoziologie

Erstgutachter: Prof. Dr. Stefan Wahlen

Zweitgutachterin: Madita Zöller-Cannito, M.A.

Vorgelegt von: **Lena Hofmann**, B. Sc.

Abgabe am: 03.05.2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.22029/jlupub-21>

Abstract

Das Paradigma der Gewichtsabnahme um jeden Preis, das in der Vergangenheit allzu oft nicht zu einer dauerhaften Gewichtsabnahme, wohl aber zu Frustration, Selbstzweifeln und einer Abwendung von einem gesundheitsförderlichen Lebensstil insgesamt geführt hat, sollte durch *Health at Every Size (HAES)* abgelöst werden (Burgard 2009). Unter dem Konzept wird eine Gesundheitsförderung verstanden, die nicht die Gewichtsabnahme in den Vordergrund stellt, sondern das physische und psychische Wohlbefinden der Betroffenen. Dieser gewichtsinklusiver Ansatz wurde entwickelt, um Gewichtsdiskriminierungen und Stigmatisierungen bei Menschen mit Übergewicht und Adipositas zu bekämpfen. Die Forschung weist darauf hin, dass *HAES* das Potenzial hat, die Gesundheit der Menschen durch die Betonung von Körperakzeptanz, intuitivem Essen und individueller Körperbewegung zu verbessern. Alle sozialen und auch viele der gesundheitlichen Probleme dicker Menschen resultieren nicht aus ihrem Körpergewicht selbst, sondern aus der gesellschaftlichen Deutung ihrer Körper als unästhetisch, krank und als sichtbares Zeichen mangelnder Selbstdisziplin. Die Gründe für Gewichtsdiskriminierung liegen maßgeblich im vorherrschenden Schönheitsideal, das die Wahrnehmung dicker Körper als attraktiv von vornherein ausschließt. Diese geltenden Legitimationen bezogen auf das Erscheinungsbild, lehnen Aktivist_innen der *Fat-Acceptance-Bewegung* ab und sprechen sich für mehr Körpervielfalt und Selbstakzeptanz aus. Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, herauszufinden, *wie sich Gewichtsdiskriminierung auf das Leben dicker Menschen auswirkt, wie sie entstanden sind und ob es geeignete Handlungsempfehlungen und Lösungsmöglichkeiten gibt, diese zu verändern*. Hierfür eignet sich im Besonderen das Konzept von *Health at Every Size (HAES)*. Diese Grundsätze stehen im Einklang mit den Missionen vieler *Fat-Acceptance-Bewegungen*, die Rechte schützen und die Lebensqualität von dicken Menschen verbessern möchten. Die Analyse wird mit Hilfe des Framing-Ansatzes nach Entman (1993) konzipiert und durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Diskriminierung von dicken Menschen am Arbeitsplatz, im Bildungssystem, im Gesundheitswesen und im familiären Umfeld eindeutig dokumentiert ist und rapide zunimmt. Als Ursache werden die Fitness- und Diätindustrie, der medizinische Sektor und die Nahrungsmittelindustrie angesehen. Laut einiger Studien scheint der *HAES*-Ansatz einen länger anhaltenden Behandlungseffekt zu bieten und einen zusätzlichen psychologischen und physiologischen Nutzen zu haben. Die *Fat-Acceptance-Bewegung* und

HAES leisten alltäglich Aufklärungsarbeit, so dass die gesellschaftliche Ablehnung, Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit starkem Übergewicht enden soll.

Die Erkenntnisse zeigen, dass trotz dieser anscheinend zunehmenden Akzeptanz des Körpergewichts es aus einer ganzen Reihe von soziokulturellen, politischen und wirtschaftlichen Gründen schwierig sein kann, sich für die weit verbreitete Einführung von *HAES* im gegenwärtigen Umfeld der öffentlichen Gesundheit einzusetzen. Ebenso ist es noch nicht eindeutig, ob der *HAES-Ansatz* und die *Fat-Acceptance-Bewegung* allein die Gewichtsstigmatisierung und Voreingenommenheit auf der Bevölkerungsebene verringern können, ohne weitere Anstrengungen zur Änderung gesellschaftlicher Normen und Einstellungen vorzunehmen.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	
II.	Abkürzungsverzeichnis	
1.	Einleitung.....	1
1.1.	Problemstellung.....	1
1.2.	Zielsetzung.....	4
2.	Forschungsstand	7
2.1.	Health at Every Size (HAES).....	7
2.1.1.	Entstehungsgeschichte von HAES	7
2.1.2.	Health at Every Size – Ansatz	8
2.1.3.	Health at Every Size – Curriculum	12
2.2.	Fat-Acceptance-Bewegungen	13
2.2.1.	Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.	15
2.2.2.	NAAFA – National Association for the Advancement of Fat Acceptance.....	16
2.2.3.	ASDAH - Association for size diversity and health.....	17
2.4.	„What`s wrong with being fat“? – Stigmatisierungen	19
3.	Methodik.....	24
3.1.	Methodisches Vorgehen.....	24
3.2.	Framing-Ansatz/Vier Frame-Elemente gemäß Entman (1993).....	24
4.	Ergebnisse	27
4.1.	Problemdefinition: Perspektivwechsel - Die Sichtweise der Dicken.....	27
4.1.1.	Auswirkungen von Gewichtsdiskriminierung	27
4.1.2.	Fat Shaming.....	29
4.1.3.	Adipositas-Epidemie und HAES	31
4.2.	Ursachen: Diäten, Schlankheitspillen und operative Eingriffe	33
4.2.1.	Schlankheitswahn im Vergleich zu Übergewicht und Adipositas.....	33
4.2.2.	Diätprogramme, Schlankheitspillen und Operationen.....	35
4.2.3.	Dickmachende Lebensmittel und Portionsgrößen	37
4.3.	Moralische Bewertung: Dicksein ist kein Schimpfwort.....	38
4.3.1.	Sichtweise der Fat-Acceptance-Bewegungen und HAES-Befürworter_innen	38
4.3.2.	Gewichtsinklusiver Ansatz (HAES) im Vergleich zu traditionellen Ansätzen (Diäten).....	41
4.3.3.	Folgen von Gewichtsdiskriminierung	47
4.3.4.	Gewichtsdiskriminierung und HAES	49
4.4.	Handlungsempfehlungen: Dickenaktivismus – Dick sein und stolz drauf (HAES)	51
4.4.1.	Health at Every Size (HAES)	51
4.4.2.	Fat-Acceptance	53

4.4.4. Neue Lösungswege.....	57
4.5. Schutz vor (Über-) Gewichtsdiskriminierung – ein Thema im deutschen Recht?	58
5. Diskussion.....	61
6. Fazit und Ausblick	69
7. Literaturverzeichnis	73
8. Eidesstattliche Erklärung	82

I. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Die 10 Prinzipien der intuitiven Ernährung nach Resch & Tribole	10
Abbildung 2:	Health at Every Size Principles.....	11
Abbildung 3:	HAES.....	12
Abbildung 4:	Health at Every Size Curriculum.....	13
Abbildung 5:	Logo GgG.....	15
Abbildung 6:	Logo NAAFA.....	16
Abbildung 7:	Logo ASDAH.....	17
Abbildung 8:	Formen von Stigma.....	19
Abbildung 9:	Negative Stereotype bei Adipositas.....	20
Abbildung 10:	Lebensbereiche, in denen Menschen mit Adipositas stigmatisiert werden.....	21
Abbildung 11:	Vier Frame-Elemente gemäss Entman.....	25
Abbildung 12:	Vier-Frame-Elemente (eigene Erstellung).....	26
Abbildung 13:	headlessfattys.....	30
Abbildung 14:	: Between and within groups' pairwise differences for situational susceptibility to disinhibition	44
Abbildung 15:	: Between and within groups' pairwise differences for susceptibility to hunger.....	45
Abbildung 16:	Testverfahren der Diät- und HAES-Gruppe.....	46
Abbildung 17:	Health at Every Size (HAES): a model using a weight-inclusive approach.....	56
Abbildung 18:	Petition.....	59
Abbildung 19:	Diskriminierungsschutz.....	60
 Tabelle 1:	 Vergleich von zugrundeliegenden Annahmen traditioneller Gewichtsmanagement-Ansätze mit denen von HAES.....	 41
Tabelle 2:	Essverhalten/psychologische Messungen nach Behandlungsbeginn im Zeitverlauf.....	47

II. Abkürzungsverzeichnis

AGG	Antidiskriminierungsgesetz
ASDAH	Association for size diversity and health
BMI	Body Mass Index
GgG	Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung
HAES	Health at Every Size
LADG	Landesantidiskriminierungsgesetz
NAAFA	National Association for the Advancement of Fat Acceptance
NIH	American National Institutes of Health
SNEB	Society for Nutrition Education and Behavior
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

„Schönheit ist nicht nur relativ – in dem Sinn, dass sie eine Geschmacksfrage ist, die jedes Individuum verschieden beantwortet. Sie unterliegt in ihrer konkreten Gestalt gesellschaftlichen Einflüssen von großer prägender Kraft“ (Sichtermann 1992). Unsere Gesellschaft befindet sich an einem Übergangspunkt. Viele Menschen sind bereit, sich nicht mehr für ihren Körper zu schämen und sich mit ihrem Gewicht täglich zu beschäftigen. Dennoch halten viele Angehörige der Gesundheitsberufe und Institutionen an der Überzeugung fest, dass ein höheres Körpergewicht ungesund und schädlich ist und ein vielversprechender Gewichtsverlust Menschen dazu motivieren soll, ihre Gesundheitspraktiken zu überdenken und zu verbessern. Dementgegen wurde ein neuer Gesundheitsansatz vorgeschlagen, um Gewichtsverzerrungen und Stigmatisierungen bei Menschen mit Übergewicht und Adipositas zu bekämpfen. Das Interesse an *Health at Every Size (HAES)* wächst stetig, denn die Menschen haben es satt, ständig neue Diäten aufgezwungen zu bekommen, sich wie Versager zu fühlen und Angst vor dem Essen zu haben. Sie unterstützen das neue gewichtsneutrale Konzept, das sich für die Förderung der sozialen Gerechtigkeit und die Achtung der Vielfalt menschlicher Körpergrößen einsetzt. Der *HAES-Ansatz* konzentriert sich nicht auf ein Maß für Körpergewicht, -form oder -größe, sondern fördert einen „erfüllenden und sinnvollen Lebensstil“ mit einer intuitiven Ernährung und individuell abgestimmter körperlicher Aktivität, die nicht auf Gewichtsverlust abzielt. Die entwickelten *HAES-Prinzipien* entstanden teilweise als Reaktion auf den mangelnden Erfolg traditioneller Ansätze zur Gewichtskontrolle (Robison 2005). Infolgedessen argumentieren *HAES-Befürworter_innen*, dass traditionelle Ansätze zur Gewichtsreduktion, Menschen eine falsche Hoffnung geben, die Gewicht verlieren möchten. Stattdessen legt die *HAES-Perspektive* nahe, dass nicht nur gewichtsnormative Ansätze unwirksam sind, sondern dass Diäten und Restriktionen auch körperliche, emotionale und spirituelle Belastungserscheinungen verursachen. *HAES-Befürworter_innen* weisen darauf hin, dass diese „Fehler“ dazu führen können, dass sich Einzelpersonen nicht normal fühlen oder nicht gesund sein können, wenn sie nicht eine eng definierte und sozial konstruierte Körpergröße erreichen. Diese Gefühle des Versagens können wiederum zu Diskriminierung und Vorurteilen

gegenüber Menschen mit Übergewicht oder Adipositas führen und Verhaltensweisen weiter vorantreiben, die zu Essstörungen oder übermäßiger Bewegung beitragen können. Es versucht auch, den Wert, den Individuen für sich selbst als Menschen haben, und ihre Einhaltung des sozialen Drucks, um einer idealen Ästhetik zu entsprechen, zu entwirren (Penny und Kirk 2015). Mittlerweile gibt es immer mehr *Fat-Acceptance-Bewegungen*, die sich diesem Ansatz anschließen und gegen Gewichtsdiskriminierungen vorgehen. Ihr Hauptziel ist es die Diskussion über das Thema in den jeweiligen Ländern anzufachen, Vokabular einzuführen, mithilfe dessen über Diskriminierung und Stigmatisierung diskutiert werden kann, und solide Hintergrundinformationen anzubieten (Bacon 2008; Rothblum und Solovay 2009). Die *Fat-Acceptance-Bewegungen* akzeptieren die bisher geltenden Legitimationen nicht, streiten stattdessen für eine alternative symbolische Sinnwelt oder engagieren sich für eine Neuverfassung oder Weiterentwicklung der Legitimationen. Mit Dicksein geht eine soziale Positionierung einher, und darin realisiert sich ein bestimmtes gesellschaftliches Verhältnis - eine soziale Benachteiligungslage (Barlösius 2014). Vor einigen Jahren war ein fülliger Körper noch ein Zeichen von Attraktivität, gutem Leben, Wohlstand und Macht. Heutzutage werden Menschen mit Übergewicht oder Adipositas als faul, willensschwach sowie unmotiviert beschrieben (Sikorski et al. 2011). Eine unzureichend ausgebildete Selbstkontrolle und Triebkontrolle lassen maßlos essen und dadurch werden die Körper massiger. Viele können ihre Essensimpulse nicht mehr normgerecht steuern, sodass mittlerweile von einer Epidemie der Übergewichtigkeit gesprochen wird. Dadurch sind Menschen mit Adipositas großen psychosozialen Einschränkungen ausgesetzt. Dazu gehören Stigmatisierung und Diskriminierung (Puhl und Heuer 2009). Laut einigen Studien hat eine Adipositas-Epidemie zur Folge, dass schon bald die Mehrheit der Bevölkerung zu dick sein werde. Die kollektive Gewichtszunahme sei für den Fortbestand der Menschheit gefährlicher als der Welthunger, für das Ökosystem Erde ähnlich zerstörerisch wie der Klimawandel und für die Stabilität der Volkswirtschaften insgesamt höchst bedrohlich, denn der Anstieg der Zahl der Menschen mit hohem Körpergewicht führe über kurz oder lang zu einem Zusammenbruch der Gesundheitssysteme (Rose und Schorb 2017). Dicksein ist seit einigen Jahren omnipräsent: Es wird im Alltag penibel beobachtet, von vielen Institutionen - Kindergärten, Schulen, Ämtern – sorgsam kontrolliert, gesundheitspolitisch debattiert, mittels Präventions- und Interventionsprogrammen bekämpft, medial skandalisiert, in eigenen TV-Formaten zur Unterhaltung präsentiert und vieles mehr (Barlösius 2014). Die Vorurteile über Dicksein sowie

die Stigmatisierungen dicker Menschen sind in den letzten Jahren rasant gewachsen und besitzen mittlerweile eine ähnlich hohe Ausprägung und Verbreitung wie rassistische Vorurteile und Stigmatisierungen (Dánielsdóttir et al. 2010). Die Diskriminierung und Herabsetzung von dicken Menschen scheint eine der letzten Formen der Herabwürdigung zu sein, die auf gesellschaftliche Zustimmung und Anerkennung trifft: „Weight bias is arguably the last socially acceptable form of discrimination“ (Brewis et al. 2011). Dicksein ist eng mit sozialer Ungleichheit assoziiert, und zwar mit verschiedenen Strukturprinzipien. Damit tritt der Körper neben die typischen Strukturprinzipien wie soziale Klasse, Ethnizität oder auch Geschlecht. Wer aufgrund seiner sozialstrukturellen Position über wenig Ressourcen verfügt, kann sich nicht gesund ernähren, teure Sportaktivitäten ausüben etc., weshalb die Wahrscheinlichkeit steigt, dick zu werden. Überwiegend werden diese Themen und Fragen von der Medizin, der Ernährungs- und Gesundheitswissenschaft sowie der Sozialepidemiologie untersucht. Oft beziehen sich die Appelle gegen soziale Ausgrenzungen, Abwertungen und Diskriminierungen von dicken Menschen auf sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse. Allerdings kommen die Erfahrungen und Sichtweisen der dickeren Menschen in diesen Arbeiten kaum zu Wort; oftmals sind sie mehr Objekt als Subjekt der Studien. Die Distinktion zwischen dick und dünn rekonstruieren sie aus der Perspektive des Dünnsseins, das heißt, aus der Perspektive dessen, was gesellschaftlich als normal betrachtet wird (Barlösius 2014). Die soziologischen Konzepte der Vorurteile, Stereotypen und Stigmatisierungen erfassen jedoch nur jene Reaktionen, Tätigkeiten und Handlungen, bei denen dicke Personen explizit herabgewürdigt und benachteiligt werden. Diese können zwar bewusst oder unbewusst erfolgen, entscheidend ist aber, dass sie von hochgewichtigen Menschen als absichtsvolle Adressierungen erlebt werden (Barlösius 2014). Es stellt sich die Frage, warum körperliches Aussehen – konkret: dicke Körper – in modernen Gegenwartsgesellschaften zunehmend zur sozialstrukturellen Klassifizierung (Bourdieu 1985) und zur Objektivierung der Abweichung (Berger und Luckmann 1987) von der gesellschaftlichen Ordnung genutzt werden. Darüber, wie dickere Menschen, die sozialen Benachteiligungen und Abwertungen erleben, mit den gesellschaftlichen Stigmatisierungen ihnen gegenüber umgehen, wie sie auf die Diskurse über Dicksein und die Behandlungen durch die Experten reagieren, ist noch verhältnismäßig wenig bekannt. Gewichtsdiskriminierung ist allgegenwärtig, doch noch immer fehlen Beratungsstellen (Barlösius 2014). „Es gibt keine Aufteilung in gute oder schlechte Dicke: Dicke haben das

gleiche Recht auf Bratkartoffeln, Sahnetorte und Süßigkeiten wie jede/r andere auch. Denn einerseits zu behaupten, man dürfe dicke Menschen nicht zu diskriminieren, aber andererseits zu fordern, diese sollten sich bemühen abzunehmen, ist letztlich ein nicht akzeptabler Widerspruch“ (Liebenstein 2012).

1.2. Zielsetzung

Inspiziert durch die Entwicklung der *Fat Studies* in Ländern wie den USA, Australien oder Großbritannien beschäftigen sich auch immer mehr Wissenschaftler und Autoren aus Deutschland mit diesem neuen interdisziplinären Forschungsfeld zum Thema Dickleibigkeit. Seit der Mitte der 2000er Jahre etabliert sich eine akademische Beschäftigung mit Fragen der Wahrnehmung und des Umgangs mit dicken Menschen – unabhängig von medizinischen oder psychologischen Fragen nach den Ursachen und daraus resultierenden Folgen eines erhöhten Körpergewichts. Diese Forschungsrichtung setzt sich kritisch mit dem äußeren Erscheinungsbild auseinander, in Hinblick auf ihren gesellschaftlichen Umgang und der Stigmatisierung von dicken Körpern, um sich letztendlich für eine Gleichbehandlung von dicken Menschen in der Gesellschaft einzusetzen (Rothblum 2017). Ziel ist es die vorherrschenden Deutungsmuster und Behandlungsweisen von Übergewicht in Frage zu stellen und sich gegen Diskriminierung zur Wehr zu setzen. Vorbilder sind hier die Gender- und Queerstudies, oder auch die Disabilitystudies. *Fat Studies* knüpfen an die Erfahrungen anderer gesellschaftlich marginalisierter Gruppen an, die sich erfolgreich gegen Diskriminierung gewehrt haben und Zuspruch für ihre Arbeit erhielten (Schorb 2015). Dick sein ist out: Dicken Menschen wird das Leben oftmals schwer gemacht. Vor nicht allzu langer Zeit stellten füllige Körper noch Attraktivität, Wohlstand und Macht dar, doch mittlerweile erscheinen sie heute als geradezu anstößig. Die einhellige Meinung lautet: Dicke haben nicht nur Probleme, sie machen auch Probleme (Rose 2017). Dick sein und stolz darauf – damit möchten Wissenschaftler Übergewichtigen zu einem neuen Selbstbewusstsein verhelfen. Denn nicht alle Betroffenen schlucken die Attacken, Diskriminierungen und Stigmatisierungen einer vom Schlankeitswahn besessenen Gesellschaft weiter schweigend herunter. Im vergangenen Jahrzehnt sind politische Debatten und mehrere Bewegungen entstanden, die für „size acceptance“, einer Anerkennung aller Gewichtsklassen, kämpfen, um so zu bleiben,

wie sie sind. Diese Aktivisten fordern mit ihrer "Fett? Na und?"-Botschaft, dass *Fat Studies* als interdisziplinäres Forschungsgebiet in den Universitäten angeboten werden (Weingarten 2007). Einige sind der Meinung, dass die einhergehende Verunsicherung und Diskriminierung in allen gesellschaftlichen Schichten Schuld an der prekären sozialen und gesundheitlichen Lage übergewichtiger Menschen habe und nicht das Dicksein selbst. Ziel der Arbeit ist es, herauszufinden, wie sich die gesellschaftliche Ordnung aus der Perspektive derjenigen darstellt, die als zu dick behandelt werden, wie sie sich dazu verhalten, dass ihr Körper als „problematisch“ gesehen wird, welche gesellschaftlichen Legitimationen sie als dominant wahrnehmen und ob sie diese anerkennen (Bourdieu und Wacquant 1996). Hierfür eignet sich im Besonderen das Konzept von *Health at Every Size (HAES)*. Diese Grundsätze stehen im Einklang mit den Missionen vieler *Fat-Acceptance-Bewegungen*, die Rechte schützen und die Lebensqualität von dicken Menschen verbessern möchten. Anstatt sich auf das Gewicht als Gesundheitsmessung zu konzentrieren, entfernt der *HAES-Ansatz* das Gewicht aus der Gleichung und ersetzt es durch einen Fokus auf das allgemeine Wohlbefinden, das die gesamte Palette von Körperformen und -größen umfasst (Bacon 2008; Burgard 2009). Daher geht die vorgeschlagene Arbeit der Frage nach, inwiefern sich *Gewichtsdiskriminierung auf das Leben von dicken Menschen in Familie, auf dem Arbeits- und Bildungsmarkt und im Sozial- und Gesundheitswesen auswirkt und wie wirkungsvoll die Prinzipien nach HAES umgesetzt werden können*. Außerdem soll der *HAES-Ansatz* mit traditionellen Ansätzen, wie Diäten, verglichen werden, um die eventuellen Vorteile in den Fokus zu rücken. Ebenso wird untersucht, ob dem *HAES-Ansatz* und der *Fat-Acceptance-Bewegung* eine Etablierung einer dicken Ästhetik, die Beeinflussung von Medizin und Public Health hin zu einer holistischen, nicht mehr an das Körpergewicht gebundenen Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Etablierung eines politischen Ansatzes, der Gewichtsdiskriminierung als eine Frage von Menschenrechten behandelt und dabei die gesellschaftlichen Grundlagen von Exklusion thematisiert und bekämpft, gelingt.

Es sollen in dieser vorliegenden Arbeit folgende Hypothesen untersucht werden:

- Dicke Menschen werden in allen Aspekten des täglichen Lebens diskriminiert, von der Beschäftigung über die Bildung bis hin zum Zugang zu öffentlichen Unterkünften und sogar beim Zugang zu angemessener medizinischer Versorgung.

- Auf lange Sicht funktioniert der gewichtsneutrale *HAES-Ansatz* besser als eine Diät, Pille oder Operation.
- Durch *HAES* kommt es zur Verringerung des sozialen Stigmas und der Diskriminierung vieler Menschen mit höherem Körpergewicht
- Aufgrund der Arbeit von *Fat-Acceptance-Bewegungen* und *HAES* werden Übergewicht und Adipositas weniger als Makel, Krankheit oder Epidemie betrachtet.

Zur Zielerreichung wird zunächst theoretisch beschrieben, um was es sich bei *Health at Every Size (HAES)* handelt, angefangen mit der Entstehungsgeschichte, dem *HAES-Ansatz* und den Prinzipien. Anschließend werden die Entwicklung und Arbeit der *Fat-Acceptance-Bewegungen*, anhand deren Websites und Social-Media-Kanälen, erläutert. Für diese Arbeit wurden drei *Fat-Acceptance-Bewegungen* ausgewählt, um sich detailliert deren Positionen über Körperfett und Körperbilder zu informieren. Dabei handelt es sich zum einen um die National Association to adverse fat acceptance (NAAFA), die Association for size diversity and health (ASDAH) und zum anderen um die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V (GgG) aus Deutschland. Im letzten Teil des Forschungsstandes geht es um die Themen Gewichtsdiskriminierung und Stigmatisierung, deren unterschiedlichen Definitionen, wie sie wahrgenommen werden und welche Auswirkungen sie haben können.

Um die aufgestellten Hypothesen zu beantworten und die genannten Ziele zu erreichen, bildet Kapitel 4 das Gerüst dieser Arbeit. Die vorliegende Thesis ist eine auf Literatur basierende Theoriearbeit, die mit einem analytischen Ansatz erweitert wird. Mit Hilfe des Framing-Ansatzes von Entman (1993) und dessen Vier-Frame-Elemente soll das Thema Gewichtsdiskriminierung definiert und die Auswirkungen auf das Leben von dicken Menschen in Familie, auf dem Arbeits- und Bildungsmarkt sowie im Sozial- und Gesundheitswesen interpretiert werden. Im Anschluss soll mit Hilfe von ausgewählten *Fat-Acceptance-Bewegungen* die moralische Bewertung des Themas Gewichtsdiskriminierung mit Fokus auf den *Health At Every Size – Ansatz* (siehe Abbildung 2) analysiert und schlussendlich mögliche Handlungsempfehlungen und Lösungsansätze in Bezug auf Gewichtsdiskriminierung diskutiert werden.

2. Forschungsstand

2.1. Health at Every Size (HAES)

2.1.1. Entstehungsgeschichte von HAES

Der *HAES-Ansatz* wurde entwickelt aufgrund von Vorurteilen gegenüber Menschen mit Übergewicht oder Adipositas. Solche Vorurteile sind erst vor kurzem in der Geschichte der Menschheit aufgetreten, da eine ausreichende und zuverlässige Versorgung mit Nahrungsmitteln erst in den letzten zwei bis drei Jahrhunderten verfügbar war. Die Gewichtskontrolle wurde erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu einem wachsenden sozialen Problem. In den 1960er Jahren tauchte zum ersten Mal „Weight Watchers“ auf und wurde in den USA populär. Das britische Model Twiggy wurde zum neuen Schönheitsstandard und Dünnssein war in. Immer mehr Studien wurden durchgeführt, um neue Maßnahmen zur Gewichtskontrolle zu prüfen und neu entwickelte Diäten an den Mann zu bringen. Dadurch entstanden allmählich Vorurteile und Diskriminierungen gegenüber dicken Menschen, nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern aus ästhetischen Gründen. 1982 erschien das Buch „Diets Don’t Work“ von Bob Schwartz, indem er bemerkte, wie Menschen aßen, die sich keine Sorgen um Essen und Gewicht machten, und lehrte, was später als intuitives Essen bezeichnet werden würde. Die Akzeptanz des natürlichen Körpergewichts entstand als Alternative zum Kampf mit Diäten. Im Jahr 1984 begann Alice Ansfield *Radiance: „The Magazine for Large Women“* zu veröffentlichen. Seit 16 Jahren vierteljährlich veröffentlicht, war es sein Ziel, Frauen aller Größenordnungen dabei zu unterstützen, ein stolzes, erfülltes und aktives Leben zu führen, unabhängig von ihrem Gewicht, mit Selbstliebe und Selbstachtung. 1985 erklärte das National Institutes of Health Fettleibigkeit zu einer Krankheit und machte auf die nachteiligen Auswirkungen auf Gesundheit und Langlebigkeit aufmerksam. Die frühen neunziger Jahre sahen schlecht aus für Diätprogramme und -produkte und gut für die sich entwickelnde Anti-Diät-Bewegung. In der Zwischenzeit kamen mehrere Interessengruppen für die Rechte dicker Menschen und gegen die Ernährungsindustrie zusammen. Es erschienen einige Bücher, die die Ideen der körperlichen und geistigen Gesundheit in größeren Größen unterstützten. Die in den letzten Jahren entstandenen *Fat-Acceptance-Bewegungen*, wie ASDAH und NAAFA, stellten 2003 eine weiterentwickelte Alternative zum gewichtsorientierten Ansatz zur Behandlung von Menschen aller Gewichtsgrößen vor. Denn der von unserer Kultur erklärte „Krieg gegen Fettleibigkeit“ hat zu erheblichen Schäden für

Menschen im gesamten Größenspektrum sowohl physisch als auch emotional und sozial geführt. Da Messungen des Körpergewichts nicht den Gesundheitszustand eines Menschen widerspiegeln, wurden die *HAES-Prinzipien* entwickelt, um die Akzeptanz jeder Gewichtsgröße zu fördern, die Gewichtsdiskriminierung zu beenden und die kulturelle Besessenheit von Gewichtsverlust und Schlanksein zu lehren. Die Fettakzeptanz- und die *HAES-Community* wurden online erweitert. Blogs entstanden und so begann die „Fatosphäre“ (ASDAH - Association for size diversity and health; NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance).

Im Jahr 2008 veröffentlichte Linda Bacon, Professorin für Ernährung mit einem Hintergrund in Bewegungsphysiologie und Psychotherapie, die erste Ausgabe ihres bahnbrechenden Buches *Health at Every Size: The surprising truth about your weight* (Benbella). Die zweite, verbesserte Ausgabe erschien im Jahr 2010. Im Jahr 2011 veröffentlichten Bacon und die englische Ernährungsberaterin & Forscherin Lucy Aphramor im *Nutrition Journal* „Weight Science: Bewertung der Evidenz für einen Paradigmenwechsel“. Dieser Übergang zu einem gewichtsneutralen *HAES-Paradigma* verbessert die Gesundheit ohne negative unbeabsichtigte Folgen. Die ASDAH-Führung war besorgt darüber, dass Unternehmen zur Gewichtsreduktion versuchen würden, die *HAES-Terminologie* zu übernehmen, und beantragte daher den Schutz von Marken. ASDAH hat am 12. Juli 2011 die Marke *Health at Every Size*® und am 22. Mai 2012 *HAES*® eintragen lassen (ASDAH - Association for size diversity and health).

2.1.2. Health at Every Size – Ansatz

Immer mehr Menschen beschäftigen sich mit ihrem Gewicht und möchten sich nicht mehr für ihren Körper schämen. Sie fordern ein Konzept, das sich für die Förderung der sozialen Gerechtigkeit und die Achtung der Vielfalt menschlicher Körper einsetzt (Health at every size community 2020). Der *HAES-Ansatz* (*Health at Every Size*) kommt diesen Wünschen nach, indem es Gewichtsstigmatisierungen und Voreingenommenheit bei Menschen mit Adipositas bekämpft. Das Konzept *HAES* (*Health at Every Size*), eingeführt 2013, stammt aus den USA und wird unterstützt von vielen *Fat-Acceptance-Bewegungen*. Dahinter steckt der Ansatz, nicht die Kalorien zu zählen, sondern die Gesundheit ganzheitlich zu betrachten. Das Problem, etwas

gegen die steigenden Adipositasraten zu tun, ist ein Hauptanliegen des frühen 21. Jahrhunderts, da festgestellt wurde, dass die Anzahl der übergewichtigen Menschen auf der Welt der Anzahl der unterernährten Menschen entspricht (Gardner und Halweil 2000). Befürworter_innen von *HAES* sehen diesen Ansatz als effektiver und weniger gefährlich an als medizinische Ansätze zur Gewichtskontrolle. Bei diesem Konzept wird sich nicht auf ein Maß für Körpergewicht, -form oder -größe konzentriert. Es fördert einen „erfüllenden und sinnvollen Lebensstil“, indem sich Betroffene nach intern gerichteten Signalen wie Appetit, Hunger oder Sättigung richten und sich auf ein angemessenes Maß an körperlicher Aktivität einlassen (Robison 2005). Bei *Health at Every Size* geht es darum, den Fokus vom Gewicht zu nehmen und damit das Kopfspiel zu beenden, das bei Diäten üblich ist. Bei diesem Nicht-Diät-Paradigma geht es darum, sich auf die Gesundheit, anstatt auf das Gewicht zu konzentrieren. Durch die Verlagerung des Fokus von einem gewichtsorientierten hin zu einem gesundheitsorientierten Paradigma stellt *HAES* einige der Schlüsselannahmen traditioneller Ansätze für das Gewichtsmanagement in Frage (Penney und Kirk 2015). Als Alternative schlägt *HAES* vor, dass wir (1) die Akzeptanz des Körpers fördern, (2) das intuitive Essen unterstützen und (3) die aktive Verkörperung unterstützen (Bacon und Aphramor 2011). Somit sind die drei Hauptsäulen des *HAES-Ansatzes* intuitives Essen, Körperakzeptanz, unabhängig von Größe oder Form, sowie körperliche Aktivität für Bewegung und Gesundheit und nicht für die Leistung oder die Formung des Körpers. *HAES* bedeutet somit nicht, dass jeder Mensch bei jedem Körpergewicht gesund ist, sondern dass man bei jedem Körpergewicht etwas für seine Gesundheit tun kann (Bacon und Aphramor 2011).

Einige *HAES-Interventionen*, die evaluiert wurden, umfassen eine Studie, die zeigt, dass die Mitglieder_innen der *HAES-Gruppe* das Gewicht beibehalten und die metabolische Fitness (z.B. Blutdruck und Lipide), den Energieverbrauch, das Essverhalten und die Psychologie (z.B. Selbstwertgefühl, Depression und Körperbild) verbessern. Diese Verbesserungen wurden im Vergleich zur Diätgruppe nach einem Jahr aufrechterhalten und führten zu langfristigen Verhaltensänderungen (Bacon et al. 2005). Eine weitere Studie untersuchte anthropometrische und metabolische Faktoren neben appetitbedingter und körperlicher Aktivität. Daraus ergab sich, dass ein *HAES-Ansatz* verglichen mit einer Kontrollgruppe längerfristig (nach 16 Monaten) positive Auswirkungen auf das Essverhalten im Zusammenhang mit Sättigung und Hungergefühl hat (Provencher et al. 2009). *HAES*

berücksichtigt bei der intuitiven Ernährung die 10 Prinzipien (Abbildung 1) der Intuitiven Ernährung, entwickelt 1995, von Evelyn Tribole und Elyse Resch (Resch et al. 2013).

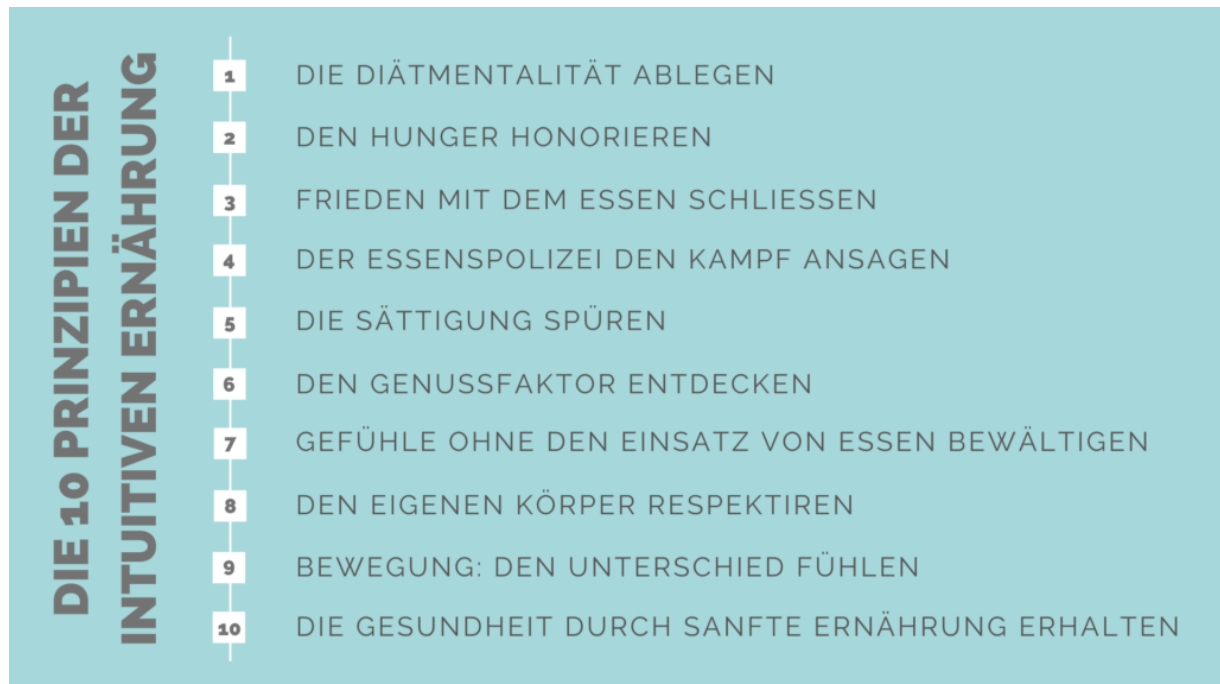


Abb.1: Die 10 Prinzipien der intuitiven Ernährung nach Resch & Tribole (<https://antoniepost.de/2020/04/14/3-einfache-wege-wie-du-bei-der-intuitiven-ernaehrung-versagst/>)

Darüber hinaus konzentriert sich *HAES* auf die Verringerung des sozialen Stigmas und der Diskriminierung vieler Menschen mit höherem Körpergewicht, um die Lebensqualität zu verbessern. Der *HAES-Ansatz* bewertet Körper jeder Größe und scheint mehr soziale Unterstützung für die Akzeptanz des Körpers zu bieten. Er versucht auch die Einhaltung des sozialen Drucks, um einer idealen Ästhetik zu entsprechen, zu entwirren (Penney und Kirk 2015). Der Fokus auf Gesundheit und Lebensqualität, wie im Interventionsprogramm *Health at Every Size*, kann vermutlich größere Public-Health-Effekte bewirken als eine eng auf das Gewicht fokussierte Intervention (Bombak 2014). Laut Linda Bacon (2008) ist die Grundvoraussetzung von *HAES*, dass "Wohlbefinden und gesunde Gewohnheiten wichtiger sind als jede Zahl auf der Skala".

Die *HAES-Prinzipien* sind folgende:

1. **Akzeptanz und Respekt gegenüber der Vielfalt der Körperformen und -größen**
2. **Erkennen, dass Gesundheit und Wohlbefinden mehrdimensional sind und sie physische, soziale, spirituelle, berufliche, emotionale und intellektuelle Aspekte umfassen**
3. **Förderung aller Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden für Menschen jeder Größe**
4. **Förderung des Essens auf eine Weise, die individuelle Ernährungsbedürfnisse, Hunger, Sättigung, Appetit und Vergnügen in Einklang bringt**
5. **Förderung einer individuell angemessenen, angenehmen und lebensfördernden, körperlichen Aktivität anstelle von Bewegung, die auf das Ziel des Gewichtsverlusts ausgerichtet ist**



Abb. 2: Health at Every Size Principles (<https://asdah.org/health-at-every-size-haes-approach/>)

Aufgrund dieser Prinzipien soll die Idealisierung oder Pathologisierung bestimmter Gewichte abgelehnt werden und Gesundheitspolitiken unterstützt werden, die den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen verbessern und ausgleichen. Außerdem sollen Gewichtsdiskriminierung, Gewichtsstigma und Voreingenommenheit dadurch beendet

werden. Die Betroffenen können sich mit dem *HAES-Ansatz* flexibler und individualisierter ernähren, anstatt nach einem strikt regulierten Ernährungsplan zu leben.



Abb.3: HAES (<https://haescommunity.com/>)

2.1.3. Health at Every Size – Curriculum

Dieses Curriculum wurde von verschiedenen Bewegungen, wie ASDAH (Association for Size Diversity and Health), NAAFA (National Association for the Advancement of Fat Acceptance) und SNEB (Society for Nutrition Education and Behavior) entwickelt. Das Modell Gesundheit bei jeder Größe (*HAES*) ist ein gesundheitsorientierter Ansatz, der gewichtsneutral ist. Dieser Lehrplan wurde entwickelt, um andere über einen gewichtsneutralen Gesundheitsansatz zu unterrichten und damit eine Lücke im Gesundheitslehrplan an Hochschulen, Universitäten und Berufsausbildungsprogrammen zu schließen.

Das Curriculum besteht aus drei Komponenten:

- 1) Overview of the Health At Every Size Paradigm (Überblick über das Paradigma der Gesundheit in jeder Größe),
- 2) Developing a Healthy Relationship with Food and Exercise (Entwicklung eines gesunden Verhältnisses zu Nahrung und Bewegung) und
- 3) Size Acceptance (Gewichtsakzeptanz).

"Health at Every Size® principles help us advance social justice, create an inclusive and respectful community, and support people of all sizes in finding compassionate ways to take care of themselves"(<https://haescommunity.com/>).

Außerdem besteht das Curriculum aus weiteren Komponenten:

- Drei PowerPoint-Präsentationen und Diskussionsfragen über *HAES*, die Entwicklung einer gesunden Beziehung zu Ernährung und Bewegung, und Größenakzeptanz

- Aufgezeichnete Webinare der drei Sektionen
- Zielgruppenumfrage-Tool
- Prüfungsfragen
- Zuweisungsideen
- Liste der zusätzlichen Ressourcen



Abb. 4: Health at Every Size Curriculum (<https://haescurriculum.com/about/>)

2.2. Fat-Acceptance-Bewegungen

Seit Ende der 1960er Jahre etabliert sich neben der Anti-Diät-Bewegung auch die *Fat-Acceptance-Bewegung* in den USA. Allerdings geht der Ansatz von Fat-Acceptance über den der Anti-Diät-Bewegung hinaus. Hier geht es nicht mehr allein um die Frage, ob dick wirklich gleich krank ist bzw. ob die verschiedenen Strategien und Präventionsprogramme zur Bekämpfung von Dickleibigkeit der Gesundheit mehr Schaden als Nutzen zufügen. Im Fokus stehen die Würde der dicken Menschen und ihren Anspruch auf Schutz vor Diskriminierung, unabhängig davon, welche Ursachen und Folgen von einem erhöhten Körpergewicht ausgehen (Schorb 2015). Wie viele andere Soziale Bewegungen hat auch die *Fat-Acceptance-Bewegung* einen Gründungsmythos. 1967 wurde im New Yorker Central Park ein „Fat In“ veranstaltet. Etwa 500 Menschen nahmen an einem gemeinsamen Picknick teil und erhielten Aufmerksamkeit durch selbstentworfenen Schilder, auf denen „Fat Power“ und „Buddha Was Fat“ oder „Take a Fat Girl to Dinner“ zu lesen stand. Ebenso wurden Diätbücher und Bilder des

extrem schlanken Fotomodells Twiggy verbrannt (Cooper 2011). Dieses Ereignis scheint einen Nerv getroffen zu haben, denn nur einige Jahre später begann sich in den USA eine Bewegung für die gesellschaftliche Akzeptanz und die Rechte dicker Menschen zu etablieren. 1969 wurde die Organisation NAAFA von Bill Fabrey gegründet, the National Association for the Advancement of Fat Acceptance. Sie gilt als Lobbyist für Dickenrechte auf der politischen Bühne (Schorb 2015). NAAFA hatte die Aufgabe übernommen, ein Ort zu sein, an dem sich dicke Menschen wohl und aufgehoben fühlen, feiern, wechselseitig an ihren Alltagsproblemen teilhaben lassen, sich gegenseitig den Alltag zu erleichtern und sich mit Informationen über dickenfreundliche Mode, Mediziner oder Orte auszutauschen. Anfang der 1970er Jahre spaltete sich ein Teil der Gruppenmitglieder von NAAFA ab und gründete den Fat Underground. Der Fat Underground legte von Anfang an Wert darauf, eine Aktionsgruppe zu sein, die hauptsächlich politisch agiert und den Konflikt mit der Öffentlichkeit nicht scheut. Mit direkten Aktionen wie Tortenattacken auf Repräsentanten von Medizin und der Weight-Loss-Industrie oder auch die Sprengung von Weight Watchers Gruppen versuchten sie den dickenfeindlichen Diskurs zu beeinflussen. 1973 verfassten Mitglieder des Fat Underground das bis heute viel zitierte Fat Liberation Manifesto. Aufgewertet wird die *Fat-Acceptance-Bewegung* durch die Unterstützung von Expertinnen und Experten, vor allem aus der Anti-Diät-Bewegung, aber zunehmend auch aus den Sozialwissenschaften (Schorb 2015). Die Akzeptanz des eigenen Körpers ist Teil des Kampfes gegen die weitverbreiteten psychologischen Probleme adipöser Menschen, wie Selbsthass, Scham oder mangelndes Selbstwertgefühl. Die neuen Bewegungen zeichnen ein Gegenbild zu dem in Zeitschriften, Katalogen und Filmen allgegenwärtigen Ideals des schlanken Körpers. Die Vorstellung, dass nur schlanke, durchtrainierte Menschen gesund und schön sein können, steht immer mehr infrage. Die *Fat-Acceptance-Bewegung* fordert zu Recht, dass die gesellschaftliche Ablehnung, Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit starkem Übergewicht enden muss. Auch wenn die Risiken von Adipositas im Bewusstsein sind, gibt es keinen Grund adipöse Menschen zu verurteilen. Eine größere gesellschaftliche Akzeptanz verschiedener Körperformen könnte den Leidensdruck der Betroffenen senken und zugleich den Schlankheitswahn lindern (ifb Adipositas 2015). Mit der Zeit breiteten sich die *Fat-Acceptance-Bewegungen* auch auf andere Länder aus. In Großbritannien wurde die *London Fat Women's Group* gegründet, die zwischen 1985 und 1989 aktiv war. Auch in Frankreich bildete sich die Organisation *fortissimo Allegro* (Cooper 2016). Neben der NAAFA haben sich

noch andere Bewegungen gebildet, wie die ASDAH (Association for Size Diversity and Health) und SNEB (Society for Nutrition Education and Behavior). Anders ist die Situation in Deutschland. Bisher gibt es erst in Ansätzen die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung (Liebenstein 2012). Im Folgenden werden die für diese Arbeit ausgewählten *Fat-Acceptance-Bewegungen* mit ihren Botschaften, Motiven und Kampagnen beschrieben. Es handelt sich hierbei um (1) Gesellschaft für Gewichtsdiskriminierung e.V., (2) NAAFA und (3) ASDAH.

2.2.1. Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.

Im Jahr 2005 wurde der gesellschaftspolitische Verband *Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung (GgG) e.V.* in Deutschland gegründet, mit dem Ziel, die soziale Akzeptanz von dicken Menschen zu verbessern



Abb. 5: Logo GgG
(<https://gewichtsdiskriminierung.de/>)

und Diskriminierung auf der Grundlage des Körpergewichts entgegenzuwirken. Der Verein hat seinen Sitz in Berlin. Die beiden Vorsitzenden sind Natalie Rosenke und Stephanie Freifrau von Liebenstein. Die vorwiegende negative Sichtweise der Gesellschaft auf dicke Menschen soll verändert werden und somit steht das diskriminierende gesellschaftliche Umfeld im Fokus der Arbeit der GgG. Für sie ist Dicksein ein Menschenrechtsthema, das sichtbar in der Öffentlichkeit gemacht wird durch verschiedene Informationen und Beratungen. Ebenfalls klären sie über Alternativen und Präventionen gegen Gewichtsdiskriminierung auf. Seit 2016 setzt sich die Gesellschaft für Gewichtsdiskriminierung e.V. verstärkt für eine Anpassung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) ein. Ihrer Meinung nach soll die Aufnahme des Merkmals Gewicht/äußeres Erscheinungsbild unter die im AGG aufgeführten Diskriminierungsmerkmale fallen. In der selbst verfassten Satzung (Letzte Änderung: 31.10.2016) werden folgende Grundsätze aufgelistet:

- a) die Achtung der Würde aller Menschen und die Wahrung ihrer Autonomie
- b) die Nichtdiskriminierung
- c) die volle und wirksame Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von dicken Menschen und ihre Anerkennung als Teil der menschlichen Vielfalt und als Teil der Menschheit

- e) die Chancengleichheit für Menschen mit unterschiedlichem Körpergewicht und Körperbau
- f) die Barrierefreiheit für Menschen jeglichen Gewichts und Körperform und damit voller Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt sowie zu Gesundheit und Bildung
- g) die Achtung des Rechts aller Menschen auf Wahrung ihrer Identität und physischen und psychischen Unversehrtheit

Neben ihrer Informationswebsite haben sie Informationsmaterial in gedruckter Version erstellt, arbeiten mit den Medien zusammen und führen Informationsveranstaltungen (Seminare, Vorträge, Aktionen) durch. Mittlerweile nehmen sie Einfluss auf politische, soziale und wirtschaftliche Akteure sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen mit dem Ziel der vollen gesellschaftlichen Anerkennung von dicken Menschen und der Abschaffung jeglicher Formen von Zugangsbarrieren und Gewichtsdiskriminierung. Auf ihrer Informationswebsite befinden sich immer aktuelle Informationen zu den Themen Politik, Leben (z.B. Alltag, Arbeit, Familie, Freizeit), Gesundheit, Medien und Kultur. Ebenso kann man sich für einen Newsletter anmelden, um über alle notwendigen und aktuellen Informationen informiert zu bleiben (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.).

2.2.2. NAAFA – National Association for the Advancement of Fat Acceptance

Die 1969 gegründete NAAFA ist eine gemeinnützige Organisation, die sich für die Rechte von dicken Menschen einsetzt und Gewichtsdiskriminierung in all ihren Formen



Abb. 6: Logo NAAFA (<https://naafa.org/>)

beenden möchte. Die NAAFA ist die älteste Bürgerrechtsorganisation Nordamerikas und wurde von Bill Fabrey in New York gegründet. Das Ziel der NAAFA ist der Aufbau einer Gesellschaft in der Menschen in allen Gewichtsgrößen mit Würde und Gleichheit akzeptiert werden. Ihre Mission ist die Beseitigung von Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts und die Bereitstellung von Instrumenten zur Selbstermächtigung durch öffentliche Aufklärung, Interessenvertretung und Unterstützung. Auch sie fordern die Änderung des Antidiskriminierungsgesetz und die Aufnahme von Gewicht als Merkmal. Die NAAFA

unterstützt die Prinzipien von *Health at Every Size (HAES)*, da diese Grundsätze im Einklang mit ihrer Mission stehen, die Rechte zu schützen und die Lebensqualität von dicken Menschen zu verbessern. Denn anstatt sich auf das Gewicht als Gesundheitsmessung zu konzentrieren, entfernt der HAES-Ansatz das Gewicht aus der Gleichung und ersetzt es durch einen Fokus auf das allgemeine Wohlbefinden, das die gesamte Palette von Körperformen und -größen umfasst. Auf ihrer Informationswebsite (naafa.org) finden sich verschiedene Richtlinien zu verschiedenen Themen, wie politischer Aktivismus, Adoption, Gesundheitswesen, Diätindustrie, Bildung, Arbeitsleben, Gewichtsreduktionsmaßnahmen und Medienarbeit in Bezug auf dicke Menschen. Außerdem wurde das *Equality At Every Size*-Programm ins Leben gerufen. Das *Equality At Every Size*-Programm ist ein Programm zur Förderung der Rechte für dicke Menschen und bietet Aufklärung und Unterstützung bei der Änderung der Antidiskriminierungsgesetze in den Vereinigten Staaten. Sie stellen Broschüren und "Tool Kits" bereit, ebenso spezielle Richtlinien für Arbeitgeber, Fitnesstrainer, Gesundheitsdienstleiter, Ernährungsberater und Ernährungswissenschaftler und Therapeuten. Ihr monatlicher Newsletter und verschiedene Webinare sollen helfen ihre Visionen und Ziele zu verbreiten und zu festigen. Über ihren "Fat Community Voices Blog" können sich die zahlreichen Mitglieder über unterschiedlichen Themen austauschen und sich gegenseitig unterstützen. Denn schlussendlich möchte die NAAFA, dass sich dicke Menschen von Diskriminierung befreien und um ihnen ein Leben zu ermöglichen, dass sie in vollen Zügen genießen können. Dicke Menschen haben Rechte und diese müssen gewahrt werden! (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance).

2.2.3. ASDAH - Association for size diversity and health

ASDAH ist eine gemeinnützige Organisation mit einer internationalen Mitgliederschaft, die 2003 gegründet wurde. Diese ehrenamtliche Bewegung fühlt sich den



Abb. 7: Logo ASDAH (<https://asdah.org/>)

Grundsätzen von *Health at Every Size (HAES)* verpflichtet. Auch diese Organisation setzt sich für die Akzeptanz fülliger Körper, das Ablehnen von Gewichtsdiskriminierung und Entstigmatisierung ein. Sie bieten fortlaufende Entwicklungsmöglichkeiten, einschließlich

Bildungsressourcen, geprüfte Empfehlungsmöglichkeiten und ein umfangreiches Netzwerk von gleichgesinnten Fürsprecher_innen und Fachleuten. Die ASDAH unterstützt eine ganzheitliche Definition von Gesundheit, die nicht durch das Vorhandensein oder Fehlen von Krankheiten oder Einschränkungen gekennzeichnet ist. Stattdessen fällt die Gesundheit eines Menschen auf ein Kontinuum, das sich mit der Zeit und den Umständen ändert. Die ASDAH ist der Ansicht, dass die Gesundheit einer Person keinen Wert bestimmt oder zur Beurteilung einer Person verwendet werden sollte.

Ihre Prinzipien lauten wie folgt:

- Gewichtsinklusivität
- Gesundheitsverbesserung
- Respektvoller Umgang
- Essen für Wohlbefinden
- Lebensverbessernde Bewegung

Die Vision von ASDAH ist eine Welt, die Körper aller Formen und Größen feiert, in der es keine Diskriminierung mehr gibt und in der unterdrückte Gemeinschaften gleichberechtigten Zugang zu den Ressourcen und Praktiken haben, die Gesundheit und Wohlbefinden unterstützen. Ihre Mission ist es mit Dienstleistern, Pädagogen und Befürwortern zusammenzuarbeiten, um gewichtszentrierte Gesundheitspolitiken und -praktiken abzubauen und sicherzustellen, dass Menschen, die mit unterschiedlichen Formen der Unterdrückung leben, sich ihrer Mission anschließen. Die Leitwerte der ASDAH beinhalten vier Schlagwörter: Respekt, Integrität, Gerechtigkeit und Inklusion. Auf ihrer Informationswebsite (<https://asdah.org/>) finden Mitglieder und Interessenten aktuelle Informationen über den *HAES-Ansatz* mit seinen Prinzipien und dem oben beschriebenen Curriculum. Außerdem werden verschiedene Webinare angeboten und einige Buchempfehlungen und Artikel rund um das Thema Körpergewicht, *Fat Studies*, seelische und körperliche Gesundheit, oder politische Ansichten. Durch verschiedene Blogs können sich eingeschriebene Mitglieder über viele Themen austauschen oder sich Podcasts anhören, um sich weiter zu informieren. Schulungsmaterialien wurden von den ASDAH-Mitgliedern entwickelt, um das *HAES-Paradigma* auch in Schulen und Universitäten unterrichten zu können. Außerdem fordert die

ASDAH, dass das "D"-Wort (Diet) aus dem Vokabular der Menschen entfernt wird und das Abnehmen nicht zum Lebenszweck wird (ASDAH - Association for size diversity and health).

2.4. „What`s wrong with being fat“? – Stigmatisierungen

Der Begriff Stigmatisierung leitet sich vom griechischen Wort „στίγμα“ ab und bedeutet Stich oder Wundmal. Unter Stigmatisierungen versteht man Zuschreibungen mit negativen Eigenschaften bezogen auf einen Menschen aufgrund seiner Zugehörigkeit einer sozialen Gruppe, welche diesen als abweichend, auffällig oder beeinträchtigt erscheinen lässt (Goffman 2018). Stigmatisierungen können unterteilt werden in Stereotype, Vorurteile und Diskriminierungen. Wenn jemand bestimmten Stereotypen zustimmt, entstehen Vorurteile, die zu negativen emotionalen Reaktionen gegenüber anderen Menschen führen können. Durch solche negativen Verhaltensreaktionen kommt es zu Ungleichbehandlungen und Diskriminierungen. In Abbildung 8 werden die verschiedenen Formen von Stigmatisierungen aufgezeigt und nach öffentlicher Stigmatisierung und Selbststigmatisierung unterteilt.

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 Arbeit, Vorenthalten von Hilfe	Selbst-Diskriminierung = Negative Verhaltensreaktion auf Vorurteil, z. B. Aufgeben, Rückzug, geringere Inanspruchnahme

Abb. 8: Formen von Stigma (Corrigan 2015)

Bei gewichtsbezogener Stigmatisierung liegt häufig die Annahme zugrunde, dass die Ursachen für das Übergewicht insbesondere bei der Person selbst liegen. Die negativen Stereotypen bei Adipositas zeigen sich in Abbildung 9. Demnach müssten sich dicke Menschen nur etwas zusammenreißen und weniger und gesünder essen, dann hätten sie keine Gewichtsprobleme (Puhl und Suh 2015).



Abb. 9: Negative Stereotype bei Adipositas (Puhl und Suh 2015)

Viele Menschen mit Übergewicht beziehen diese gewichtsbezogenen Stereotype auf sich selbst und verinnerlichen diese Vorurteile. Diese Selbststigmatisierung bewirkt, dass Betroffene sich aufgrund ihres Übergewichts abwerten und ein benachteiligendes Verhalten gegenüber sich selbst zeigen, z.B. wenig Unterstützung bei der Gewichtsreduktion suchen. Solche negativen Auswirkungen von gewichtsbezogener Stigmatisierung können durch die Selbststigmatisierung noch weiter verstärkt werden (Corrigan et al. 2015). Auch in vielen anderen Lebensbereichen erfahren Menschen mit Adipositas gewichtsbezogene Vorurteile und Diskriminierung (Abbildung 10), wie in persönlichen Beziehungen, in der Schule, am Arbeitsplatz und auch im Gesundheitswesen. Schon im Kindesalter werden übergewichtige Kinder gehänselt und ausgeschlossen, und im Jugend- und Erwachsenenalter haben Menschen mit Adipositas ebenso Nachteile z.B. bei der Partnerwahl. Zusätzlich kommt es zu Benachteiligungen durch Lehrer und Arbeitgeber bis hin zu Gehaltseinbußen. Täglich stehen Menschen mit Adipositas durch zu enge Sitze in Verkehrsmitteln oder öffentlichen Räumen vor zahlreichen Hindernissen. Selbst in den Medien werden sie häufig als lächerlich dargestellt, und vielfach wird der Eindruck erweckt, dass Abnehmen kein Problem sei, wenn man nur wolle (Puhl und King 2013; Puhl und Suh 2015).



Abb. 10: Lebensbereiche, in denen Menschen mit Adipositas stigmatisiert werden

(http://www.adipositasstigma.de/stigmatisierung/stigma_alltag.php)

Viele Menschen mit Adipositas haben in Ausbildung und Beruf mit gewichtsbezogenen Vorurteilen und damit verbundener Diskriminierung zu kämpfen und sind vielfältigen Stigmatisierungserfahrungen ausgesetzt (Roehling et al. 2013; Vanhove und Gordon 2014). Adipöse werden weniger häufig zu Vorstellungsgesprächen und Einstellungstests eingeladen (Flint et al. 2016) und schon ein geringer Anstieg des BMI ist bei weiblichen Bewerbern mit einer Verringerung der Einstellungschancen assoziiert (Nickson et al. 2016). Von ihren Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern werden sie als weniger kompetent und weniger ambitioniert sowie als fauler, undisziplinierter, emotional instabiler und äußerlich weniger ansprechend bezeichnet, während eine Überprüfung dieser Annahmen selten erfolgte (Flint und Snook 2015). Ebenso werden auch geschlechtsspezifische Benachteiligungen im Gehalt dokumentiert: Im Vergleich zu normalgewichtigen Personen ist ein BMI $\geq 35,0 \text{ kg/m}^2$ bei Männern mit einer um 17% verringerten Vergütung verbunden. Demgegenüber ist bei Frauen das mittlere Gehalt um 9% reduziert, obwohl sie einen geringeren Grad von Übergewicht (BMI $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$) aufweisen (Pinkston 2017). Auch im Gesundheitswesen sind gewichtsbezogene Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung von Menschen mit Adipositas weit verbreitet (Puhl & King, 2013; Puhl & Suh, 2015). Aus der Sicht von adipösen Menschen sind Ärzte sogar die zweithäufigste Quelle von Diskriminierung. Patienten mit Adipositas wird oftmals fehlende

Willensstärke und Selbstkontrolle, aber auch mangelnde Hygiene zugeschrieben. Durch mangelnde Compliance (Nichteinhalten von Verhaltensregeln, Nichtwahrnehmen von Terminen) wird sofort von einem schlechteren Therapieerfolg als bei normalgewichtigen Patienten ausgegangen. Sind Patienten mit Adipositas nicht in der Lage abzunehmen, werden oft allein Motivationsprobleme als Grund dafür angenommen (Puhl & Suh, 2015). Solche stigmatisierende Einstellungen können die Behandlung schwerwiegend beeinflussen. Je schwerer ein Patient ist, desto ungesünder und weniger diszipliniert wird er von Ärzten eingeschätzt. Dementsprechend gingen Ärzte in verschiedenen Studien nicht von einem Erfolg der Behandlung aus und verbrachten deshalb auch weniger Behandlungszeit mit Patienten mit Adipositas (Phelan et al. 2015; Smigelski-Theiss et al. 2017). Die Mehrheit der befragten Patienten mit Adipositas berichtet, sich mehrmals von Ärzten diskriminiert gefühlt zu haben. Diese erlebten Diskriminierungen und die daraus folgenden Selbststigmatisierungen könnten auch ein Grund für das häufige Absagen oder Verschieben von Arztterminen durch betroffene Patienten sein (Phelan et al. 2015). Sie fühlen sich im Kontakt mit Ärzten häufig abgewertet, ignoriert und falsch behandelt. So berichteten Patienten mit Adipositas etwa, dass Ärzte ihnen die notwendige Hilfe verwehrten und ihre Hilfesuche eher ablehnten (Tomiya et al. 2018). Eine zentrale Rolle bei der Verbreitung und Aufrechterhaltung von gewichtsbezogener Stigmatisierung kommt den Unterhaltungs-, Informations- und sozialen Medien zu (Stanford, Tanqeer, & Kyle, 2018). Massenmedien, wie Fernsehen, Internet, Radio und Zeitungen, beeinflussen maßgeblich die Einstellungen und Meinungen der Gesellschaft gegenüber bestimmten Themen, Personen oder Personengruppen. In Unterhaltungssendungen werden Charaktere mit Adipositas eher in Nebenrollen dargestellt, mit negativen Eigenschaften besetzt (z.B. aggressiv) und mit stereotypem Verhalten gekennzeichnet (z.B. Essen großer Mengen ungesunder Nahrung; Puhl & King, 2013; Puhl & Suh, 2015). Untersuchungen im amerikanischen Raum zeigten, dass mehr als 70% der bildlichen Darstellungen von Menschen mit Adipositas stigmatisierenden Charakter aufweisen, d.h. diese werden häufiger als normalgewichtige Personen sitzend, essend oder trinkend gezeigt (Puhl & King, 2013). Auch in der Werbung kommt es zu Stigmatisierungen gegenüber übergewichtigen Menschen. Für das Werben von Produkten, werden in der Regel gutaussehende und perfekt zurechtgemachte, durchtrainierte, sehr schlanke Models und keine Menschen mit Gewichtsproblemen eingestellt. Dies kann nicht nur dazu führen, dass sich die meisten Menschen wünschen, dünn und attraktiv und nicht übergewichtig zu sein,

sondern auch dazu, dass sich – nicht nur Menschen mit Adipositas, sondern auch Menschen mit Normalgewicht – zu dick fühlen, was wiederum Essstörungssymptome begünstigt (Puhl & Suh, 2015). Aus einigen Studien geht hervor, dass Menschen mit Adipositas ihre eigenen Familienmitglieder, Freunde oder Ehepartner als wichtigste Quelle für stigmatisierende Verhaltensweisen angeben (Puhl und King 2013; Puhl und Suh 2015). Diese Befunde erscheinen besonders beachtenswert, da gewichtsbezogene Hänseleien und unangemessene Kommentare von der Familie einen Zusammenhang zu gestörtem Essverhalten sogar bei Jugendlichen mit Normalgewicht aufwiesen (Eisenberg et al. 2012). In den meisten Studien treten die negativen Folgen gewichtsbezogener Stigmatisierung unabhängig vom Gewicht der Betroffenen auf, was darauf hindeutet, dass nicht der stigmatisierte Zustand allein (also das erhöhte Gewicht), sondern auch die Stigmatisierung, vor allem aber die Selbststigmatisierung mit negativen Konsequenzen einhergeht, wie einem geringen Selbstwertgefühl (Hilbert et al. 2014).

3. Methodik

3.1. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit ist eine auf Literatur basierende Theoriearbeit, die erweitert wird durch einen Framing-Ansatz mit seinen Vier-Frame-Elementen nach Entman (1993). Die in dieser Arbeit zitierten Erkenntnisse wurden durch umfassende Literaturrecherchen in computergestützten Datenbanken, darunter GoogleScholar, PubMed und dem Universitätsbibliotheksnetzwerk der Justus-Liebig-Universität Gießen, ausfindig gemacht. Die Suchbegriffe wurden auf verschiedene Stichwortkombinationen beschränkt, die sich speziell auf Gewichtsdiskriminierung und gewichtsbezogene Stigmatisierung, Health at Every Size, Fat Acceptance sowie Fat-Acceptance-Bewegungen beziehen. Darüber hinaus wurden die Websites der drei ausgewählten Fat-Acceptance-Bewegungen (ASDAH, GgG, NAAFA) für die Datenanalyse hinzugezogen und deren hinterlegten Ressourcen zur Literaturrecherche verwendet. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen des Framing-Ansatzes nach Entman (1993), wie er in dieser Arbeit genutzt wird, kurz vorgestellt.

3.2. Framing-Ansatz/Vier Frame-Elemente gemäß Entman (1993)

Framing beruht auf der Idee des Soziologen Erving Goffman (Goffman 1976), dass Menschen Ereignisse organisieren, indem sie ihnen Rahmen (frames) geben, d.h. tradierte Deutungs- und Handlungsmuster zur Einordnung der Ereignisse heranziehen (Raab 2008). In Anlehnung an Goffman werden Frames als „Interpretationsmuster verstanden, mit denen sich Informationen sinnvoll einordnen und effizient verarbeiten lassen“ (Scheufele 2004). Der Framing-Ansatz hat in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung durchlaufen – in der Kommunikationswissenschaft, Soziologie, Politikwissenschaft oder auch in der Psychologie (Matthes 2009). Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit wird aber die bekannteste, als operationalisierbar geltende, Definition (Frindte 2010) von Robert M. Entman sein: “To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating text, in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described” (Entman 1993). Ein Frame besteht dieser Definition nach aus vier Frame-Elementen: einer

Problemdefinition, einer Ursachenzuschreibung, einer moralischen Bewertung sowie einer Handlungsempfehlung (siehe Abbildung 11), wobei die Pfeile in der Mitte nicht auf eine chronologische Reihenfolge hinweisen, sondern auf die Relationen der einzelnen Elemente bzw. auf ihre Verknüpfung.

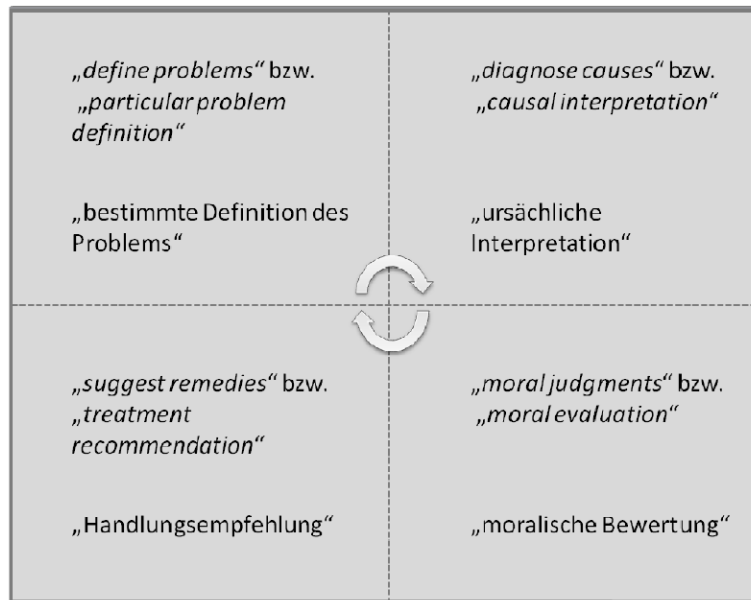


Abb. 11: Vier Frame-Elemente gemäss Entman (1993: 52, Hervoh. i. O.) mit einer aktuellen deutschen Übersetzung (Stengel/Marshall 2010: 128)

Problemdefinition: Ein Problem wird diagnostiziert. Diesem wird ein spezifischer Schaden/Nutzen zugewiesen

Kausale Interpretation: Für diesen Schaden/Nutzen wird Verantwortlichkeit zugewiesen (Person, Organisation, strukturelle Umstände etc.)

Moralische Bewertung: Auf Basis dieser Verantwortlichkeit wird der Handlungsträger positiv oder negativ bewertet

Handlungsempfehlung/Prognose: Darauf aufbauend werden Lösungsvorschläge und Prognosen über mögliche Konsequenzen gemacht (Matthes und Kohring 2004).

Frames legen eine bestimmte Problemdefinition nahe, sie machen Ursachen für Probleme aus, bieten eine Bewertung des Problems und zeigen Lösungsmöglichkeiten auf (Entman 1993; Entman/Matthes/Pellicano 2008). Frames lassen sich bei strategischen Kommunikatoren (z.B. Parteien, Organisationen), bei Journalisten, in Medientexten und bei Rezipienten ausmachen (Entman et al. 2009). Das strategische Ziel der Kommunikatoren ist

es, den eigenen Frame zu vermitteln und in der öffentlichen Diskussion zu etablieren (Pan, Z. & Kosicki, G. M. 2001). Unter „framing“ versteht Benford (Benford 2013) bewusste Strategien von sozialen Bewegungen, die darauf abzielen, die eigene Sicht auf ein Problem oder einen sozialen Sachverhalt darzustellen und somit die angestrebten Aktivitäten zu legitimieren. Frames werden in diesem Zusammenhang definiert als „action oriented sets of beliefs and meanings that inspire and legitimate the activities and campaigns of a social movement organisation“ (Benford und Snow 2000). Der Kerngedanke des Framing-Ansatzes ist, dass soziale Probleme nicht objektive Gegebenheiten widerspiegeln, sondern dass soziale Probleme erst als solche definiert werden müssen. Dies gelingt, indem das Problem in einen bestimmten Bedeutungsrahmen bzw. in einen Sinnzusammenhang eingebettet wird, der eine spezifische Interpretation des Problems ermöglicht. Die einzelnen Elemente eines Frames (vgl. Entman 1993; Entman/Matthes/Pellicano 2008) ergeben eine logische Argumentationskette, die ein Akteur in einem Diskurs vertritt. Strategisches Framing geht in der Regel von medienexternen Kommunikatoren aus – von politischen Eliten etwa, Parteien und sozialen Bewegungen. Die beteiligten Akteure zielen darauf ab, ihre eigenen Frames im öffentlichen Diskurs zu etablieren, um beim Publikum Unterstützung für ihre Interessen und Ziele zu mobilisieren (vgl. Pan/Kosicki 2001).

In dieser Arbeit wird der Framing-Ansatz nach Entman (1993) genutzt, um herauszuarbeiten inwiefern Gewichtsdiskriminierung sich auf das Leben von dicken Menschen auswirkt, welches die Ursachen sind und wie ein gewichtsinklusiver Ansatz (*HAES*) und die *Fat-Acceptance-Bewegungen* dieses bewerten und neue Handlungsempfehlungen aufzeigen. Somit entsteht ein eigener Frame, der in Abbildung 12 dargestellt ist, der bei der Datenerhebung hilfreich sein wird.

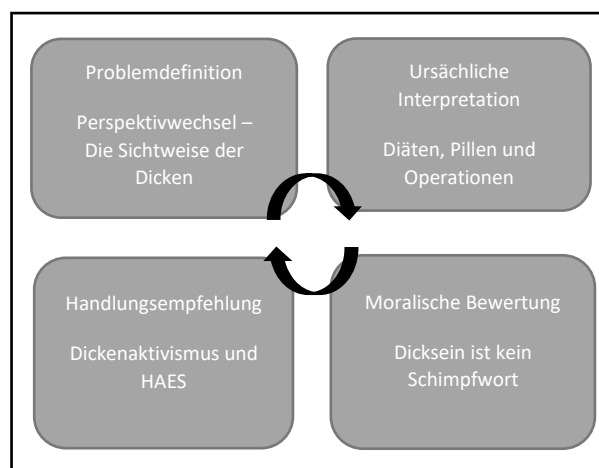


Abb. 12: Vier-Frame-Elemente (eigene Erstellung)

Nach der Sichtung des Datenmaterials und der Literaturrecherche über die Themen Gewichtsdiskriminierung, *Health at Every Size (HAES)* und *Fat-Acceptance-Bewegungen*, werden die Daten mit Hilfe des Framing-Ansatzes in die einzelnen Frames eingeteilt und bewertet.

4. Ergebnisse

4.1. Problemdefinition: Perspektivwechsel - Die Sichtweise der Dicken

4.1.1 Auswirkungen von Gewichtsdiskriminierung

Unsere vom Dünnssein besessene Gesellschaft ist fest davon überzeugt, dass dicke Menschen für ihr Gewicht selbst verantwortlich sind, und es politisch korrekt ist, sie zu stigmatisieren und zu verspotten. Gewichtsdiskriminierung ist eine der letzten öffentlich anerkannten diskriminierenden Praktiken. Die Diskriminierung von dicken Menschen am Arbeitsplatz, im Bildungssystem und im Gesundheitswesen ist eindeutig dokumentiert und nimmt rapide zu. 71% finden nach einer aktuellen Umfrage im Auftrag der Krankenkasse DAK dicke Menschen unästhetisch. 15% vermeiden bewusst den Kontakt zu ihnen. 37% der Befragten sorgen sich ständig, bereits zu dick zu sein oder es womöglich zu werden. 17% machen aktuell eine Diät zur Gewichtsreduktion. Für 39% sind dicke Menschen selbst daran schuld, wie sie sind. 41% halten fettleibige Menschen bei der sozialen Anerkennung, 31% in Beruf und Karriere und 27% im Hinblick auf Liebe und Sexualität für sehr benachteiligt oder eingeschränkt (DAK Forschung forsa 2016). Dicke Menschen sind im Beruf benachteiligt, erhalten häufig weniger Geld für die gleiche Arbeit, haben höhere Arbeitslosenraten und ein größeres Risiko, entlassen zu werden. Ebenso erhalten sie eine schlechtere Gesundheitsversorgung. Ihre schulischen, beruflichen und sozialen Chancen sind im Allgemeinen im Vergleich mit Menschen, die nicht als zu dick angesehen werden, verringert (Adler und Stewart 2009). Medizinisches Personal fühlt sich von dicken Patienten zum großen Teil abgestoßen. Möchten dicke Patienten nicht berühren, geben dicken Menschen die Hauptschuld für etwaige Erkrankungen und würden es zu einem erschreckenden Prozentsatz vorziehen, Hochgewichtige überhaupt nicht behandeln zu müssen (Puhl und Brownell 2006). In einer Umfrage gaben 69% der befragten Übergewichtigen an, dass sie eine Voreingenommenheit von Ärzten in Bezug auf ihr Gewicht erlebten. Ärzte verbringen weniger Zeit mit übergewichtigen Patienten und anstatt sie

ausführlich kausal zu untersuchen, schieben sie alle Beschwerden auf das Übergewicht der Patienten. Außerdem geben viele Patienten an, dass es nicht ausreichend verfügbare medizinische Geräte in ihrer Größe gibt. Die medizinische Folge durch eine Vermeidung der richtigen Pflege ist, eine Annullierung oder Vermeidung von Arztterminen und Verzögerungen bei wichtigen Gesundheitspräventionen (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Daraus folgt eine soziale Exklusion, ein Prozess, der individuelle und strukturelle Diskriminierung umfasst (Link und Phelan 2001). Selbst Ernährungsberater, die eigentlich eine Vorbild- und Unterstützungsfunktion aufweisen sollten, geben zu 87% an, dass Adipöse zügellos seien. 74% glauben, sie hätten familiäre Probleme und 32% vermuten einen Mangel an Willenskraft hinter den vielen Kilos (Puhl et al. 2014). Auch am Arbeitsplatz ist Gewichtsdiskriminierung weit verbreitet. Hochproduktive und qualifizierte Personen werden regelmäßig unterbezahlt, in der beruflichen Weiterentwicklung eingeschränkt, Leistungen verweigert und aufgrund ihres Gewichts gekündigt. Übergewichtige Bewerber_innen werden negativer bewertet und seltener eingestellt. Sie gelten als undiszipliniert, ohne Aufsichtskompetenzen und unambitioniert (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Laut einer Studie von Puhl et al. (2008) mit mehr als 2800 Amerikanern war die Wahrscheinlichkeit, gewichtsabhängige Beschäftigungsdiskriminierung im Vergleich zu „normalen“ Erwachsenen zu melden: 12-mal häufiger für übergewichtige Personen und 37-mal häufiger für adipöse Personen. 27% der Frauen berichten von Diskriminierung am Arbeitsplatz und 43% der übergewichtigen Arbeitnehmern erzählten von Gewichtsverzerrungen von Arbeitgebern und Vorgesetzten. Daraus folgt, dass Übergewichtige oder Adipöse 1-6% weniger verdienen als nicht übergewichtige/adipöse Kollegen in vergleichbaren Positionen. Frauen sind auch mit Geschlechtsunterschieden konfrontiert und erhalten weniger Beförderungen. 54% berichten, dass sie von Kollegen stigmatisiert werden. Bei einigen kam es zu Suspendierungen aufgrund ihres Gewichts, trotz guter Leistungen. Nach Angaben der National Education Association ist für dicke Schüler die Schulerfahrung geprägt von anhaltenden Vorurteilen, unbemerkter Diskriminierung und eine fast ständige Belästigung. Vom Kindergarten bis zum College erleben dicke Schüler Ächtung, Entmutigung und manchmal auch Gewalt. Einige Lehrer sind der Meinung, dass übergewichtige Schüler/Studenten unordentlich und emotionaler sind, weniger Erfolge erzielen und eher familiäre Probleme haben. Daraus folgen weniger Erwartungen an übergewichtige Schüler/Studenten als von Schlankeren. 1 von 3 übergewichtigen Mädchen und 1 von 4

übergewichtigen Jungen berichten, dass sie von Gleichaltrigen in der Schule aufgrund ihres Gewichts gehänselt werden (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Dadurch verpassen übergewichtige Schüler mehr Schultage und beenden die Schule frühzeitig. Sie besuchen weniger Universitäten oder Colleges. Gewichtsbasierte Hänseleien erhöhen die Wahrscheinlichkeit ungesunder Essgewohnheiten und die Vermeidung körperlicher Aktivität (Puhl et al. 2008). Auch in der eigenen Familie oder im Bekanntenkreis kommt es zu Stigmatisierungen aufgrund des Gewichts. Durch die Vertrautheit der Familie scheint es einfacher, Grenzen zu überschreiten und sehr verletzende Dinge auszusprechen, die man Fremden gegenüber nie äußern würde.

4.1.2. Fat Shaming

Die Vorurteile über Dicksein, sowie die Stigmatisierungen dicker Menschen sind in den letzten Jahren rasant gewachsen und besitzen mittlerweile eine ähnlich hohe Ausprägung und Verbreitung wie rassistische Vorurteile und Stigmatisierungen (Dánielsdóttir et al. 2010). In der deutschen Bevölkerung berichten über ein Viertel der Befragten über negative Einstellungen zu Menschen mit Adipositas (Hilbert et al. 2008). So geben sie geradezu vor, wie Dicke sich zu fühlen haben, wie sie soziale Interaktionen zu erleben und welche sozialstrukturelle Position sie einzunehmen haben (Tolasch 2017). Die Diskriminierung und Herabsetzung von dicken Menschen scheint eine der letzten Formen der Herabwürdigung zu sein, die auf gesellschaftliche Zustimmung und Anerkennung trifft: „Weight bias is arguably the last socially acceptable form of discrimination“ (Brewis et al. 2011). Neben der Verweigerung der Verbeamtung ab einem BMI von 30, sowie Zusatzgebühren in Flugzeugen und Diskussionen über erhöhte Krankenkassentarife für dicke Menschen, lassen institutionelle Regulationen zusätzlich eine finanzielle Benachteiligung entstehen (Schmidt-Semisch und Schorb 2008). Selbst Hotelbesitzer in Deutschland verweigern Menschen mit mehr als 130 kg den Zutritt zu ihrem Haus, da dessen Interieur nicht für Übergewichtige geeignet ist und sie deren Anblick als diskriminierend empfinden. Selbst Fitnessstudios setzen auf Stigmatisierung des dicken Körpers mithilfe ihrer Kampagnen von „headlessfattys“, indem dicke Menschen als Weihnachtskugel (Rumpf, der als unpersönliche Masse in Szene gesetzt wird) dargestellt

werden (Abbildung 13), um als Motivation für deren Mitgliedschaft zu werben (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.).



Abb.13: headlessfattys (<https://www.facebook.com/gewichtsdiskriminierung/photos/2636151836603730>)

Auch die Medien verewigen häufig stereotype Darstellungen von Menschen mit Adipositas und stärken die gesellschaftliche Akzeptanz von Gewichtsbias. US-Studien zeigen, dass 72% der Medienbilder und 77% der Videos Menschen mit Adipositas stigmatisieren (Puhl et al. 2008). Ein großer Teil der Diskussionen über Adipositas in den sozialen Medien, insbesondere auf Twitter und Facebook, ist von „Fat Shaming“ bestimmt. Das Beschämen, Belästigen oder Kritisieren von Menschen wegen ihres Gewichts und/oder ihrer Essgewohnheiten wird in den Medien häufig verwendet, um Menschen zu einer Verhaltensänderung zu bewegen (Gunnars 2019). „Fat Shaming“ wird definiert als diskreditierende, hemmungslose und meist öffentliche Äußerungen gegenüber vermeintlich übergewichtigen Menschen in Form von konkreter Kritik aufgrund des Gewichts, die als beleidigend gemeint oder verstanden wird (Korbik 2015). Es beinhaltet die Idee, dass dicke Menschen faul, ekelhaft und wertlos seien und nicht dem Schönheitsideal der heutigen Zeit entsprechen. „Fat Shaming“ scheint in letzter Zeit an Heftigkeit zugenommen zu haben und nach dem Übergewicht als sozial akzeptierte Form der Stigmatisierung gilt und die Prävalenz von negativen Einstellungen gegenüber dicken Menschen im letzten Jahrzehnt um 66% gestiegen ist (Puhl und Heuer 2009). Ca. 5% der erwachsenen Männer und 10% der erwachsenen Frauen leiden unter gewichtsbezogener Diskriminierung, wobei unter adipösen Erwachsenen der Anteil Diskriminierter auf 40% ansteigt (Puhl et al. 2008). Wer zu einer stigmatisierten Gruppe gehört, wird jeden Tag durch kleine, subtile oder scheinbar nebensächliche Dinge daran erinnert, dass er weniger wert ist. Wir haben die Botschaft „Dick ist schlecht“ und „Dünn ist gut“ von dem Moment an aufgesogen, in dem wir geboren wurden. Das Beste, was ein dicker Mensch werden kann ist...dünn, so die verengte Sichtweise auf den dicken Körper im deutschen Gesundheitssystem.

Dahinter steckt der Gedanke, dass dünn der einzig denkbare Zustand für einen gesunden Körper ist (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.).

4.1.3. Adipositas-Epidemie und HAES

Körperfett wird gesundheitspolitisch immer stärker problematisiert und bekämpft. In aktuellen Debatten wird von einer Adipositas-Epidemie gesprochen, die für ein überlastetes Gesundheitssystem verantwortlich gemacht wird und einen Rückgang der Lebenserwartung ganzer Bevölkerungsteile ausgelöst hat (vgl. Schmidt-Semisch/ Schorb 2008: 7). Diese gesellschaftliche Problemwahrnehmung ist in ihrer Deutung „zur Schicksalsfrage moderner Gesellschaften“ (ebd.: 14) geworden, für die das Individuum zunehmend zur Verantwortung gezogen wird. Es besteht eindeutig ein Bedarf an sozialen Veränderungen im Zusammenhang mit der Akzeptanz des Einzelnen, unabhängig von Körperform oder -größe. Die Befürworter_innen von HAES äußern schon lange den Wunsch, die Diskussion um das Thema Adipositas völlig aus der Waagschale zu werfen. Die Gründe dafür sind verständlich, wenn man die schlechten langfristigen Ergebnisse der traditionellen Ansätze zur Gewichtskontrolle bedenkt. Dies kann aber dazu führen, dass diejenigen Personen weiter an den Rand gedrängt werden, die sich vom Gesundheitssystem mehr Unterstützung bei der Gewichtskontrolle wünschen, insbesondere diejenigen, die unter den gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas leiden und nicht in der Lage sind, die notwendigen Verhaltensänderungen ohne zusätzliche Unterstützung vorzunehmen. Dass die Diskriminierung von übergewichtigen und adipösen Menschen gesellschaftlich kaum geächtet wird, liegt vor allem daran, dass die Mehrheit der Bevölkerung der Überzeugung sind, Übergewicht sei selbstverschuldet (Hilbert et al. 2008).

Die Mehrheit in den Ministerien und den Gesundheitsinstituten sieht dies kritischer und deshalb wird der Kampf gegen das Übergewicht mit den alten Drohszenarien und den bekannten Nebenfolgen unvermindert weitergeführt. Ihre Kampagnen gegen „schlechte und dickmachende“ Lebensmittel werden nicht dazu führen, dass sich die Menschen gesünder ernähren und gleichzeitig immer dünner werden, wobei gar nicht oft genug betont werden kann, dass dies keine Synonyme sind. Stattdessen ist zu befürchten, dass diejenigen, die – gleich, ob aus Geldmangel oder aus Geschmacksgründen – auf diese Lebensmittel nicht

verzichten möchten, in der Öffentlichkeit stetig unter Druck geraten. Dadurch stehen dicke Menschen noch stärker unter Beobachtung in ihrem Alltag und müssen sich für ihren Konsum rechtfertigen (Schorb 2010). Aufgrund der steigenden Lebensmittelpreise hat nicht jeder die finanzielle Möglichkeit, eine große Bandbreite an Lebensmittel zu kaufen und sich so zu ernähren, wie es gefordert wird. Die negativen Einstellungen gegenüber dicken Menschen mit zugewiesener Schuld am eigenen Gewicht steigen. Andere Faktoren, wie biologische und genetische Faktoren, werden von den meisten Personen als nachrangig betrachtet. Ebenso Stress oder Umweltbedingungen, die einen starken Einfluss auf das Gewicht haben können, werden oftmals unterschätzt (Lippa und Sanderson 2012). Auch der Body Mass Index (BMI) ist einer der Gründe warum sich jeder dazu berufen fühlt, den gesundheitlichen Zustand von dicken Menschen zu beurteilen. Danach hat jeder Mensch die moralische Pflicht gesund zu sein. Der BMI ist immer noch das vorherrschende Maß, mit dem Angehörige der Gesundheitsberufe und Regierungen bestimmen, was ein gesundes Körpergewicht für jemanden ist und welches nicht, um sie so darüber zu informieren, ob sie ein Risiko für die Morbidität und vorzeitige Mortalität aufweisen. In Wirklichkeit jedoch ist der BMI laut vielen Aktivisten nicht nur kein guter Maßstab für die Gesundheit, sondern es ist eigentlich gar kein Maß für Gesundheit überhaupt (HAES-Blog, Jon Robison, Oct 2011). Ein gewichtsinklusive Ansatz wie *HAES* beruht auf der Annahme, dass jeder Mensch in der Lage ist, Gesundheit und Wohlbefinden unabhängig der Gewichtskomponente erreichen kann. Unter diesem Paradigma ist das Körpergewicht kein Schwerpunkt für medizinische Behandlungen oder Interventionen. *HAES* bekräftigt eine ganzheitlichere Definition von Gesundheit und nicht nur das Fehlen von körperlicher oder geistiger Krankheit. Es schließt auch die Lebensqualität und -zufriedenheit mit ein, die für physische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden stehen. Viele dicke Menschen werden in Bereichen des Gesundheitssystems, im Bildungswesen, bei der Arbeit und in familiären Kreisen diskriminiert und stigmatisiert und sind aufgrund dessen immer benachteiligt. Die Diskriminierung und Herabsetzung von dicken Menschen scheinen somit eine der letzten Formen der Herabwürdigung zu sein, die auf gesellschaftliche Zustimmung und Anerkennung trifft.

4.2. Ursachen: Diäten, Schlankheitspillen und operative Eingriffe

4.2.1. Schlankheitswahn im Vergleich zu Übergewicht und Adipositas

Als maßgebliche Ursache für die stetige Gewichtszunahme der letzten Jahrzehnte werden die Lebens- und Arbeitsbedingungen in Industrie- und Schwellenländern verantwortlich gemacht. Um diesen adipogenen Umweltbedingungen entgegenzuwirken, wurden individuelle Abnehmstrategien entwickelt, die bisher aber regelmäßig fehlschlagen. Die Angleichung an diese adipogenen Umweltbedingungen scheitert unter anderem an der kulturellen Prägung, respektive dem Habitus der Betroffenen, an sozialem Stress, mangelnden finanziellen Möglichkeiten und nicht zu vergessen an Gewichtsdiskriminierung selbst (Schorb 2015). Der wichtigste Grund dafür, dass Gewichtsdiskriminierung so weit verbreitet ist und auf geringen Widerstand stößt, ist, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung das Körpergewicht allein für eine Frage der Disziplin hält (Hilbert et al. 2008). Außerdem impliziert das vorherrschende Schönheitsideal, dass die Wahrnehmung dicker Körper als attraktiv von vornherein ausgeschlossen wird. Diese Tendenz wird durch eine Politik der Gesundheitsförderung noch weiter verschärft, da sie ausschließlich auf schlanke, normalgewichtige Vorbilder setzt (Schorb 2015). Dieses sogenannte „Fat Shaming“ soll „durch intentionale und systemische Diskriminierung von Übergewichtigen, dazu führen, dass diese ihr Gesundheitsverhalten ändern und ihr Gewicht reduzieren (Callahan 2013). Aus diesem Grund werden verhaltensbezogene Ursachen für Übergewicht eher akzeptiert als durch körperliche Funktionsstörungen. Weitere Ursachen für diesen Wandel lassen sich in der aktuellen Gesundheitspolitik ausmachen. So erfolgen vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Maßnahmen mit dem Fokus „gesunde Ernährung“ in der Regel im Kontext der Prävention von Übergewicht und Adipositas. Diese Verknüpfung führt zu einer Stigmatisierung des dicken Körpers und macht die Kombination dick und gesund undenkbar. Da diese Maßnahmen bereits im Kindergarten ansetzen, sehen sich immer mehr dicke Kinder und Jugendliche mit dem Vorurteil konfrontiert, ihr Dicksein sei ein Zeichen mangelnder Bildung in Bezug auf „gesunde Ernährung“ und Willenskraft (Schorb 2015). Auch die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung (GgG) äußert sich zu diesem Thema und findet, dass Gewichtsdiskriminierung inakzeptabel ist und den Menschenrechten widerspricht. Fett ist ein Wort, das gesellschaftlich negativ besetzt wurde, um Machtverhältnisse zu erhalten und zu unterdrücken. In Gesellschaften, in denen es den Menschen gut geht, folgt eine höhere

Bewertung, wenn Menschen absichtlich auf Konsum und Essen verzichten, denn Disziplin gilt als Tugend (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.). Friedrich Schorb, Beiratsmitglied der GgG, findet, dass nicht das Dicksein selbst, sondern die damit einhergehende Verunsicherung und Diskriminierung in allen gesellschaftlichen Sphären Schuld an der fatalen, sozialen und gesundheitlichen Lage dicker Menschen ist (Schorb 2015:2). Auch Robison et al. (2007a) empfinden, dass der Druck dünn zu sein, durch die Ernährungs-, Mode-, Kosmetik-, Fitness-, Versicherungs- und Pharma-Industrie deutlich angetrieben wird, da sie durch die Förderung unerreichbarer Erwartungen, enorme finanzielle Vorteile erzielen. „Die Adipositasforschung wird in erster Linie von Unternehmen finanziert, die kurzfristige Methoden zur Gewichtsabnahme fördern“ (Fraser 1997), womit sie zu fragwürdiger Objektivität in der Berichterstattung über Forschungsarbeiten beitragen (Robison et al. 2007a). Dicke Körper wurden mit dem Übergang zum 20. Jahrhundert immer mehr als ein Zeichen von Maßlosigkeit und fehlender Selbstdisziplin gedeutet und Körperfett somit als problematisch angesehen (Kreuzenbeck 2015). Schon mit der Einführung der Kalorie im späten 19. Jahrhundert wurde unsere Vorstellung davon, was „richtige“ Ernährung ist, massiv verändert. Die Kalorie gibt das Versprechen, man könne die Energie von Nahrungsmitteln und den Energiebedarf des eigenen Körpers genauestens messen und anschließend aufeinander abstimmen – danach argumentieren noch heute einige Diät Ratgeber. Die Kalorie suggeriert, es sei ganz einfach, abzunehmen und die eigene Körperform somit zu gestalten. In dem Moment, in dem die Körperform scheinbar mühelos individuell steuerbar wurde, wurde Dicksein zum Problem (Mackert 2017). Ebenfalls suggeriert die National Association to adverse fat acceptance, NAAFA, dass die Angst vor der Adipositas Epidemie und dem damit verbundenen Gewichtsstigma die Systeme bewahrt, die Ungleichheiten aufrecht zu erhalten, die zu einer schlechten Gesundheit beitragen. Es ist um einiges einfacher, Menschen dafür zu beschuldigen dick zu sein und sie zum Abnehmen zu zwingen, als sich mit den sozialen Determinanten der Gesundheit zu befassen. Das Gewichtsstigma ist eine wirksame Ablenkung für politische Entscheidungsträger, die die komplizierten und differenzierten Diskussionen darüber vermeiden möchten, wer für die Gesundheit der Bevölkerung verantwortlich ist und wie diese Verantwortung erfüllt werden sollten (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Die NAAFA definiert Gewichtsstigmatisierung als die soziale Ablehnung und Abwertung, die denjenigen widerfährt, die die geltenden sozialen Normen für ein angemessenes Körpergewicht nicht einhalten. Alles,

was Übergewicht entwertet oder die Scham des eigenen Körpergewichts fördert, ist Gewichtsdiskriminierung. Denn Gewichtsdiskriminierung basiert auf der Annahme, dass das Körpergewicht unter unserer bewussten Kontrolle steht, dass jeder dünn sein könnte, wenn er sich nur anstrengt, dass dünn besser ist als dick, und daher sollte jeder das Ziel haben in einer Welt mit nur dünnen Menschen leben zu wollen. Eine Folge davon ist, dass Körpergewicht ein gültiges Maß für die Gesundheit ist und dass ein Verlust des hohen Gewichts zu einer Verbesserung der Gesundheit führt. Diejenigen mit hohem Gewicht werden ständig daran erinnert, dass sie nicht den vorherrschenden Erwartungen durch die Einstellungen, Kommentare und Handlungen anderer entsprechen, sowie durch eine Welt, die ihnen nicht gerecht wird, indem sie bequeme Stühle oder angemessene medizinische Ausrüstung bereitstellen (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance).

4.2.2. Diätprogramme, Schlankheitsspielen und Operationen

Nach Friedrich Schorb trägt der sogenannte Body-Mass-Index (BMI), zu dem Problem der Gewichtsstigmatisierung bei. Vielen ist nicht klar, dass der BMI nicht den Körperfettanteil misst, sondern nur das relative Körpergewicht. Daraus folgt, dass insbesondere muskulöse Personen einen hohen BMI aufweisen, aber eigentlich einen geringen Körperfettanteil haben. Die offizielle Definition von Adipositas ist aber ein kritisch erhöhter Fettanteil und nicht irgendein relatives Körpergewicht. Dennoch ist der BMI ein von Gesundheitsinstitutionen und -behörden weltweit anerkanntes Maß zur Ermittlung von Übergewicht und Adipositas geworden (Schorb 2010). Laut den *Fat-Acceptance-Bewegungen* sind die drei Hauptverantwortlichen für das Aufbauschen der „Adipositas-Epidemie“ und die Entstehung des Gewichtsstigmas die Diätindustrie, die zahlreichen Pharmakonzerne und die Adipositaschirurgie. Für sie sind Diäten Verschwendung von Zeit, Geld und Lebensenergie. Diäten sind bestenfalls wirkungslos, schlimmstenfalls sogar schädlich. Schon vor einigen Jahrzehnten gehörten sogenannte Crash- und Nulldiäten zum festen Behandlungsrepertoire (Schorb 2010). Zahlreiche neue Diätformen erscheinen auf dem Markt, die uns suggerieren möchten, dass wir unserem eigenen Körper nicht vertrauen können, dass wir unmöglich wissen können, was das Beste für uns selbst ist. Deswegen müssen wir unser Vertrauen in jemand oder in etwas anderes setzen. Diäten verlangen Perfektion in der Art und Weise wie

wir essen, trainieren und unseren Körper kontrollieren. Es will uns überzeugen, dass Abnehmen unser Lebenswerk ist (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Auch Natalie Rosenke, Vorsitzende der GgG, prangert die Fitness- und Diätindustrie, den medizinischen Sektor und die Nahrungsmittelindustrie an, da sie davon profitieren, dass Übergewicht als gravierendes Problem gesehen wird, und dass die meisten Menschen denken, sie selbst seien davon bedroht oder schon betroffen (deutschlandfunkkultur). Unzählige Frauenzeitschriften werben Woche für Woche mit neuen Diättipps, damit es endlich mit der Traumfigur funktioniert. Die Abnehmerfolge sind meist nur von kurzer Dauer. Auf rund 60 Milliarden US-Dollar wird der Umsatz der US-amerikanischen Diätindustrie geschätzt. In Deutschland werden für Diätlebensmittel 1,8 Milliarden Euro pro Jahr ausgegeben. Auch das Unternehmen Weight Watchers, das weltweit Abnehmkurse mit ihrem selbstentwickelten Punktesystem anbietet, Ratgeber verkauft und eine eigene Lebensmittelsparte auf den Markt gebracht hat, profitiert jährlich von mehreren Millionen US-Dollar, aufgrund der „Adipositas-Epidemie“ (Schorb 2010). Ein Vergleich von Selbsthilfe- und kommerziellen Diätprogrammen ergibt vor allem für die Selbsthilfeprogramme eine ernüchternde Bilanz. Nach ein paar Jahren hatten die Teilnehmer wieder ihr Ausgangsgewicht oder deutlich mehr, wie vor der Diät. Als Folge solcher radikalen Diäten tritt oftmals der sogenannte Jo-Jo-Effekt in Erscheinung. Die Ursache für die Gewichtszunahme nach einer Diät liegt in der Reaktion des Körpers auf den selbst herbeigeführten Mangel an Nahrung und Nährstoffen. Durch die künstliche Hungersnot fährt der Organismus seinen Energieverbrauch auf ein Minimum herunter und spätestens bei wieder normaler Ernährung, kehren die Pfunde enorm zurück (Schorb 2010). Solche Diätprogramme werden teilweise von außen aufgezwängt und liegen in den USA an der Tagesordnung. Denn Arbeitgeber drohen sogar mit Kündigung oder verweigern eine betriebliche Krankenversicherung, falls sie nicht an Gewicht verlieren. In Großbritannien wird mit Geldprämien geworben, um Übergewichtige und Adipöse zum Abnehmen zu motivieren. Neben den zahlreichen Diäten gibt es auch den Versuch dem Problem der Adipositas medikamentös beizukommen. Bisher konnte aber keiner der großen Pharmakonzerne eine wirksame und risikoarme „Abnehmpille“ auf den Markt bringen. Um einen kommerziellen Erfolg mit einem Medikament zur Gewichtsabnahme zu erzielen, ignorieren die Pharmahersteller die vielen Nebenwirkungen und sogar zahlreiche Todesfälle. Da Schlankheitspillen und Ernährungsumstellungen nur einen geringfügigen Gewichtsverlust ermöglichen, versucht man immer mehr dieses Problem mit operativen Eingriffen am Magen

zu lösen. Eine der gängigsten Methoden zur Verkleinerung des Magens ist das Magenband, wodurch ein Großteil des Magens durch ein operativ eingeführtes enganliegendes Band abgeschnürt wird. Ebenfalls beliebt ist der Magen-Bypass. Dabei wird der Magen auf einen Bruchteil seiner ursprünglichen Größe „zusammengeheftet“ und ein Bypass zum Darm gelegt. Folge davon sind ein verminderter Appetit und eine verlängerte Verdauungsphase der Patienten. Durch diese operativen Eingriffe sinkt das Gewicht auf spektakuläre Weise ab, teilweise bis auf weniger als die Hälfte des Ausgangsgewicht. Allerdings nehmen viele Patienten ohne richtige Ernährungshinweise nach der Operation wieder zu und erreichen sehr schnell wieder ihr Ausgangsgewicht. Dennoch ist die Tendenz der Magenoperationen zur Gewichtsabnahme weiter steigend. Das Argument für die lebensgefährlichen und teuren Eingriffe lautet, dass die Magenverkleinerungen auf lange Sicht die einzige Möglichkeit darstellen, schwer Übergewichtigen zu helfen und Folgeerkrankungen so zu vermeiden (Schorb 2015).

4.2.3. Dickmachende Lebensmittel und Portionsgrößen

Das allgemeine Bild von einem natürlichen, gesunden Menschen ist das eines jungen, schlanken und athletischen Menschen, mit Vorbildfunktion. Schönheit, Gesundheit und Natürlichkeit werden in der Diskussion um Übergewicht und Adipositas als Wohlstandskrankheit wissenschaftlich aufgeladen (Schorb 2010). In den USA legte Kelly D. Brownell, Professor für Psychologie an der Yale Universität, 1994 ein Konzept für die „Twinkie Tax“ („Keks-Steuer“) vor, um Übergewicht und Adipositas in den Griff zu bekommen und die Gesundheitskosten zu senken. Der eine Vorschlag beinhaltete eine Steuer von 7 bis 10% auf ungesunde Lebensmittel. Die anfallenden Steuereinnahmen könnten dann den Verkauf von gesunden Lebensmitteln subventionieren. Die Steuer bezieht sich auf allgemeine Lebensmittelarten oder auf bestimmte fetthaltige Lebensmittel. Ein Alternativvorschlag ist, dass eine geringere Steuer verwendet werden könnte, um öffentliche Programme zur Förderung einer gesunden und verantwortungsbewussten Ernährung zu finanzieren (Brownell 1994). Auch in Deutschland wird über einen erhöhten Mehrwertsteuersatz auf vermeintlich ungesunde Lebensmittel diskutiert, um ihn von 7 auf 19% anzuheben. Eine Veränderung des Konsumverhalten der Bevölkerung lässt sich mit solchen Steuern sicher nicht erreichen

(Schorb 2010). Schuld für solche Maßnahmen sind nach Studien von Brownell und Kollegen aus den USA, die kontinuierlich größer werdenden Portionsgrößen in Fast-Food-Ketten und Supermärkten. In den 1950er Jahren gab es bei Mc Donald's nur eine Portionsgröße für Pommes frites. Heutzutage kann man zwischen vier Portionsgrößen auswählen. Die kleinste, „small“, ist genauso groß wie die Standardgröße aus den 1950er Jahren. Die größte, „supersize“ ist mehr als dreimal so groß. Dies gilt auch für andere Lebensmittel, denn Verpackungsgrößen sind mittlerweile keine Grenzen gesetzt. Eine Erklärung für dieses Phänomen ist, dass die Nahrung billiger geworden ist und die Lebensmittel-Industrie nur noch über einen größeren Absatz höhere Gewinne einfahren kann (Puhl et al. 2014; Schorb 2010).

4.3. Moralische Bewertung: Dicksein ist kein Schimpfwort

4.3.1. Sichtweise der Fat-Acceptance-Bewegungen und HAES-Befürworter_innen

Laut vieler Aktivist_innen aus dem Bereich der *Fat-Acceptance-Bewegungen* und auch *HAES-Befürworter_innen* stehen die oben aufgeführten Gründe und Ursachen für Übergewicht nicht im Einklang mit Ihren Argumenten und Einsichten, denn übermäßiges Körpergewicht ist nicht einem falschen, ungesunden und extremen Essverhalten geschuldet, sondern sollte vielmehr als Laune der Natur verstanden werden, die zu verändern langfristig kaum möglich ist. Somit entkoppeln Sie ihr Körpergewicht von ihrem Essverhalten (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Sie befinden die kommerziellen Annahmen als falsch und gesundheitsschädlich. Umfangreiche Informationen bestätigen, dass unser Körper in der Lage ist, uns in einem engen Gewichtsbereich zu halten, und dass Versuche, Gewicht zu reduzieren, nicht nur fehlschlagen, sondern häufig zu einer langfristigen Gewichtszunahme führen. Sie sind der Meinung, dass es keinen einzigen Ansatz zur Gewichtsreduktion gibt, der sich langfristig für mehr als einen geringen Prozentsatz der Menschen als erfolgreich erwiesen hat. Wiederholte Versuche zur Gewichtsreduktion sind auch mit verminderten gesundheitlichen Ergebnissen und schlechteren Stoffwechselmaßnahmen verbunden (ASDAH - Association for size diversity and health). Außerdem kommt es durch Gewichtsmanipulation zu Schamgefühlen, Depressionen, Unzufriedenheit des Körpers, geringem Selbstwertgefühl und Wertlosigkeit. Gewichtsdiskriminierung bietet eine Rationalisierung für die schlechte

Behandlung von Menschen aufgrund ihres Körpergewichts (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance).

Ebenso sind die Ungleichheiten in Bezug auf Macht, Geld und Ressourcen die Hauptursachen für die entstehenden Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit. Obwohl schon Ende der 1970er Jahre Zweifel in der Medizin und Psychologie an der hegemonialen Darstellung der Ursachen und Folgen von Dickleibigkeit aufkamen, wurden sie nicht ernst genommen und übergangen. Ebenfalls wurde der Hinweis, dass ein automatischer Zusammenhang zwischen Nahrungsaufnahme und dem Körpergewicht nicht nachweisbar ist, außen vorgelassen. Versuche, mit Diäten das eigene Körpergewicht zu verändern, führten fast immer zum sogenannten Jo-Jo-Effekt. Dieser Effekt hat aber viel gravierendere gesundheitliche Folgen als ein hohes aber stabiles Körpergewicht und führt langfristig zu einer weiteren Gewichtszunahme (Schorb 2015). In der Tat veröffentlichte die American National Institutes of Health (NIH) bereits 1992 eine Konsenserklärung, dass eine Diät eine ineffektive Methode ist, um einen nachhaltigen Gewichtsverlust zu erzielen. Ein bis zwei Drittel der Diätetiker nahmen mehr Gewicht zu als ursprünglich verloren. Judith Matz von der NAAFA erklärt: „[...] dass das Klima des „Dünn ist in“ nach diesem Ideal schreit. Aber wir alle beginnen bei unterschiedlichen Ausgangspunkten. Einige Menschen sind von Natur aus dünn, während andere natürlich breiter sind. Manche Menschen sind klein, während andere groß sind. Das Körpergewicht ist weniger formbar, als die aktuellen Überzeugungen der Diäten uns glauben lassen möchten. Durch die Evolution unterscheidet der Körper nicht zwischen Lebensmittelknappheit durch eine Hungersnot und einer selbstaufgelegten Diät, um das aktuelle Ideal der Dünnheit zu erzielen. Während einer Diät bereitet sich der Körper auf eine Hungersnot vor. Wenn sie anschließend wieder mehr Nahrung zu sich nehmen, lernt ihr Körper Fett effizienter zu speichern, um sich auf die nächste Hungersnot/Diät vorzubereiten. Dies ist der Grund, warum Diäten so oft zu einem höheren Gewicht führen, als vor der Diät“ (Matz; NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Ein Gewichtsverlust ist möglicherweise nicht harmlos und kann den Stress, die Freisetzung persistenter organischer Schadstoffe und das Osteoporoserisiko erhöhen. Somit ist nach Meinung der *Fat-Acceptance-Bewegungen* die Wirksamkeit und Sicherheit einer Diät zur Gewichtsreduktion fraglich, ebenso wie die gesundheitlichen Folgen der häufigsten Formen von Fettleibigkeit. „Abnehmversuche unter Druck sind selten nachhaltig und macht Menschen nur dicker,

essgestörter und unglücklicher“ (ASDAH - Association for size diversity and health). Die Konzentration auf den Einzelnen als Ursache und wahrscheinlichste Heilmittel für Fettleibigkeit fördert nicht nur die Ineffizienz, sondern auch das Gewichtsstigma, das besonders gesundheitsschädlich sein kann (Kreuzenbeck 2015). Die Mitglieder der NAAFA raten nachdrücklich von Diäten zur Gewichtsreduktion ab und verurteilen somit jede Diät-Marketing-Strategie, die auf Schuld und Angst beruht. Solche Ansätze verursachen unermessliches Leid, in dem das Selbstwertgefühl durch negative Stereotypen ruiniert wird (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Aus diesem Grund fördern sie die Regulierung der Diätindustrie durch lokale und staatliche Regierungen, um den Verbraucher vor irreführenden Behauptungen in Bezug auf die Sicherheit und Wirksamkeit langfristig zu schützen (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Andere Forschungsarbeiten zeigen, dass dicke Patienten oftmals nur zur Gewichtsabnahme von Ärzten geraten wird, während bei Normalgewichtigen CT-Aufnahmen, Bluttests oder Physiotherapie angeordnet wird. Wenn aufgrund des unterschiedlichen Gewichts unterschiedliche Untersuchungen und Therapien bei Patienten mit der gleichen Krankheit empfohlen werden, ist das unethisch und auch ein Behandlungsfehler (ASDAH - Association for size diversity and health). Aktivist_innen der *Fat-Acceptance-Bewegungen* bestehen darauf, dass man nicht davon ausgehen kann, dass jemand ungesund ist, nur weil er übergewichtig ist, genauso wenig wie man davon ausgehen kann, dass jemand gesund ist, nur weil er schlank ist. Der Fokus soll vielmehr auf Gesundheitsmessungen liegen, die aussagekräftiger sind als Zahlen auf einer Waage. Denn ihrer Meinung nach ist es möglich gesund zu sein, egal wie schwer man ist und ein Gewichtsverlust als Ziel zwecklos, unnötig und kontraproduktiv ist (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Erst durch die Beobachtung, Definition, Deutung und Behandlung durch Disziplinen wie Public Health werden Phänomene, aus deren bloßer Existenz noch nicht notwendigerweise soziale Konsequenzen folgen, zu sozialen Problemen, die als dringend behandlungs- und veränderungsbedürftig interpretiert werden (Schorb 2015). Die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung (GgG) sieht das Problem in der Gesellschaft, da sich in den Köpfen hartnäckig festgebissen hat, dass „fett“ und „fit“ nicht zusammengehen, überlagert den Aspekt des Gewichts den der körperlichen Aktivität in den öffentlichen Debatten noch zu oft (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.). Deb Burgard (2009) findet, dass das Paradigma der Gewichtsabnahme um jeden Preis, das in der Vergangenheit allzu oft nicht zu

einer dauerhaften Lösung, wohl aber zu Frustration, Selbstzweifeln und einer Abwendung von einem gesundheitsförderlichen Lebensstil insgesamt geführt hat, sollte durch Gesundheit bei jedem Gewicht (*HAES*) abgelöst werden.

4.3.2. Gewichtsinklusiver Ansatz (*HAES*) im Vergleich zu traditionellen Ansätzen (Diäten)

Mittlerweile gibt es schon einige Studien, die aufzeigen möchten, dass *HAES* ein besserer Lösungsansatz für die Gesundheit ist als jede Diät (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Vergleich von zugrundeliegenden Annahmen traditioneller Gewichtsmanagement-Ansätze mit denen von *HAES*

Table	
Comparison of the Traditional Weight-Loss Paradigm With Health At Every Size	
<i>Traditional Weight-Loss Paradigm</i>	<i>Health At Every Size</i>
Everyone needs to be thin for good health and happiness.	Thin is not intrinsically healthy and beautiful, nor is fat intrinsically unhealthy and unappealing.
Individuals who are not thin are "overweight" because they have no will power, eat too much, and do not move enough.	Individuals naturally have different body shapes and sizes and different preferences for food and physical activity.
Everyone can be thin, happy, and healthy by dieting.	Dieting usually leads to weight gain, decreased self-esteem, and increased risk for disordered eating. Health and happiness involve a dynamic interaction among mental, social, spiritual, and physical considerations.

(Robison 1997)

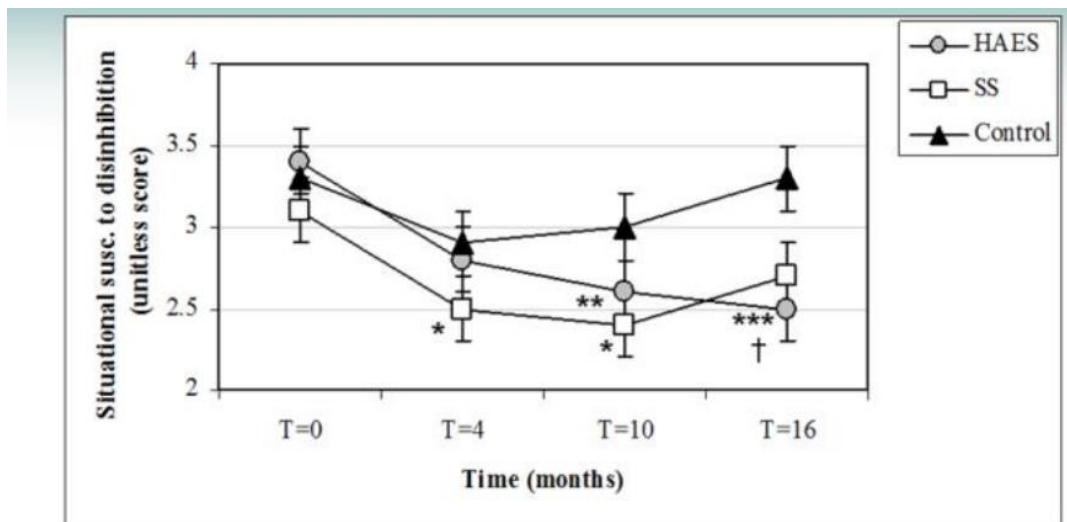
Der *HAES-Ansatz* konzentriert sich nicht auf irgendein Maß für Körpergewicht, -form oder -größe, sondern ermutigt stattdessen zu einem "erfüllten und sinnvollen Lebensstil", indem er sich nach innerlich gelenkten Signalen von Hunger oder Sättigung ernährt und sich einem so genannten vernünftigen Maß an körperlicher Aktivität hingibt (Robison 2005). Infolgedessen argumentieren die Befürworter_innen von *HAES*, dass traditionelle Ansätze, wie Diäten, zur Gewichtsabnahme Menschen, die abnehmen wollen, eine falsche Hoffnung geben. Stattdessen legt die *HAES-Perspektive* nahe, dass traditionelle Ansätze nicht nur unwirksam sind, sondern Diäten und Restriktionen auch körperliches, emotionales und spirituelles Leid verursachen. Wenn Menschen, die von Fettleibigkeit betroffen sind, letztlich "versagen", wenn sie das vorherrschende Rezept "weniger essen, mehr bewegen" anwenden oder nicht eine vorher festgelegte Menge an Gewicht verlieren, weisen die Befürworter_innen von *HAES*

darauf hin, dass diese "Misserfolge" den Menschen das Gefühl geben können, dass sie nicht normal sind oder nicht gesund sein können, wenn sie nicht eine eng definierte und sozial konstruierte Körpergröße erreichen. Diese Versagensgefühle wiederum können zu Diskriminierung und Vorurteilen gegenüber Menschen mit Übergewicht oder Adipositas führen, was wiederum Verhaltensweisen fördert, die zu Essstörungen oder übermäßiger Bewegung beitragen können (ASDAH - Association for size diversity and health). Die Hauptkomponenten des *HAES-Ansatzes* sind intuitives Essen, Körperakzeptanz, unabhängig von Größe oder Form, sowie körperliche Aktivität für Bewegung und Gesundheit und nicht für Eliteleistungen oder zur Formung des Körpers. Das Konzept des intuitiven Essens, das ein Individuum dazu ermutigt, eher auf innere Anzeichen von Appetit, Hunger und Sättigung zu reagieren als auf äußere Anzeichen bestimmter Essenszeiten oder -ereignisse, soll ein negatives Körperbild und gestörtes Essen verhindern (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Die Autoren einiger Studien kamen zu dem Schluss, dass der *HAES-Ansatz* es den Teilnehmern ermöglicht, eine langfristige Verhaltensänderung beizubehalten, während der Ernährungsansatz dies nicht tut; obwohl die Diätgruppe an Gewicht verlor, wurde dies bei der Nachuntersuchung nicht beibehalten. Zusätzlich zu diesen länger anhaltenden Behandlungseffekten scheint der *HAES-Ansatz* einen psychologischen und potenziellen physischen Nutzen zu haben, insbesondere bei Frauen, die neben Übergewicht oder Adipositas unter Essstörungen oder chronischem Ernährungsverhalten leiden. Der *HAES-Ansatz* schätzt Körper aller Größen und scheint mehr soziale Unterstützung für die Körperakzeptanz zu bieten. Es wird auch versucht, den Wert, den der Einzelne für sich selbst als Mensch hat, und sein Festhalten an gesellschaftlichen Zwängen zu entwirren, um einer idealen Ästhetik zu entsprechen (Bacon et al. 2005). Ein traditioneller Ansatz beruht auf der Annahme, das Gewicht und Krankheit linear verlaufen und eng miteinander verbunden sind. Es wird immer wieder betont, dass es wichtig ist, eine „gesunde Lebensweise“ zu führen und ein „gesundes Körpergewicht“ anzustreben. Aufgrund dieser Überzeugungen konzentriert sich ein gewichtsnormativer Ansatz auf Gewichtsverlust und Gewichtsmanagement zur Vorbeugung und Behandlung einer Vielzahl von gesundheitlichen Problemen. Solch ein Ansatz verleiht Urteile über übergewichtige Menschen durch die Förderung der Auffassung, dass (a) übergewichtige Menschen ungesund sind und damit eine Belastung für die Gesellschaft und (b), dass das Gewicht durch eigene Willenskraft kontrolliert werden kann und schlechte Lebensgewohnheiten abgelegt werden können. Es wird außer Acht gelassen, dass genetische

und unfreiwillige Umwelteinflüsse zum hohen Körpergewicht beitragen können, und nicht nur die eigenen Lebensentscheidungen. Bei der Mehrzahl der Menschen kommt ein Gefühl der Hilflosigkeit auf, wenn sie nicht in der Lage sind, diese gewichtsbasierten Ziele zu erreichen. Laut der Diätkultur gilt der fettphobische Mythos, dass in jedem Menschen eine dünnere Version steckt (Michelberger 2021). Die steigende Anzahl an Gewichtstrends in den westlichen Gesellschaften haben einen intensiven Fokus auf Gewichtsverlust-Initiativen, obwohl keine langfristigen Ergebnisse der Teilnehmer generiert werden. Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass gewichtsnormative Ansätze wie Diäten zu Essstörungen (z.B. Bulimia nervosa) führen können und der Körper somit noch mehr geschädigt wird. Deswegen versucht der *HAES-Ansatz* gesunde, individualisierte Praktiken zu schaffen wie z.B. regelmäßige, angenehme Bewegung, die Aufnahme nährstoffreicher Lebensmittel, ausreichender Schlaf, innerliche Ruhe und eine gute Flüssigkeitsversorgung. *HAES-Befürworter_innen* arbeiten deshalb an einer Verbesserung des Zugangs zur Gesundheit, Autonomie und sozialer Gerechtigkeit für alle Menschen entlang des gesamten Gewichtsspektrums. *HAES* plädiert für intuitives Essen und dem Reagieren auf physiologische Hunger- und Sättigungssignale, indem darauf geachtet wird, wie bestimmte Lebensmittel den Körper beeinflussen und wann und wie viel gegessen wird. Auch wird hier Bewegung mit Vergnügen gleichgesetzt und mit einem positiven Körperbild verbunden. Das *HAES-Modell* ergibt sowohl statistisch, als auch klinisch signifikante Verbesserungen für die Teilnehmer an physiologischen und psychologischen Maßnahmen. *HAES* erzielt solche Gesundheitsverbesserungen erfolgreicher als traditionelle Ansätze, die eine Diät befürworten.

In einer randomisierten kontrollierten Studie (one-year follow-up) von Provencher et al. (2009) wurden 144 prämenopausale übergewichtige/adipöse Frauen entweder zufälligerweise einer *HAES-Gruppe* (HAES), einer sozialen Unterstützungsgruppe (SS) oder einer Kontrollgruppe (Control) zugeordnet. Ziel war die Bewertung der Langzeitwirkung einer HAES-Intervention (n = 48) bezogen auf das Essverhalten, Appetitgefühl, Gewichtszustände, Stoffwechselfparameter und körperliche Aktivität im Vergleich zu einer sozialen Interventionsgruppe (n = 48) und einer Kontrollgruppe (n = 48). Die HAES-Intervention bestand aus 13 wöchentlichen dreistündigen Sitzungen und einer intensiven eintägigen Sitzung, die von registrierten Ernährungsberatern und klinischen Psychologen geleitet wurden und mit einem Arbeitsbuch unterstützt wurde. Der Schwerpunkt lag auf dem allgemeinen

Wohlbefinden und einem positiven gesunden Lebensstil, sowie auf der Vermittlung von Bewusstsein und Wissen über biologische, psychologische und soziokulturelle Aspekte des Körpergewichts. Die soziale Unterstützungsgruppe wurde nicht speziell geleitet in Bezug auf Inhalt oder Richtung der Diskussion im Gegensatz zur HAES-Gruppe. Die Kontrollgruppe bestand lediglich aus einer Wartelistengruppe, der überhaupt keine spezifische Intervention angeboten wurde. Während des 16-monatigen Beobachtungszeitraum nahm die situative Anfälligkeit für das Hungergefühl im Laufe der Zeit, sowohl in der HAES- als auch in der sozialen Unterstützungsgruppe signifikant ab. Dieser Unterschied schien in der HAES-Gruppe anhaltender zu sein (siehe Abbildung 14 & 15). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe scheint ein HAES-Ansatz positive Auswirkungen auf das Essverhalten im Zusammenhang mit Enthemmung und Hunger zu haben. Die Rolle der sozialen Unterstützung (SS) scheint ein wichtiger Faktor bei der Annahme von Änderungen des Essverhaltens zu sein, da zwischen den HAES- und den SS-Gruppen keine Unterscheidungseffekte beobachtet wurden. Obwohl es von den Studienteilnehmern in der HAES-Gruppe nicht erwartet wurde, dass sie ihre Kalorienaufnahme einschränken, hatten 63,4% nach 16 Monaten ein leicht reduziertes Körpergewicht. Letztendlich konnten nur in der HAES-Gruppe signifikante Assoziationen zwischen der Essverhaltensänderung und dem Körpergewicht beobachtet werden (Provencher et al. 2009).



T=0: n=48 in the HAES group; n=46 in the SS group; n=46 in the control group
T=4 months: n=44 in the HAES group; n=39 in the SS group; n=38 in the control group
T=10 months: n=43 in the HAES group; n=36 in the SS group; n=34 in the control group
T=16 months: n=40 in the HAES group; n=34 in the SS group; n=32 in the control group
Significant within-group changes (in comparison to baseline): *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.0001.
Significant between-group differences (in comparison to the control group): †p<0.05.
HAES = "Health-at-Every-Size"; SS = Social Support.

Abb. 14: Ergebnisse: Between and within groups' pairwise differences for situational susceptibility to disinhibition at baseline (T = 0), appetite treatment (T = 4 months) and at follow-up (T = 10 months and 16 months) in HAES, SS and control groups (Provencher et al. 2009)

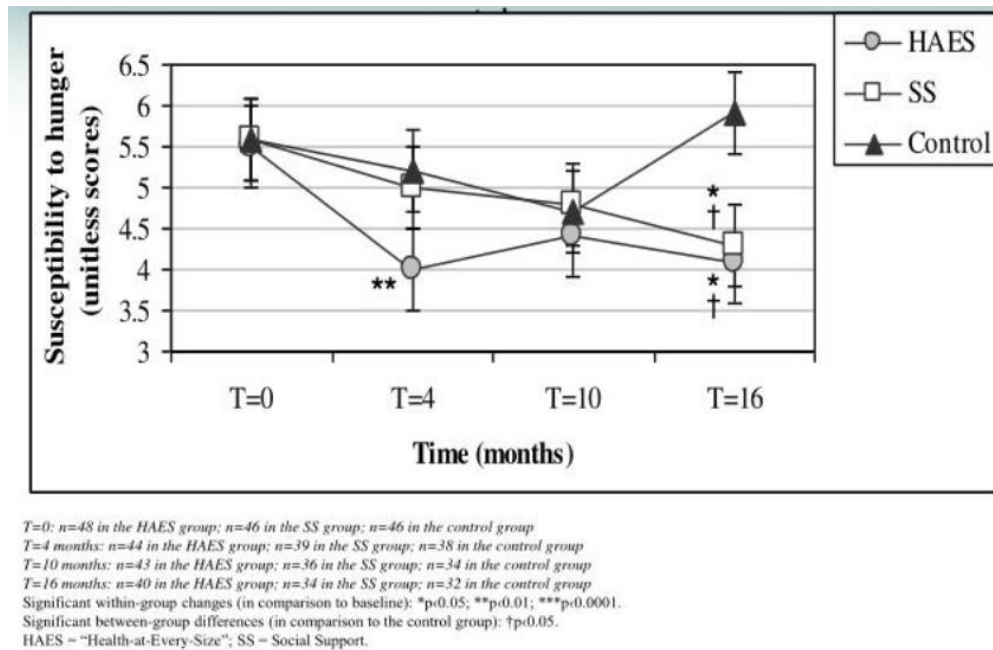


Abb. 15: Ergebnisse: Between and within groups' pairwise differences for susceptibility to hunger at baseline (T = 0), at post-treatment (T = 4 months) and at follow-up (T = 10 months and 16 months) in HAES, SS and control groups (Provencher et al. 2009)

Auch die Studie von Linda Bacon et al. (Bacon et al. 2005) wurde durchgeführt, um die Wirksamkeit eines HAES-Ansatzes zur Verbesserung der Gesundheit im Gegensatz zu traditionellen Gewichtsverlust-Modellen zu prüfen. Es handelt sich hierbei um eine sechsmonatige randomisierte klinische Studie mit 2 Jahres-follow-up. Bei den Probanden handelt es sich um weiße, adipöse (BMI > 30), chronisch diätetische Frauen im Alter von 30-45 Jahren (N = 78). Die Intervention beinhaltete sechs Monat lang wöchentliche Gruppensitzungen, in denen die Probandinnen entweder der HAES-Gruppe oder der Diät-Gruppe angehörten, gefolgt von einem halben Jahr mit monatlichen Nachsorgeuntersuchungen zur Gruppenunterstützung. Gemessen wurden Gewicht, Körpergröße, metabolische Fitness (Blutdruck, Blutfette), Energieausgaben, Essverhalten (Essstörungen) und psychologische Faktoren wie das Selbstwertgefühl, Depression und Körperbild. Die 5 Aspekte des HAES-Behandlungsprogrammes waren: Körperakzeptanz, Essverhalten, Ernährung, Bewegung und soziale Unterstützung. Beider der Diät-Gruppe lag der Fokus ähnlich wie bei anderen Gewichtsverlust-Programmen. In Abbildung 16 wird der Ablauf der fünf Testsitzungen dargestellt, mit der Baseline, einer Zwischenbehandlung nach

12 Wochen, eine Nachbehandlung nach 24 Wochen, einer weiteren Nachbehandlung nach 52 Wochen und dem follow-Up nach 104 Wochen.

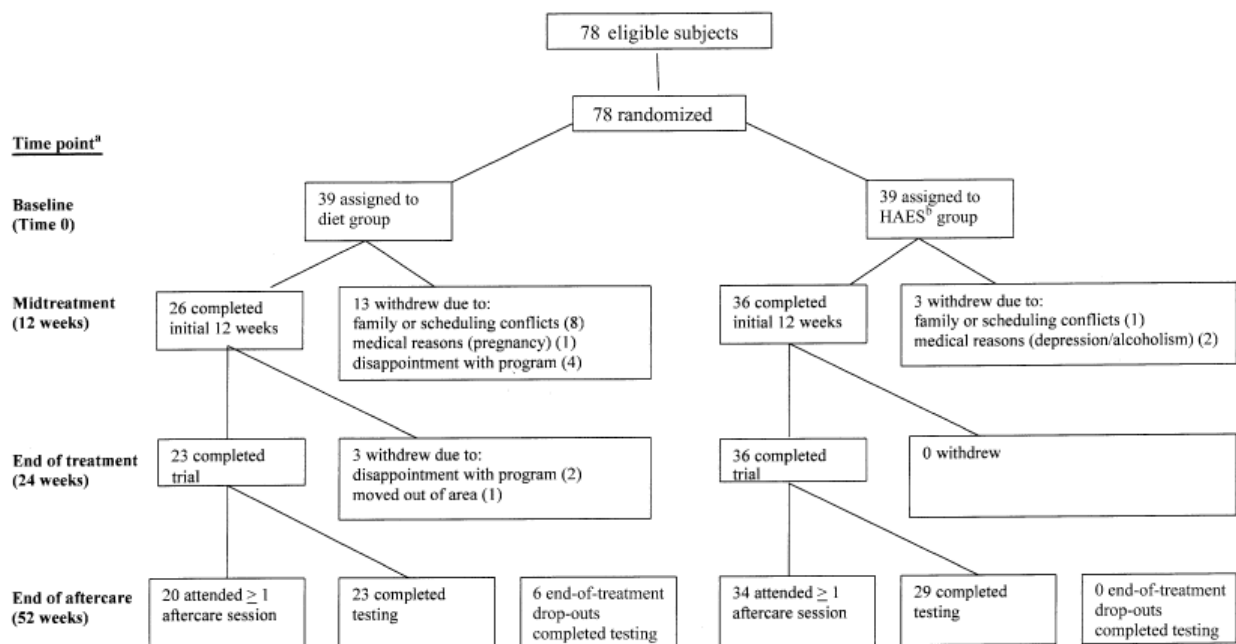


Abb. 16: Testverfahren der Diät- und HAES-Gruppe, a) vorgenommene Messungen zu jedem Zeitpunkt, b) HAES = Health at Every Size (Bacon et al. 2005)

Anhand der Ergebnisse konnte man feststellen, dass der kognitive Zwang dem Programm gegenüber in der HAES-Gruppe abnahm und sich bei der Diät-Gruppe erhöhte, was darauf hinweist, dass beide Gruppen ihre Programme umgesetzt haben. Jeweils 50% der Teilnehmerinnen von beiden Gruppen kehrten zur 2-Jahres-Bewertung zurück. Die HAES-Probandinnen zeigten nachhaltige Verbesserungen (siehe Tabelle 2) vieler Gesundheitsverhaltensweisen und -einstellungen sowie in vielen Gesundheitsrisiken, die mit Übergewicht assoziiert sind (Gesamtcholesterin, LDL, systolischer Blutdruck, Depression und Selbstwertgefühl). Die Probandinnen der Diät-Gruppe verloren an Gewicht und zeigten eine anfängliche Verbesserung in vielen Variablen nach einem Jahr. Danach wurde das Anfangsgewicht wiedergewonnen und die erreichten Verbesserungen wenig aufrechterhalten. Die Daten legen nahe, dass ein Gesundheitsansatz wie *HAES* eine langfristige und nachhaltige Verhaltensänderung ermöglicht, während ein Diät-Ansatz dies nicht unterstützt. Somit scheinen die Förderung der Körperakzeptanz, die Reduzierung von Diäten, eine gesteigerte Wahrnehmung und Reaktion auf die eigenen Körpersignale und ein gesteigertes Selbstbewusstsein wirksam zu sein bei der Unterstützung verbesserter Gesundheitsrisikoindikatoren für adipöse Frauen (Bacon et al. 2005).

Tab. 2: Essverhalten/psychologische Messungen nach Behandlungsbeginn im Zeitverlauf

Measure	Mean Values±Standard Deviation				Baseline to Follow-up Comparison (P Value)	
	Baseline (Time 0) (Diet ^a n=19; HAES ^b n=19)	Posttreatment (6 months) (Diet n=16; HAES n=19)	Postaftercare (12 months) (Diet n=18; HAES n=18)	Follow-up (24 months) (Diet n=19; HAES n=19)	Within-group analysis	Between-group analysis
Eating inventory						
Restraint						
Diet	7.9±4.9	11.9±4.0 ^c	10.9±3.9 ^c	9.6±4.7	.076	.007 ^d
HAES	7.6±4.0	5.6±3.7 ^{ce}	5.2±3.1 ^{ce}	5.4±3.3 ^{ce}	.047 ^d	
Hunger						
Diet	8.1±3.5	5.6±4.2 ^c	6.3±3.6	7.1±3.9	.216	.268
HAES	8.4±2.9	4.4±3.1 ^c	5.2±3.3 ^c	6.1±4.0 ^c	.014 ^d	
Disinhibition						
Diet	12.2±2.1	8.4±2.8 ^c	9.7±3.0 ^c	10.3±3.1 ^c	.013 ^d	.070
HAES	12.1±2.5	7.6±4.2 ^c	7.2±4.3 ^c	8.2±3.9 ^c	.000 ^d	
Eating disorders inventory^f						
Drive for thinness						
Diet	4.6±4.6	2.9±2.7	3.2±4.1	3.7±3.2	.354	.042 ^d
HAES	7.1±6.1	2.6±3.3 ^c	2.6±3.9 ^c	2.6±3.6 ^c	.004 ^d	
Bulimia						
Diet	4.6±4.0	1.3±2.1 ^c	1.1±1.4 ^c	2.7±3.7	.061	.464
HAES	3.8±3.4	1.1±1.5 ^c	0.8±1.9 ^c	1.1±1.4 ^c	.002 ^d	
Body dissatisfaction						
Diet	17.5±5.9	15.1±6.2 ^c	17.0±7.7	16.8±8.0	.634	.023 ^d
HAES	17.9±4.5	12.8±7.5 ^c	13.6±8.3	11.9±6.6 ^{ce}	.002 ^d	
Interoceptive awareness						
Diet	3.5±4.3	2.1±3.2	0.9±1.4 ^c	2.3±3.2	.123	.425
HAES	4.6±4.5	3.3±3.5	2.8±4.6	2.4±3.1 ^c	.038 ^d	
Beck Depression Inventory						
Diet	7.5±7.2	4.5±6.3 ^c	3.9±4.9 ^c	6.6±5.6	.134	.011
HAES	10.3±9.5	6.9±9.3 ^c	6.4±9.4 ^c	6.6±8.8 ^c	.001 ^d	
Rosenberg Self-Esteem Inventory						
Diet	31.2±5.5	32.5±5.5	32.2±4.8	29.1±5.8 ^c	.028 ^d	.000 ^d
HAES	30.9±3.8	32.1±5.8	32.4±5.6	33.7±4.5 ^{ce}	.001 ^d	
Body image avoidance						
Diet	38.3±8.1	36.2±6.3	35.9±6.1	34.2±6.5	.059	.187
HAES	38.9±11.2	29.6±9.1 ^{ce}	28.4±9.9 ^{ce}	30.3±10.0 ^c	.003 ^d	

^aDiet=diet group.
^bHAES=health at every size group.
^cSignificant within-group difference from baseline.
^dSignificant difference from baseline to follow-up.
^eSignificant between-group difference.
^fFour Eating Disorder Index subscales did not change and are not reported (ineffectiveness, interpersonal distrust, maturity fears, perfectionism).

(Bacon et al. 2005)

4.3.3. Folgen von Gewichtsdiskriminierung

Trotz dieser Datenlage nimmt die Besessenheit vom „Dünn sein“ in einigen Schichten immer noch zu und ist vielleicht das letzte kulturell akzeptierte Vorurteil gegen Menschen, die ihr Gewicht nicht nach unrealistischen gesellschaftlichen Standards messen (Robison et al. 2007b). Gewichtsdiskriminierung hat eindeutig den Effekt, dass die Wahrnehmung oder

Ausübung von Menschenrechten und Grundfreiheiten beeinträchtigt wird. Darüber hinaus werden übergewichtige und adipöse Menschen aktiv an den Rand der Gesellschaft gedrängt und damit zu strukturellen Ungleichheiten in der Welt beigetragen. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass Gewichtsdiskriminierung durch eine Vielzahl von Mechanismen zu Armut, sozialer Abwärtsmobilität und Krankheit dicker Menschen beiträgt (Ernsberger 2009). Regelrechter Hass gegenüber Dicken führt zu weniger wirtschaftlichen und beruflichen Möglichkeiten sowie zu niedrigen Löhnen, wirkt sich negativ auf die sozialen Beziehungen innerhalb der Familien und zwischen Sexualpartnern aus, kann zu Essstörungen, Störungen des eigenen Körperbildes und diversen anderen psychischen Störungen sowie zu einer Vielzahl von medizinischen Indikatoren wie zu hohes Cortisol, hoher Cholesterinspiegel und insgesamt höherer Mortalität führen (Schorb 2015; Tomiyama et al. 2018; Durso et al. 2012). Auch andere negative Effekte auf das Gesundheitsverhalten zeigen sich in einer verringerten Motivation für sportliche Aktivitäten und dem Meiden von Vorsorgeuntersuchungen (Puhl und Brownell 2006; Sykes und McPhail 2008). Das Problem scheint zweierlei zu sein, da die Qualität der Gesundheitsversorgung durch mangelnde Sympathie und Kenntnis der besonderen Bedürfnisse dicker Menschen sowie durch fehlende geeignete medizinische Ausrüstung zur Bewältigung der Bedürfnisse dicker Menschen beeinträchtigt wird. Zusammengefasst tragen Dickenfeindlichkeit und Unwissenheit aktiv zum allgemeinen Gesundheitszustand übergewichtiger und adipöser Menschen bei. Hinzu kommt, dass wiederholte Versuche, Gewicht zu verlieren, nicht nur notorisch unwirksam sind, sondern auch zu mehr Gesundheitsproblemen führen, als ein stabiles Körpergewicht (Gaesser 2009; Kilpela et al. 2019). Dicke Menschen brauchen mehr als Toleranz, sie wollen Akzeptanz, die volle gesellschaftliche Teilhabe und eine rechtliche Grundlage, um sich gegen Gewichtsdiskriminierung zur Wehr setzen zu können (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.). Denn für sie gilt: Es leiden nicht diejenigen an ihrem Gewicht, die nach bestimmten Kategorien als übergewichtig oder adipös definiert werden, sondern diejenigen die sich zu dick fühlen. Dieses „Sich-zu-dick-Fühlen“ hat an der Diskussion um die Gefahren und Kosten des Übergewichts einen ebenso großen Anteil wie das vorgeschriebene Schönheitsideal (Schorb 2010). Die „Schuld“ an diesem Szenario kann man dennoch nicht allein den Kampagnen der Bundesregierung, der Diät- oder Pharmaindustrie in die Schuhe schieben. Ein sehr viel tieferliegendes gesellschaftliches Problem liegt hinter der kollektiven Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper: der stetig wachsende Leistungsdruck einer

Gesellschaft, die einerseits Konformität und unbedingten Anpassungswillen, andererseits Kreativität und Einzigartigkeit fordert. Es ist eine Gesellschaft, in der das Konkurrenzdenken anschwillt und andere schneller, schlanker, origineller und anpassungsfähiger scheinen, als man es selbst je sein kann (Schorb 2010). Trotzdem wird Gewichtsverlust heutzutage auf individueller oder gesellschaftlicher Ebene immer als „Lösung“ dargestellt für die vermuteten Gesundheitsrisiken des Übergewichts (Keith et al. 2006). Da in den letzten Jahren die Umsätze der Diätindustrie zurück gingen, erfinden sich die größten Unternehmen neu: Weight Watchers wird zu WW, die Brigitte Diät heißt jetzt Brigitte Balance und „FDH“ wird jetzt Intervallfasten genannt. „Alter Wein in neuen Schläuchen“ (Michelberger 2021). *HAES* wirkt diesem entgegen, in dem es die Größenakzeptanz gegenüber Diäten als Weg zu Gesundheit und Wohlbefinden fördert. *HAES-Befürworter_innen* plädieren für ein Gesundheitsmodell das ganzheitlicher ist und keinen reduktionistischen Fokus auf Zahlen, einer Waage, einem Maßband oder einer BMI-Tabelle hat (Bombak 2018).

4.3.4. Gewichtsdiskriminierung und *HAES*

Gewichtsstigmatisierungen manifestieren sich auch in sozio-strukturellen Barrieren, die den Zugang zu einer ausreichenden medizinischen Versorgung erschweren. Viele Menschen sind der Meinung, dass ihr Stigma übergewichtige Menschen motiviert mehr Kalorien zu verbrauchen und schlussendlich an Gewicht zu verlieren. Der gewichtsinklusive Ansatz *HAES* beruht auf der Annahme, dass jeder Mensch und jeder Körper in der Lage sind, Gesundheit und Wohlbefinden unabhängig ihres Gewichts zu erreichen und somit ist der Zugang zu einer nicht-stigmatisierenden Gesundheitsversorgung gegeben. Somit zielt dieser Ansatz darauf ab, dass (a) gewichtsbedingte iatrogene Praktiken innerhalb des Gesundheitswesens und anderer gesundheitsbezogener Institutionen auszumerzen und (b) die Diskriminierung von Gesundheitsproblemen zu beenden (Burgard 2010). Bei dieser Herangehensweise wird die „Schuld“ für das Scheitern der Gewichtsabnahme auf den eigentlichen Prozess der Gewichtsabnahme und nicht auf die Person selbst gelegt, was dazu beitragen kann, Stigmatisierungen zu reduzieren. *HAES-Befürworter_innen* weisen immer daraufhin, dass jeder die empirische Evidenz für Behandlungen zur Gewichtsabnahme kritisch bewerten soll, da nur schwache Belege für ihre langfristige Wirksamkeit vorliegen. Nach Meinung der

Aktivist_innen sollen sich die Angehörigen der Gesundheitsberufe dafür einsetzen, die kulturelle und zwischenmenschliche Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen und im Umfeld ihrer Patienten zu verringern, um die Prozesse zu fördern, die die physische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden fördern (Penney und Kirk 2015). Der Wert eines Menschen wird in unserer Gesellschaft, und auch durch die Diätkultur propagiert, nur anhand des äußeren Erscheinungsbildes definiert. Es wird somit verdeutlicht, dass schlank und dick zwei eindeutige Gegensätze sind und nicht etwa gleichwertige Varianten (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.). Das Ideal oder besser das ultimative Statussymbol, nach dem wir alle streben sollten, wird als Schlankheit präsentiert. Danach gilt man als schön, gesund und diszipliniert und wird auf eine andere Ebene gehoben, die man nicht mehr unter Beweis stellen muss. Wer jedoch als dick abgestempelt wird, gilt als hässlich, ungesund und faul. Der sichtliche Beweis für Willensschwäche. Diese Diskriminierungen und Stigmatisierungen sollten ein Tabu sein. Denn dicke Menschen erfahren nur Anerkennung, wenn sie sich einer Gewichtsabnahme unterziehen, wofür sie anschließend bewundert und erst dann wertgeschätzt werden. Wer nicht in der Lage ist abzunehmen oder auch gar nicht schlanker sein möchte, und sich diesem Wertesystem entziehen will, wird sofort abgeschrieben, denn dieses Verhalten gilt als Affront in der Diätkultur. Dünnsein ist gut, und Dicksein ist schlecht (Michelberger 2021). Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass anhaltende Erfahrungen von Gewichtsdiskriminierung Stress auslösen, der zu erheblichen gesundheitlichen, physischen sowie psychischen Problemen führen kann. Darunter zählen etwa hoher Blutdruck oder ein erhöhter Cortisolspiegel (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Solche gesundheitlichen Probleme werden dann dem Körpergewicht zugeschrieben und nicht den gesellschaftlichen Stigmatisierungen, von denen sie eigentlich ausgelöst werden. „Nicht das Dicksein selbst, sondern die damit einhergehende Verunsicherung und Diskriminierung in allen gesellschaftlichen Sphären habe Schuld an der prekären sozialen und gesundheitlichen Lage dicker Menschen“ (Schorb 2015).

4.4. Handlungsempfehlungen: Dickenaktivismus – Dick sein und stolz drauf (HAES)

4.4.1. *Health at Every Size (HAES)*

Ein Großteil der Menschen ist mit seinem Körper nicht zufrieden, fühlt sich zu dick und unansehnlich, hat Angst vor krank machender Ernährung und verzichtet auf das, was ihm eigentlich schmeckt. Sie essen das, was als gesund und schlank machend suggeriert wird. Viele hangeln sich von Diät zu Diät, um die Zahl auf der Waage zu beeinflussen und werden dabei letztendlich nur dicker und vor allem unzufriedener (Schorb 2010). Um diese Misere zu beenden, setzen sich schon seit einigen Jahren verschiedene Organisationen, wie die NAAFA, ASDAH und die GgG, für die Akzeptanz übergewichtiger Menschen ein. Sie fordern, Übergewicht und Adipositas nicht länger als einen Schönheitsfehler, eine Krankheit oder gar eine Epidemie zu betrachten, sondern als Teil der Gesellschaft mit einer Vielfalt an Körperformen. Der Leitspruch der NAAFA lautet: „We come in All Sizes“, wir kommen in allen Größen und Formen (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Aus diesem Grund haben sich in den USA *Fat-Acceptance-Bewegungen* zusammengeschlossen und einen neuen Ansatz, *Health at Every Size (HAES)*, entwickelt, um die fehlgeschlagenen Schlankheitsdiäten hinter sich zu lassen und ihren dicken Körper nicht nur zu akzeptieren, sondern ihre Körpermaße sogar gut zu finden. Schon vor einigen Jahren forderte der Fat Underground: „Fat People of the World, Unite! You have nothing to Lose“ (Freespirit 1979). Mit *HAES* will man zweierlei bewirken: Dass Gesundheit nicht am Körpergewicht festgelegt wird und der Öffentlichkeit, sowie den politisch Verantwortlichen zu verdeutlichen, dass nicht das Übergewicht, sondern die gesellschaftliche Diskriminierung und Stigmatisierung dicke Menschen krank macht (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Der *Health at Every Size-Ansatz* suggeriert nicht, dass alle Menschen mit einem gesunden Körpergewicht leben, sondern dass Verhaltensänderungen das Gewicht auf einem gesunden Niveau stabilisieren können (Robison 2005). Anstatt dass Menschen versuchen bestimmte Heißhungerattacken zu umgehen, um strenge Diätregeln einzuhalten, nutzt die intuitive Ernährung von *HAES* die natürliche Fähigkeit des Körpers, die Nahrungsaufnahme zu regulieren. Die Prinzipien sollen die Betroffenen dazu ermutigen, ohne Beurteilung zu beobachten, wie sie sich bei der Nahrungszufuhr fühlen. Dazu gehört es, die Hunger- und Sättigungsreize zu honorieren, die Energielevel zu beachten und zu erkennen wann Nahrung

z.B. als Trost verwendet wird (Bacon und Aphramor 2011; Tribole und Resch 2012). Das Ziel des intuitiven Essens ist es nicht perfekt zu essen, sondern vielmehr eine angenehmere Beziehung zum Essen aufzubauen (Tribole und Resch 2012). Ein weiteres Ziel des intuitiven Essens ist es, zur Gewohnheit zurückzukehren, die eigenen Körper-Anhaltspunkte für die Entscheidungsfindung über Lebensmittel zu nutzen, und auch das Bewusstsein für die Ergebnisse dieser Entscheidungen zu erhöhen (Burgard 2010). *Health at Every Size* bietet eine effektive, mitfühlende Alternative zu den Fehlern traditioneller Ansätze. Es gibt mittlerweile eine umfangreiche Literatur, die eindeutig belegt, dass die meisten so genannten Gewichtsprobleme mit wenig oder gar keinem Gewichtsverlust wirksam behandelt werden können (Robison 2005). Durch eine wachsende Zahl an Forschungsergebnissen wird die Erkenntnis untermauert, die aufzeigt, dass adipöse Menschen, die aktiv und fit sind, eine geringere Sterblichkeitsrate aufweise, als normalgewichtige Menschen, die inaktiv und unfähig sind [14-16]. Jüngste Ergebnisse zeigen, dass der *HAES-Ansatz* einer modernen, verhaltensbezogenen Gewichtsabnahme-Intervention zur Verbesserung der langfristigen Gesundheit adipöser Studienteilnehmer eindeutig überlegen ist (Robison 2005). Bei der Verlagerung des Fokus von einem gewichtsorientierten zu einem gesundheitsorientierten Paradigma, fordert *HAES* einige der wichtigsten Annahmen traditioneller Ansätze zum Gewichtsmanagement heraus. Dies beinhaltet:

1. Dass Adipositas ein signifikantes Morbidität- und Mortalitätsrisiko darstellt;
2. dass ein Gewichtsverlust das Leben verlängern wird;
3. dass jeder, der entschlossen ist an Gewicht zu verlieren, es nur mit einer entsprechenden Diät und Bewegung halten kann;
4. dass das Streben nach einem Gewichtsverlust ein praktisches und positives Ziel ist;
5. dass der einzige Weg für Menschen mit Adipositas zur Verbesserung der Gesundheit der Gewichtsverlust ist;
6. dass die mit Adipositas verbundenen Kosten einen hohen Stellenwert/Belastung für das Wirtschafts- und Gesundheitssystem haben und diese nur durch das Fokussieren auf die Behandlung und Prävention von Adipositas korrigiert werden können (Penney und Kirk 2015).

Dr. Jenny Copeland ist der Meinung, dass „*HAES* mehr als einfache Verhaltensentscheidungen, achtsam und genussvoll zu essen und zu trainieren, ist. Es ist

wahrhaftig eine Reihe von Werten und Leitprinzipien, mit denen wir uns der Welt um uns herum nähern können. Denn niemand sollte das Bedürfnis verspüren, sein Aussehen oder seine Persönlichkeit zu ändern, um sich den Standards anderer anzupassen. Nur ich kann entscheiden, was Gesundheit für mich bedeutet, denn ich bin der Experte in meinem Körper. Jeder Mensch sollte die Möglichkeit haben, seinen Körper zu lieben, zu respektieren und zu schätzen, frei von Einschränkungen, die von der Gesellschaft, den Mediziner*innen oder der eigenen Geschichte auferlegt werden (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Auch Natalie Rosenke von der GgG teilt ihre Meinung auf verschiedenen Plattformen: „Was für uns zählt, ist die Motivation, gegen einen uns alle schädigenden Schlankheitswahn aktiv vorzugehen. Denn mein Körper ist nicht deine Kommentarspalte und Schönheit ist keine Frage der Konfektionsgröße. Der Mensch wird nicht in seinem Ist-Zustand angenommen, sondern er soll immer bestimmte Optimierungslevel erreichen, um an bestimmten Marken gemessen zu werden. Es geht nicht um individuelle Gesundheit“ (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.).

4.4.2. Fat-Acceptance

In den letzten 30 Jahren hat die *Fat-Acceptance-Bewegung* in den USA an Popularität gewonnen und sich zu dem entwickelt, was von immer mehr Beteiligten als *HAES* bezeichnet wird. Ihre Beschäftigungsfelder beinhalten zum einen auf die Unwirksamkeit und Gefahren von Diäten zur Gewichtsabnahme aufmerksam zu machen, die Bedeutung von entspanntem Essen als Reaktion auf innere Körperhinweise aufzuzeigen und zum anderen den entscheidenden Beitrag von sozialen, emotionalen, spirituellen und physischen Faktoren zu Gesundheit und Glück in den Fokus zu rücken (Robison et al. 2007b). Als Eckpfeiler von *Health at Every Size* wird die Selbstakzeptanz gesehen, um die natürliche Vielfalt in der menschlichen Form zu ehren und kulturelle Vorurteile herauszufordern. Es wird gefordert, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe sich ihren eigenen Vorurteilen stellen müssen, um neue Strategien zu erlernen, die es den Klienten ermöglichen, dasselbe zu tun. Durch die Arbeit der *Fat-Acceptance-Bewegungen*, NAAFA und ASDAH, wurden Materialien entwickelt, die Gesundheitsexperten dabei helfen sollen, ihre eigenen Gewichtsvorurteile zu verstehen und zu bekämpfen. Darunter fallen

auch einige Bücher, die von dickeren Frauen im Gesundheitswesen verfasst wurden, die mit den Schmerzen des Aufwachens in einer dünnbesessenen Kultur zu kämpfen haben (Bernell 2000; Bruno 1996; Erdman 1996, 1995; Goodman 1995; Wann 1999; Robison et al. 2007b). *HAES* definiert ein gesundes Gewicht als das Gewicht, bei dem Menschen sich wohl fühlen und einen erfüllten, bedeutungsvollen Lebensstil führen. Der traditionelle, strukturierte, sportorientierte Bewegungsansatz funktioniert bei vielen Menschen nicht. Das Hauptaugenmerk bei *HAES* liegt darauf, jedem Einzelnen dabei zu helfen, die Bewegung zu finden, die ihm Spaß macht und zu seiner Situation passt (Garner und Wooley 1991). *HAES* konzentriert sich auf die Förderung sozialer, spielerischer und genussvoller Bewegung, die nicht nur Joggen, Radfahren und Bewegungsunterricht beinhaltet, sondern auch alltägliche Aktivitäten wie Wandern oder Gartenarbeit (Robison et al. 2007b). Es gibt eindeutige Hinweise darauf, dass Menschen in der Lage sind, die Kalorienzufuhr entsprechend den internen Hunger-, Appetit- und Sättigungssignalen zu regulieren (Strauss 2006; Robison et al. 2007b) und dass chronische Nahrungseinschränkungen diesen Prozess stören und sogar die Wahrscheinlichkeit des Überessens erhöhen (POLIVY 1996; Robison et al. 2007b). Außerdem befürworten die Anhänger_innen von *HAES* eine intern gelenkte, „normale“ (intuitive und achtsame) Ernährung als wichtigen Bestandteil eines gesunden Körpergewichts und einer guten Gesundheit für Menschen aller Formen und Größen. *HAES* widerlegt das Konzept von „guten“ und „schlechten“ Lebensmitteln und rät deswegen von der Verwendung von extern fokussierten Ernährungsstrategien ab. Stattdessen werden nach dem *HAES-Ansatz* alle Lebensmittel legalisiert und der Schwerpunkt bei dieser Komponente liegt auf der Verringerung der Angst vor dem Essen. Jeder Einzelne erlernt wieder, wie er isst, in dem er den Signalen seines Körpers, was, wann und wie viel er isst, Beachtung schenkt und auch vertraut (Satter 2011; Hirschmann J.R. & Munter, C.H. 1995). Befürworter_innen von *HAES* sind sich bewusst, dass individuelle Probleme mit der Ernährung und dem Körpergewicht oft symptomatisch für zugrunde liegende Beschwerden sind, die nicht allein durch die Bereitstellung von Nährwertinformationen und -ratschlägen gelöst werden können. Der Versuch, Menschen mit derartigen Problemen zu helfen, ohne dabei noch mehr Schaden anzurichten, erfordert einen mitfühlenden, wahrhaft ganzheitlichen Ansatz, der die Beachtung auf die emotionalen, sozialen, spirituellen und physiologischen Aspekte der Ernährung einschließt (Robison et al. 2007b). Die Forschung hat mittlerweile

deutlich gezeigt, dass die Ernährungsweise von *HAES* die Gesundheit verbessern kann, durch die Verringerung der Angst, Schuld und Beschäftigung mit Essen, Bingeing, Gewichtsabnahme und -zunahme, die häufig mit eingeschränkter Ernährung verbunden sind (Bacon et al. 2005; Bacon et al. 2002; Ciliska 2013; Roughan et al. 1990). Mittlerweile gibt es schon andere Programme, die von *HAES* beeinflusst wurden. Das von *HAES* inspirierte „Health for Every Body“-Programm bietet eine Alternative zu herkömmlichen Gewichtsverlust-Interventionen. Dieses Programm wurde nach den *HAES-Prinzipien* entwickelt und besteht aus sechs Grundsätzen, die Führungspositionen und Arbeitnehmer inspirieren sollen die traditionellen Gewichtsverlustprogramme zu überdenken (Robison et al. 2007b). Durch die Arbeit der *Fat-Acceptance-Bewegungen*, wie ASDAH, GgG und NAAFA, hat sich die Lage der übergewichtigen und adipösen Menschen um einiges verbessert. Dennoch schlagen sie weitere Empfehlungen vor, um die Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts noch weiter zu verbessern und Ansätze wie *HAES* noch besser zu etablieren. Das medizinische Fachpersonal, aber auch Public Health Studierende, Ernährungsberater_innen und Fitnesstrainer_innen sollten schon in der Ausbildung für die Thematik der Gewichtsdiskriminierung sensibilisiert werden. Der Studiengang *Fat Studies* ist schon in wenigen Hochschulen etabliert. *Fat Studies* führen einen interdisziplinäre Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Behandlung und Wahrnehmung von Körperfett aus einer Perspektive, die die Medialisierung dicker Körper in Frage stellt. Sie untersuchen Körperfett als ein soziales Phänomen und sollte deshalb in weiteren Hochschulen verbreitet werden (Schorb 2010). Die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung fordert die Aufklärung bereits in Schulen über Gewichtsdiskriminierung und Körperakzeptanz, um Mobbing von dicken Schülern zu verhindern. Außerdem sollte körperfeindliche Werbung verboten werden, die das Ziel hat Dicke zu verspotten. Dringend gefordert sind auch geeignete Sitzplätze im Nahverkehr und Bewerbungsunterlagen ohne Foto (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.).

Das *HAES-Modell* (Abbildung 17) fokussiert sich nicht nur auf individuelle Entscheidungen, sondern auch auf die Veränderung unseres kulturellen, sozialen und ökologischen Umfelds, um das Wohlbefinden zu fördern. Denn eines der zentralen Vehikel für die Unterdrückung der Fettleibigen ist die Behauptung, sie können nicht gesund sein, *HAES*-Befürworter_innen argumentieren, dass Gesundheitsdienstleister_innen ihre Rolle bei der

Gestaltung und Durchführung von Programmen, wenn auch mit den besten Absichten, die Menschen sogar noch kränker zu machen.

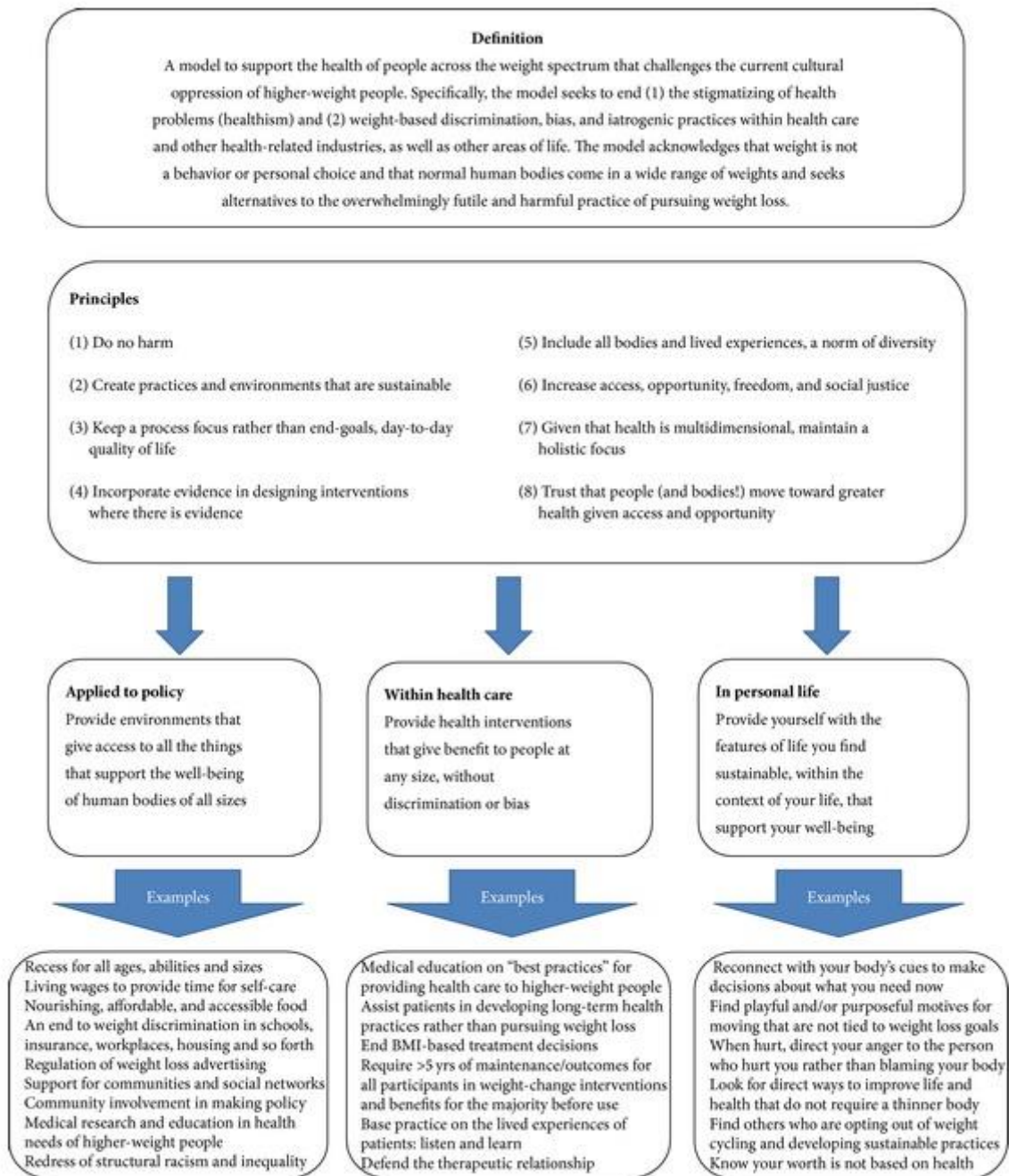


Abb. 17: Health at Every Size (HAES): a model using a weight-inclusive approach. (Tylka et al. 2014)

4.4.4. Neue Lösungswege

Das *HAES-Modell* ist das Ergebnis von Diskussionen zwischen Gesundheitspersonal, Konsument_innen und Aktivist_innen, die die Verwendung von Gewicht, Größe oder BMI als Stellvertreter für Gesundheit ablehnen und den Mythos, das Körpergewicht sei das Ergebnis persönlicher Entscheidungen, unabhängig von unkontrollierbaren oder unfreiwilligen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance). Der *HAES-Ansatz* wurde als Reaktion auf die Bedürfnisse und Erfahrungen einer vielfältigen Gemeinschaft, die die Heilkraft sozialer Beziehungen würdigt, entwickelt. Ein gewichtsinklusiver Ansatz ist mit einer höheren Körperwertschätzung und einer geringeren Überwachung des gewöhnlichen Aussehens verbunden, unabhängig vom BMI. Viele Aktivist_innen benutzen die Wörter übergewichtig und adipös nicht, weil es suggeriert, dass es eine Norm gibt, über der dieser Körper liegt. Einige Menschen fühlen sich von den Aussagen der *Fat-Acceptance-Bewegung* angesprochen und verstanden. Der eigene Blick auf sich selbst und dicke Menschen ändert sich, die Selbstakzeptanz wird gefördert und der eigene Horizont über Fat-Acceptance erweitert. Das Ziel dieser Bewegung ist es auch diskriminierendes Gedankengut zu bekämpfen und bahnbrechende Dinge wie Respekt und Anerkennung für dicke Menschen zu fordern. Sie unterstreichen zudem, dass Dicksein nicht zwangsläufig gesundheitsschädigend sein muss und verstehen Dicksein als soziale Kategorie (Schorb 2015a; Menzinger 2017). Anstatt die Begriffe „obese“ oder „overweight“ verwenden sie den Begriff „fat“. Das ist ihrer Meinung nach sehr wichtig, denn anstatt einer medizinischen Diagnose zu folgen oder zu implizieren, dass es ein Idealgewicht gäbe, eignen sie sich ein Wort an, was lange gegen sie verwendet wurde und sich bisher nicht geändert hat (Michelberger 2021). Die GgG will, dass Gewicht als Diskriminierungsmerkmal angenommen wird, um endlich gegen diverse Stigmatisierungen vorzugehen. Denn sie sind der Meinung, dass unsere Gesellschaft dringend eine Anerkennung von Körperdiversität braucht und damit ein neues Konzept von Gesundheit (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.). Erst seit den 1990er Jahren wird immer mehr über die *Fat-Acceptance-Bewegung* berichtet und geforscht. In verschiedenen Blogs, Podcast, Webinars und anderen sozialen Medien werden deren Positionen verbreitet. Sie möchten die Erfahrungen und Bedeutungsebenen verändern, welche Körperfett pathologisieren, belächeln oder entwerten. Sie haben einen Gegenentwurf zu den hegemonialen Körnernormen entwickelt, wo sie das was als normal gilt, in Frage stellen und

gleichzeitig eine Anerkennung ihrer Körper als gleichwertig fordern, denn „jeder Körper ist schön“ (Menzinger 2017). Neben dem sozialen Austausch bieten die *Fat-Acceptance-Bewegungen* auch Plus-Size-Modeshows, Workshops, Freundschaften und die Möglichkeit der selbstbewussten Positionierung und Artikulation an (Farrell 2011). Es geht den Aktivist_innen vor allem um die Würde der dicken Person und ihren Anspruch auf Schutz vor Diskriminierung: unabhängig von der Frage nach möglichen Ursachen für und Folgen von einem erhöhten Körpergewicht (Schorb 2015). Fat-Acceptance will nicht ein einzelnes Körperbild aufzeigen, sondern die Aufmerksamkeit auf verschiedene Körperbildern lenken, die nicht jeden Tag in den Medien zu sehen sind, die nicht als schön oder begehrenswert gesehen werden. Sie möchten Betroffenen Mut machen und empowern, damit sie sich selbst nicht nur auf ihr Gewicht reduzieren und auch nicht von anderen reduzieren lassen. *Fat-Acceptance-Bewegungen* wollen Gesundheit nicht verteufeln, sie möchten, dass Gesundheit wieder eine selbstständige und individuelle Sache ist, die jeder mit sich und für sich ausmachen kann und sollte, und die nicht im öffentlichen Raum zur Debatte steht (Menzinger 2017). Auch die Fat Studies verbreiten sich immer mehr und werden als ein aus politischen Bewegung heraus entstandener Forschungszweig gesehen, der sich klar gegen Diskriminierung von Körperfett positioniert und versucht die gesellschaftliche Wahrnehmung von Körperfett in deren historischen, soziologischen und politischen Dimensionen zu untersuchen (Farrell 2011; Menzinger 2017). Auch in Deutschland wurde in den letzten Jahren in den deutschen Medien vermehrt über die *Fat-Acceptance-Bewegung* berichtet. Mit einer steigenden Öffentlichkeit wird diese Bewegung auch hier sichtbarer, in dem sich immer mehr Blogs und Gruppierungen mit diesem Thema beschäftigen.

4.5. Schutz vor (Über-) Gewichtsdiskriminierung – ein Thema im deutschen Recht?

Dank den Aktivitäten von Organisationen wie ASDAH und NAAFA gibt es in einigen Bundesstaaten und Gemeinden der USA immerhin schon Anti-Diskriminierungsgesetze, die dicke Menschen zumindest auf dem Papier vor derartigen Benachteiligungen schützen. Außerdem haben es die *Fat-Acceptance-Bewegungen* geschafft, dass Sport und Übergewicht nicht länger zwangsläufig als Gegensätze angesehen werden (Schorb 2010). In den USA haben sogar die staatlichen Gesundheitsbehörden diesen Fortschritt erkannt und propagieren

mittlerweile unter dem Motto „Health at Any Size“ Sportprogramme speziell für übergewichtige und adipöse Menschen. In Deutschland dagegen besteht immer noch von offizieller Seite der Slogan „Fit statt Fett“. Dass dies nicht nur diskriminierend, sondern auch demotivierend wirkt, scheint bei den Verantwortlichen noch nicht angekommen zu sein. Übergewichtige in Deutschland sind durch Gesetze schlechter gestellt als ihre schlanken Mitmenschen (Schorb 2010). Deswegen hat die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung eine Petition (Abbildung 18 & 19) gestartet für den Petitionsausschuss des Bundetages. Sie wollen „den Schutz vor Gewichtsdiskriminierung im Landesantidiskriminierungsgesetz (LADG) explizit verankern“. Dadurch soll das Antidiskriminierungsgesetz (AGG) um das Diskriminierungsmerkmal „Gewicht“ erweitert werden, denn dieses Vorurteil sollte nicht anders behandelt werden, als Vorurteile basierend auf der Hautfarbe, dem Geschlecht, der Religion, der Körperbehinderung oder der sexuellen Orientierung (Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.).



Eine Aktion der Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung

Abb.18: Petition (<https://www.facebook.com/gewichtsdiskriminierung/photos/2761737170711862>)



Abb. 19: Diskriminierungsschutz

(<https://www.facebook.com/gewichtsdiskriminierung/photos/2737829646435948>)

In den USA wurde das „Equality at Every Size“-Programm ins Leben gerufen, zur Förderung der Rechte von dicken Menschen und zur Aufklärung und Unterstützung bei der Änderung der Antidiskriminierungsgesetze. Die ASDAH und NAAFA setzen sich für weitere Verankerungen der Kategorien „Größe und Gewicht“ in kommunale Diskriminierungsgesetze aller Staaten der USA ein, damit die Gewichtsdiskriminierung beendet wird. Denn aufgrund des Körpergewichts hat die Diskriminierung in der globalen Gesellschaft zugenommen, so dass es mittlerweile eine Frage der sozialen Ungerechtigkeit geworden ist. Selbst der Europarat sagt: „Wir glauben, dass Diskriminierung eine Straftat gegen die Menschenwürde darstellt“ (ASDAH - Association for size diversity and health; NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance).

5. Diskussion

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde anhand des Framing-Ansatzes nach Entman (1993) die Problematik der Gewichtsdiskriminierung auf das Leben von dicken Menschen aufgezeigt, die Gründe und Ursachen für die Entstehung dieser Thematik aufgedeckt und mithilfe von *Fat-Acceptance-Bewegungen* und dem *Health at Every Size-Ansatz* neue Blickwinkel und Lösungsmöglichkeiten für eine Änderung der gesellschaftlichen Sichtweisen dargestellt.

Die Sichtweise auf das Körperfett hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert und ist nicht mehr, wie bis Ende des 19. Jahrhunderts, ein Symbol für Reichtum und Erfolg, sondern wird mittlerweile mit negativen Attributen verbunden. Im Gegensatz dazu wird Dünnsein auf eine höhere Ebene gehoben und mit Disziplin, Schönheit und Enthaltsamkeit assoziiert. Ziel ist es einen Idealkörper durch ein „richtiges“ Ernährungsverhalten anzustreben, um den entwertenden Stereotypen über dicke Körper zu entkommen. Diese gesellschaftlichen Wertansprüche und ihre Auswirkungen wurden in dieser Arbeit durch ausgewählte *Fat-Acceptance-Bewegungen* und dem *HAES-Ansatz* untersucht und versucht diese Machtwirkungen zu entwerten. Die *Fat-Acceptance-Bewegung* positioniert sich seit einigen Jahren zum Thema Diskriminierung und Körperfett, indem sie sich radikal zu heutigen Gesundheitsdiskursen und hegemonialen Körperbildern abgrenzt. In aktuellen Debatten wird lautstark von einer Adipositas-Epidemie referiert, die der Grund für ein überlastetes Gesundheitssystem sein soll und somit einen Rückgang der Lebenserwartung ganzer Bevölkerungsteile ausgelöst habe. Diese gesellschaftliche Problemwahrnehmung ist in ihrer Deutung „zur Schicksalsfrage moderner Gesellschaften“ geworden (Schmidt-Semisch und Schorb 2008). Die erfolglosen Versuche staatlicher Interventionen die Adipositas-Epidemie zu bekämpfen, schlagen fehl und zielen an einer Problemlösung für die alltägliche Situation von Menschen, die als zu dick angesehen werden, vorbei. Bei Gewichtsdiskriminierung handelt es sich deutlich häufiger um Beleidigungen und Beschimpfungen, in denen die massiven Vorurteile und negativen Stereotypen gegenüber dicken Menschen (Puhl/Heuer 2009; forsa 2016; Sikorski et al. 2011) zutage treten. So werden dicke Menschen beispielsweise als faul, ohne Selbstkontrolle und unattraktiv wahrgenommen (Puhl/Heuer 2009). Auf Basis solcher Stereotype erfahren sie unter anderem Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt, indem sie seltener eingestellt oder schlechter bezahlt werden. Betroffene berichten außerdem von

Benachteiligungen bei Ärzt_innen, indem ihre Symptome in herabwürdigender Weise ausschließlich auf ihr Körpergewicht zurückgeführt werden. Auch bei Beeinträchtigungen und chronischen Krankheiten sind einzelne Formen mit sehr starken Stigmata und Stereotypen belegt (Beigang et al. 2017). Ebenso kommt es in der Partnerschaft immer häufiger zu diskriminierenden Verhaltensweisen dicken Menschen gegenüber. Die negativen Einstellungen gegenüber dicken Menschen mit zugewiesener Schuld am eigenen Gewicht steigen. Andere Faktoren, wie biologische und genetische Faktoren, werden von den meisten Personen als nachrangig betrachtet. Ebenso Stress oder Umweltbedingungen, die einen starken Einfluss auf das Gewicht haben können, werden oftmals unterschätzt (Lippa und Sanderson 2012). Das könnte ein Grund dafür sein, warum Menschen, die von Gewichtsdiskriminierung betroffen sind, geringere Chancen haben, gesellschaftlichen Rückhalt zu erhalten – etwa im Kampf gegen Diskriminierungen oder um gleiche Rechte. Da das Körpergewicht einzelner Personen als Eigenverantwortung wahrgenommen wird und folglich der Anlass für eine Benachteiligung ist, kann die wahrgenommene Eigenverantwortung dazu führen, dass solche Diskriminierungen gesellschaftlich weniger als illegitim betrachtet werden. Dieser Vorstellung entsprechend verdient eine Person, die „wegen mangelnden Leistungswillens keinen Erfolg hat [...], keine gesellschaftliche Unterstützung“ (Winker und Degele 2010). Anhand der Untersuchung und Ergebnisse konnte in dieser Arbeit belegt werden, dass *dicke Menschen in allen Aspekten des täglichen Lebens diskriminiert werden, von der Beschäftigung über die Bildung bis hin zum Zugang zu öffentlichen Unterkünften und sogar beim Zugang zu angemessener medizinischer Versorgung.*

Die *HAES-Bewegung* plädiert für ein gewichtsinklusives, selbstfürsorgeorientiertes Modell der Gesundheitsförderung, das sich auf intuitive und gesunde Ernährung, Körper- und Selbstakzeptanz und eine angenehme körperliche Aktivität konzentriert (Bacon und Aphramor 2011; Burgard 2009). Bei der Überprüfung von *HAES* stellt Aphramor (2016) fest, dass es sich „in erster Linie um eine (1) kritische Bewertung der Wissenschaft über das Körpergewicht innerhalb der Parameter ihrer Nützlichkeit als Modell zur Änderung des Lebensstils, (2) das Anbieten einer Alternative ohne Diäten und (3) die Infragestellung von Gewichtsdiskriminierung/-stigmatisierung“ handelt (Bombak et al. 2019). Angesichts der enormen Eigeninteressen, die den Status quo in Sachen Gewicht und Gesundheit

unterstützen, ist es nicht verwunderlich, dass die *HAES-Bewegung* viele Kritiker hat. Es wird auf einen Mangel an Daten hingewiesen, die die Wirksamkeit von *HAES-Ansätzen* stützen. Dieselben Personen setzen sich weiterhin für traditionelle Ansätze ein, obwohl es fast gänzlich an Forschung fehlt, die deren Wirksamkeit untermauert. Aufgrund fehlender Finanzmittel wurden nur begrenzte Forschungsarbeiten durchgeführt, die *HAES-Ansätze* direkt mit herkömmlichen Programmen vergleichen (Tylka et al. 2014). Dennoch zeigen die Studien über *HAES* schlüssig, dass Risikofaktoren, die traditionell als gewichtsbezogen bezeichnet werden (z.B. erhöhter Blutdruck, Cholesterin und Glucose), bei Menschen, die als übergewichtig oder adipös gelten, durch Eingriffe, die wenig oder gar keine Auswirkungen auf das Körpergewicht haben, verringert und oft normalisiert werden können. Ebenso berufen sich *HAES-Praktiker* auf die „Set-Point-Theory“, die besagt, dass Menschen innerhalb eines bestimmten Gewichtsbereichs zurückkehren werden, unabhängig von Versuchen, das Gewicht zu verändern (Bacon 2010; Lupton 2013; Tylka et al. 2014). Trotz dieser anscheinend zunehmenden Akzeptanz des Körpergewichts kann es aus einer ganzen Reihe von soziokulturellen, politischen und wirtschaftlichen Gründen schwierig sein, sich für die weit verbreitete Einführung von *HAES* im gegenwärtigen Umfeld der öffentlichen Gesundheit einzusetzen (Monaghan 2008, 2017; Tylka et al. 2014). Einige Fitnesstrainer betrachten *HAES* nur als letztes Mittel für ihre Kunden akzeptabel, wenn alle anderen Versuche, Gewicht zu verlieren, fehlschlagen (Donaghue und Allen 2016; Tylka et al. 2014). Die aktuelle Forschung zu *HAES-Praktiken* sind primär auf übergewichtige und adipöse Teilnehmer der Klasse I beschränkt, aber auf Teilnehmer der Adipositas-Klasse II und III ist es laut Aussagen anderer Forscher nicht anwendbar (Penney und Kirk 2015). Damit sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um die Wirksamkeit von *HAES* in dieser Population aufzuzeigen. Während *HAES* im öffentlichen Diskurs über Gesundheit und Körpergewicht Fortschritte macht, setzt es sich u.a. weiterhin mit fest verwurzelten Vorstellungen von der Veränderlichkeit des Körpers, geschlechtsspezifischer Körperästhetik, kulturellen Zwängen und der Ideologie der persönlichen Verantwortung für die Gesundheit auseinander (Tylka et al. 2014). Auch Sainsbury und Hay (2014) üben Kritik an dem neuen Gesundheitsansatz, obwohl es deutliche Beweise für die gesundheitlichen Vorurteile bei Übergewichtigen und Adipösen durch eine bessere, gesündere und intuitive Ernährung und Bewegung gibt, ohne dabei an Körpergewicht zu verlieren. Dementgegen verweisen sie auf eine Vielzahl von Beweisen hin, dass ein BMI außerhalb bestimmter Grenzen das Risiko für Gesundheitsprobleme erhöhen kann, und

deshalb wurden die bestehenden WHO-Empfehlungen bei Adipositas entwickelt. Auch die intuitive Ernährung nach dem *HAES-Konzept* wird kritisch beäugt, da nicht aufgezeigt wird was, wann und wie viel man essen kann, sondern nur die körperlichen Hungersignale wahrnimmt. Daraus könnten Probleme auftreten, wenn die Anzeichen von vermindertem Appetit ignoriert werden und die überschüssige Kalorienzufuhr weiter unvermindert zugeführt wird. Die in der Arbeit erörterten *HAES-Studien* leisten einen wichtigen Beitrag zu unserem Verständnis darüber, wie diese Prinzipien Gesundheit und Wohlbefinden unterstützen können. Von besonderem Interesse ist die Fähigkeit einer *HAES-Intervention*, anhaltende Behandlungseffekte in Bezug auf das Ernährungsverhalten, die Selbstwirksamkeit und ein verbessertes Körperbild nach der Intervention zu zeigen, wobei einige davon eine Gewichtsreduktion nach der Intervention einschließen. Dieser Ansatz ist möglicherweise nicht geeignet für Personen mit einer genetischen Veranlagung für Fettleibigkeit, die auf die Leichtigkeit der Gewichtszunahme und die Resistenz gegen Gewichtsverlust zurückzuführen ist, die bei diesen Personen auftreten können. Sie berücksichtigt auch nicht den Wert einer bescheidenen Gewichtsreduktion (5%---10%) für die Verbesserung der Gesundheit. Wichtiger aus Sicht der öffentlichen Gesundheit ist, dass uns keine Daten über die Skalierbarkeit dieses Ansatzes für die Allgemeinbevölkerung vorliegen. Trotz des Versprechens, dass die *HAES-Ansätze* zeigen, sollten wir daher vorsichtig sein, wenn wir diese Ergebnisse über die vorgesehenen Zielgruppen hinaus verallgemeinern. Solange diese Einschränkungen nicht angemessen angesprochen werden, ist es wahrscheinlich verfrüht, *HAES* als einen gesundheitspolitischen Ansatz zur Bekämpfung der Adipositas zu fördern (Penney und Kirk 2015). Die Hypothese, *dass auf lange Sicht der gewichtsneutrale HAES-Ansatz besser funktioniert als eine Diät, Pille oder Operation*, kann durch die durchgeführte Analyse nicht vollständig belegt werden, da weitläufigere wissenschaftliche Forschungsarbeiten zu diesem Ansatz fehlen.

Die *Health at Every Size (HAES)* -Bewegung ist zu einer populären Alternative zum vorherrschenden wissenschaftlichen Diskurs über Adipositas geworden, insbesondere unter Fat-Aktivist_innen und der Fat-Acceptance-Bewegung sowie einigen Ernährungswissenschaftlern, die bei der Arbeit mit ihren Klienten darauf achten, dass das Körpergewicht nicht zu stark in den Vordergrund gerät. In dem Buch von der amerikanischen Ernährungswissenschaftlerin und Psychotherapeutin Linda Bacon (2010), ist das

Hauptargument von *HAES*, dass gute Gesundheit und körperliche Fitness unabhängig von dem Körpergewicht erreicht werden können. Damit stimmt der Ansatz mit den Behauptungen vieler anderer Adipositas-Skeptiker überein, dass Fett nicht zwangsläufig zu schlechter Gesundheit und vorzeitiger Mortalität führt und dass Abnehmen den Gesundheitszustand nicht verbessert. Ein zentrales Element des *HAES-Ansatzes* ist, dass Gewichtsabnahme durch kontinuierliche Diätversuche und ausgiebige Bewegung und effektives Trainieren nicht das Hauptziel von Menschen sein sollte, die ein gesünderes Leben führen wollen. Anstatt zu versuchen, die starren Richtlinien der Mediziner zur Gewichtsabnahme zu befolgen und sich ausschließlich auf dieses Ziel zu konzentrieren, sollte der Einzelne bei der Wahl seiner Diät und Bewegung der intuitiven Führung seines Körpers folgen. So schreibt Bacon in einem Informationsblatt über *HAES* (2008): „We all have internal systems designed to keep us healthy – and at a healthy weight. Support your body in naturally finding its appropriate weight by honouring its signals of hunger, fullness and appetite“. Ein weiterer integraler Bestandteil der *HAES-Philosophie* ist, dass Menschen ihr Gewicht akzeptieren und lernen, sich selbst zu lieben. Das *Health at Every Size*-Versprechen ist: „You can feel better about yourself. You can feel loved, accepted, and vital – and you can improve your health – regardless of whether you lose weight (Bacon 2010). Die *HAES-Philosophie* scheint überaus lobenswert zu sein, da sie die Art der Gewichtsstigmatisierung und Schuldsuche vermeidet, die in der Medizin, im öffentlichen Gesundheitswesen und in der populären Diskussion über das Körpergewicht so allgegenwärtig sind (Lupton 2013). Aus soziologischer Sicht ist die Art und Weise, wie wir unseren Körper verstehen, betrachten, darstellen und leben, immer in kulturellen und sozialen Kontexten verortet. Der Körper wird als komplexes Zusammenspiel von Biologie, Gesellschaft und Kultur gesehen, in dem es äußerst schwierig ist, ein Element aus dem anderen herauszulocken. Die *HAES-Literatur* legt nahe, dass interne Hinweise des Körpers natürlich, instinktiv, biologisch determiniert und daher angemessen sind, zu folgen. Aber nicht zuletzt die Soziologie des Körpers und auch die Soziologie des Essens (Lupton 1998) haben gezeigt, dass Motivationen niemals vollständig oder rein «innerlich» sein können. Es besteht eindeutig ein Bedarf an sozialen Veränderungen im Zusammenhang mit der Akzeptanz des Einzelnen, unabhängig von Körperform oder -größe. Der wahrscheinliche Weg nach vorn könnte durchaus darin bestehen, die relevantesten und herausragendsten Aspekte der traditionellen und *HAES-Ansätze* herauszuarbeiten, aber es werden auch zusätzliche empirische Beweise benötigt (Penney und Kirk 2015). Darüber hinaus konzentriert sich *HAES*

auf den Abbau der sozialen Stigmatisierung und Diskriminierung, die viele Menschen mit höherem Körpergewicht erfahren, um die Lebensqualität zu verbessern. Obwohl sie nicht mit der Gewichtsreduktion zusammenhängt, die nach den *HAES-Prinzipien* ohnehin nicht versucht wird zu ändern, zeigen die Gewichtsmessungen bei einigen Erhebungen manchmal eine Verbesserung gegenüber dem Ausgangswert. Durch die Konzentration auf die Körperakzeptanz hat der *HAES-Ansatz* einige beeindruckende Fortschritte bei der Umsetzung eines Antistigma-Ansatzes in der Art und Weise gemacht, wie Interventionen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind die *HAES-Befürworter_innen* der Ansicht, dass ihr Ansatz für die öffentliche Politik geeignet ist, da er die Stigmatisierung angeht. In der bisherigen Debatte fehlt jedoch die Frage, ob *HAES* ein geeigneter Ansatz für Personen ist, die mit Adipositas der Klassen II und III leben und für die eine bescheidene Gewichtsreduktion wichtige gesundheitliche Vorteile bringen könnte (Penney und Kirk 2015). Ein weiterer wichtiger Aspekt von *HAES*, der kritischer untersucht werden muss, ist das Konzept, dass wir unseren Körper unabhängig von unserer Größe akzeptieren sollten und die Annahme, dass dies zu einem höheren Selbstwertgefühl führt, ein Ziel an sich. Aber solche Versuche, das Selbstwertgefühl von innen heraus zu verbessern, verhindern die fortwährenden dicken Vorurteile und Abscheu, die in unserer Gesellschaft nach wie vor existieren. Bacon argumentiert, dass *HAES* „die Werkzeuge gibt . . . um in einem Körper zu leben, den Sie lieben“ (2010: 5). Aber das ist vergleichbar mit der Behauptung, dass Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund von Merkmalen wie ethnischer Herkunft, Rasse oder Alter einer Person durch „Sich-Liebe“ behandelt werden können. Ein solcher Ansatz versucht, das Verhalten des Einzelnen zu ändern, anstatt die Einstellungen der Gesellschaft insgesamt zu verändern, und das Problem bleibt daher persönlich (Murray, 2008). Welche Einstellung man auch immer zum eigenen Körper hat, die äußeren gesellschaftlichen Bedeutungen bleiben unverändert, und Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung werden fortbestehen. Es ist somit noch nicht klar, ob die Hypothese: *Durch HAES kommt es zur Verringerung des sozialen Stigmas und der Diskriminierung vieler Menschen mit höherem Körpergewicht* allein die Gewichtsstigmatisierung und Voreingenommenheit auf Bevölkerungsebene verringern kann, ohne weitere Anstrengungen zur Änderung gesellschaftlicher Normen und Einstellungen vorzunehmen. Obwohl die konzeptionelle Debatte von entscheidender Bedeutung ist, reicht sie allein möglicherweise nicht aus, um Politik und Praxis zu informieren, wenn keine weiteren empirischen Beweise vorliegen, um die derzeitigen Einschränkungen zu beheben. Statt einer

polarisierten Debatte sollte man nach einer gemeinsamen Grundlage suchen und zusammenarbeiten, um Gesundheit und Wohlbefinden für alle zu verbessern. Dies erfordert eine stärkere empirische Evidenz (d. h. größere, repräsentativere Bevölkerungsgruppen) und nicht nur einen ideologischen Diskurs, auf dessen Grundlage die Debatte geführt werden kann (Penney und Kirk 2015).

Seit einigen Jahren etabliert sich die *Fat-Acceptance-Bewegung* auf der politischen Bühne, die sich zum Thema Körperfett, Selbstakzeptanz und Gewichtsdiskriminierungen in einer radikalen Abgrenzung zum heutigen Gesundheitsdiskurs positioniert. Aktivist_innen machen sich stark für eine politische und gesundheitliche Umdeutung von Körperfett und hinterfragen das vorrangige Messinstrument des Body-Maß-Index (BMI) und seine normative, regulative Funktion zur Selbststeuerung als scheinbar objektiven und unpolitischen Maßstab. Auch sind die Aktivist_innen der Meinung, dass ein übertriebenes Schlankheits- und Schönheitsideal und der Versuch, den eigenen Körper an dieses anzupassen, schädlicher seien als das Übergewicht an sich. Die Abgrenzung vom Gesundheitsdiskurs stellt in dieser Hinsicht nicht die möglichen gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas grundsätzlich infrage, sondern wehrt sich gegen den scheinbar unpolitischen, medizinischen Blick, um die stigmatisierenden Tendenzen dieses Diskurses aufzudecken. Sie stehen den gesundheitlichen Beeinträchtigungen kritisch gegenüber und legen den Fokus auf die Gewichtsdiskriminierung und deren Folgen für Betroffene (Schorb 2015). Diese Abkopplung vom Gesundheitsdiskurs wird von vielen Aktivist_innen als notwendiger Schritt für eine politische Veränderung gesehen. Die Betonung der genetischen Veranlagung und damit der eigenen Unschuld und Beteuerung eines gesunden Lebensstils dicker Aktivist_innen verhindert, dass über Dicksein in seiner gesellschaftlichen Bedeutung nachgedacht wird. „Dies kreiert einen Fett-Aktivismus, der schnell intolerant und nicht haltbar für diejenigen wird, die sehr dick, nicht arbeitsfähig, ungesund oder chronisch krank sind“ (Cooper 2016). Die Aktivist_innen der *Fat-Acceptance-Bewegung* verfügen meist über keinen medizinischen Hintergrund und sind überwiegend „Laien“, denen oft kaum Geldmittel zur Verfügung stehen. Deshalb wird deren Glaubwürdigkeit häufig in Frage gestellt (Schorb 2015). Ebenfalls kommt die Mutmaßung auf, dass es bei der Bewegung nur um eine Rechtfertigung für einen ungesunden Lebensstil gehe oder um den Versuch, sich selbst über die eigenen Wünsche nach einer „besseren Figur“ hinwegzutäuschen, diskreditieren die Anliegen der Bewegung immer wieder. Doch

zunehmend schließen sich auch Menschen aus medizinischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Fachbereichen der Bewegung an und erwirken somit mediale Aufmerksamkeit. Mittlerweile gibt es immer mehr Seminare an Universitäten, die sich mit der gesellschaftlichen Wahrnehmung von dicken Körpern auseinandersetzen, die sogenannten *Fat Studies*. Personell überschneiden sich die in der Lehre und im aktivistischen Kontext Aktiven häufig. „Es könnte argumentiert werden, dass die *Fat Studies* eine Form des Aktivismus repräsentieren, da sie die politische Natur ihrer Arbeit anerkennen“ (Cooper 2016). Im Gegensatz dazu meint Stephan Balch, der Präsident der Nationalen Gelehrten-Vereinigung der USA: „Diese Studiengebiete befassen sich nur noch damit, die Klagen einer einzelnen gesellschaftlichen Gruppe zu untermauern. Das sollte nicht Sinn und Zweck der Universität sein.“ (Weingarten 2007). Die Vertreter_innen der *Fat-Acceptance-Bewegung* wollen ihre Autonomie in Fragen der Lebensentscheidungen zurück. Sie nehmen es nicht mehr hin, in ihrer Körperlichkeit als etwas Abweichendes konstruiert zu werden, und in eine Zone von „dem was nicht sein darf“ gesperrt zu werden und fordern sich damit ihren Raum in der sozialen Welt. In Deutschland ist die *Fat-Acceptance-Bewegung* weniger sichtbar als in den USA und wird deshalb oft als nicht vorhanden oder erst in den Anfängen stehend wahrgenommen (Schorb 2015). Die Fachliteratur über diese Bewegung ist hauptsächlich englischsprachig. Eine akademische Auseinandersetzung mit den Anliegen der Bewegung im deutschen Raum ist erst in Ansätzen vorhanden. Dennoch besteht ein wachsendes Interesse in Bezug auf das Thema Fat-Acceptance, was den Anschein erweckt, als würde es sich um ein neues Phänomen handeln. In den letzten Jahren wurde in den deutschen Medien jedoch vermehrt über die *Fat-Acceptance-Bewegung* in Deutschland berichtet. Es ist daher anzunehmen, dass mit steigender Öffentlichkeit die Bewegung in Deutschland sichtbarer wird und sich neben der Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V. noch weitere Gruppierungen und Blogs zu diesem Thema bilden. Die Hypothese, *aufgrund der Arbeit von Fat-Acceptance-Bewegungen und HAES werden Übergewicht und Adipositas weniger als Makel, Krankheit oder Epidemie betrachtet*, kann nicht eindeutig belegt werden. Obwohl sich das Bewusstsein in Bezug der Adipositas-Epidemie, der Diskriminierungen und Stigmatisierung bezogen auf das Gewicht und dem Schönheitsideal verändert hat, bekommen solche Themen noch nicht genug Aufmerksamkeit, die notwendig wäre. Dennoch haben die *Fat-Acceptance-Bewegung* und *HAES* einiges geleistet, um den tief verwurzelten Einstellungen in der Gesellschaft entgegenzutreten.

6. Fazit und Ausblick

Anhand dieser Arbeit konnten die *Auswirkungen von Gewichtsdiskriminierung auf das Leben dicker Menschen in Familie, auf dem Arbeits- und Bildungsmarkt sowie im Sozial- und Gesundheitswesen* aufgezeigt und mit dem Framing Ansatz nach Entman (1993) analysiert werden. Die Gründe und Ursachen für diese prekäre Lage dicker Menschen wurde herausgefiltert und mit Hilfe des *HAES-Ansatzes* und der Arbeit ausgewählter *Fat-Acceptance-Bewegungen* bewertet und neue Handlungsempfehlungen und Lösungsansätze aufgezeigt. *HAES* wird somit als die „neue Friedensbewegung“ gesehen, die den Krieg gegen den eigenen Körper beenden soll, da es eine natürliche Körpervielfalt akzeptiert und respektiert und eine Idealisierung und Pathologisierung eines bestimmten Körpergewichts ablehnt. Es konzentriert sich auf individuelle Verhaltensweisen, die gesundheitsfördernd sind und möchte allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu allen Gesundheitsleistungen ermöglichen. *HAES* ist kein auferlegter Ernährungsplan, der als höchstes Ziel die Gewichtsabnahme hat, sondern es beinhaltet eine flexible, individuelle Ernährungsweise, die sich nach Appetit, Hunger und Sättigung richtet und keine Lebensmittel ausschließt. Denn Essen darf Spaß machen und wird mit Gemeinschaft, Genuss, Kultur und Gefühlen assoziiert und dient nicht nur der reinen Nahrungsaufnahme. Außerdem soll jeder Freude an Bewegung empfinden, im Rahmen seiner eigentlichen Möglichkeiten. *HAES* stellt konkrete Tools bereit, wie man seine Gesundheit direkt positiv beeinflussen kann, ohne den Umweg über das Körpergewicht zu nehmen. *HAES* verherrlicht kein hohes Körpergewicht, denn jeder Mensch kann diese Prinzipien anwenden, es gibt somit kein Größenlimit und gilt für das ganze Gewichtsspektrum. *HAES* wertet und moralisiert nicht, es ist keine Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Menschen. Wichtig ist aber auch, dass *HAES* nicht gegen eine Gewichtsabnahme ist, sondern es als eine Begleiterscheinung wahrnimmt, wenn man gesündere Gewohnheiten in sein Leben integriert. Traditionelle Diäten, in denen Verzicht und der unbedingte Wunsch nach Gewichtsverlust im Mittelpunkt stehen, erscheinen wenig erfolgsversprechend. Weder fühlen sich die Betroffenen wohl, noch scheinen restriktive Maßnahmen eine besonders gesundheitsfördernde Methode zu sein. Ein körperpositiver Ansatz hingegen führt zu gesundheitlichen Verbesserungen und einem höheren Selbstwertgefühl.

Die Art und Weise, wie dicke Menschen behandelt werden, sagt viel über unsere Gesellschaft aus, denn je stärker Menschen davon überzeugt sind, dass das Körpergewicht allein Folge des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, vor allem mangelnder Disziplin und Willensstärke ist, umso negativer sind die Einstellungen gegenüber dicken Menschen. Womöglich sind die entscheidenden Gründe für die Stigmatisierung dicker Menschen weder allein die angenommenen Ursachen von Übergewicht und Adipositas noch die individuellen Anstrengungen zur Reduktion des Körpergewichts, sondern liegen eher in einer soziokulturell verankerten ästhetisch motivierten Ablehnung dicker Menschen. Aufgrund der tiefen gesellschaftlichen Verwurzelung dickenfeindlicher Einstellungen und des Selbststigmas dicker Menschen erscheinen Maßnahmen gegen Gewichtsdiskriminierung gleichermaßen dringlich wie schwierig. Ein kollektiver Ansatz, der über den Aufruf zur Nichtstigmatisierung dicker Menschen hinausgeht und auf die Anerkennung dicker Körper als Teil der menschlichen Vielfalt setzt, existiert seit fast fünfzig Jahren unter den Begriffen Fat Acceptance, Size Acceptance, Fat Liberation, Fat Activism, Fativism, Fat Pride, Fat Power, und Body Positivity. Gewichtsdiskriminierung fügt sich in das Bild einer Gesellschaft, die Ungleichheit als notwendigen und gerechtfertigten Ausdruck von Leistungsunterschieden propagiert. Gewichtsdiskriminierung wird deshalb so selten sanktioniert, weil sie gerechtfertigt erscheint, und Privilegien dünner Menschen werden so wenig in Frage gestellt, weil sie als verdient erscheinen. Gegen die Diskriminierung und für die Rechte dicker Menschen einzutreten, unabhängig von medizinischen Ursachen und gesundheitlichen Folgen des Körpergewichts, wie es die *Fat-Acceptance-Bewegungen* befürworten, ist ein erster wichtiger Schritt. Es gibt mittlerweile mehr Präsenz dicker Körper in Bereichen, in denen es das vor 15 Jahren noch nicht gab oder vorstellbar war. Die allmähliche Etablierung einer dicken Ästhetik, die Präsenz von dickeren Fotomodellen in Modemagazinen, Frauenzeitschriften und Boulevardformaten sowie die Zunahme nichtschlanker Mode in Fußgängerzonen, Kaufhäusern und auf Webseiten von Onlinehändlern bringen eine enorm wichtige Veränderung der Seh- und Denkgewohnheiten in Bezug auf dicke Körper.

Die Adipositas-Epidemie als politisches Thema ist rückläufig, aber noch nicht verschwunden, es ist nach wie vor Gesprächsthema in der Gesellschaft. Dennoch hat die Gewichtsdiskriminierung, unter denen dicke Menschen leiden, zugenommen. Es stellt sich immer noch als gravierendes Problem heraus, dass noch lange nicht die Anerkennung

bekommt, die eigentlich notwendig wäre. Trotzdem hat das Bewusstsein für Gewichtsdiskriminierung zugenommen, vor allem in der Forschung, die in den letzten 10-15 Jahren, zu diesem Thema steigt.

Aber solange Dicksein permanent mit „ungesund“ verknüpft wird, solange Nahrungsmittel in „gut“ oder „schlecht“ eingeteilt werden, solange dicke Menschen fast jeden Tag hören, dass sie abnehmen müssen, um „gesünder zu werden“, sind solche Aussagen nicht neutral, sondern verknüpfen Gesundheit immer wieder mit einem schlanken Körper. Diet Talk ist gesellschaftlich so normalisiert, dass er uns kaum mehr als das auffällt was er ist: in kleinen Dosierungen verpackte Normierungen (Albrecht 2018). In den letzten fünfzig bis sechzig Jahren haben sich unzählige Dicken-Interessengruppen und aktivistische Kollektive gegründet sowie Schwimm-, Tanz- und Theatergruppen und Modegeschäfte mit einer größeren Auswahl an Kleidergrößen. Es fanden eine Menge Demonstrationen und Konferenzen statt und es wurden Bücher geschrieben. Besonders in den letzten Jahren haben Blogs, soziale Netzwerke und Podcasts die Reichweite für fettpositive Perspektiven erheblich erhöht. Im Netz gibt es eine ganze Community von Fat-Aktivist_innen, die angelehnt an den Begriff Blogosphere als Fatosphere beschrieben wird. Die großen Themen innerhalb der Dickenbewegung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten nicht viel verändert, sie sind heute allerdings differenzierter: Es geht um gesundheitliche Aspekte, Ernährung und deren Mythen und die Kritik an der Diätindustrie, um Diskriminierungsschutz, Kunst und Mode, Selbstakzeptanz, um positive Vorbilder und verstärkt auch um mediale Bilder und Repräsentation. „Wir glauben, dass dicke Menschen in vollem Maße Anspruch auf menschlichen Respekt und Anerkennung haben“ (NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance).

Die kritischsten Probleme, die weiterhin angegangen werden müssen, um Gewichtsdiskriminierung zu verringern, sind zum einen die bestehenden soziokulturellen Ideale von „Dünnsein“ und Schönheit, die in unserer heutigen Gesellschaft in Frage gestellt werden müssen, da sie Gewichtsstigma verursachen. Dünnheit dient als Symbol für diszipliniert, attraktiv, ambitioniert und begehrenswert. Menschen, die nicht dünn sind, werden so wahrgenommen, dass ihnen diese Qualitäten fehlen. Dies wiederum verstärkt negative gewichtsbasierte Stereotypen, denen zufolge es dem Einzelnen an Willenskraft, Disziplin und Ehrgeiz fehlt. Solche Ideale werden häufig in der Ernährungs- und Modeindustrie propagiert, welche allgegenwärtige Quellen von Gewichtsverzerrungen sind. Die Art und

Weise wie Medien über Menschen mit unterschiedlichen Körpergewichten berichten und sie darstellen, sollten herausgefordert und geändert werden. Ein weiteres Problem, das weiter angegangen werden muss, ist die öffentliche Wahrnehmung der Ursachen von Übergewicht und Körpergewicht. Es besteht die weitverbreitete Auffassung, dass das Körpergewicht eine Frage der Disziplin und Willenskraft ist und dass, wenn ein Mensch an Gewicht zulegt, es selbstverschuldet ist und diese „Schuld“ und „Schande“ auch verdient. Dies ist äußerst problematisch und fördert eine ungenaue und vereinfachte Vorstellung des Körpergewichts. In Wirklichkeit sind Faktoren, die das Körpergewicht beeinflussen vielfältig und komplex und beinhalten Wechselwirkungen zwischen Umwelt, Genetik, Biologie und Verhalten. Angesichts der allgegenwärtigen Gewichtsstigmatisierung in unserer Gesellschaft muss dieses Problem auch aus rechtlicher Sicht angegangen werden. Anhand dieser Arbeit hat sich herausgestellt wie sich Gewichtsdiskriminierung auf das Leben von dicken Menschen auswirkt und in deren Arbeitsumgebungen, in Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen weit verbreitet sind. Um dem Einhalt zu gebieten, bedarf es rechtlicher Eingriffe. Es sind Gesetze von Nöten, die Diskriminierung auf der Grundlage von Körpergewicht, illegal machen. Schließlich muss das Problem der Gewichtsdiskriminierung schon bei Kindern und Jugendlichen in den Fokus rücken, denn gewichtsbasiertes Mobbing ist die häufigste Form des Schikanierens, die von Jugendlichen und Lehrern beobachtet wird.

Auch der *HAES-Ansatz* verbreitet sich immer mehr und erlangt Aufmerksamkeit. Es wäre wünschenswert, wenn weitere Forschungsarbeiten in Bezug auf *HAES* entstehen würden, um zu sehen, ob dieses Modell ein gesundheitspolitischer Ansatz werden kann, um das Bewusstsein hinsichtlich Gewichtsdiskriminierung weiterhin zu stärken und zu verbreiten.

7. Literaturverzeichnis

Adler, Nancy E.; Stewart, Judith (2009): Reducing obesity: motivating action while not blaming the victim. In: *The Milbank quarterly* 87 (1), S. 49–70. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2009.00547.x.

Albrecht, Magda (2018): Fa(t)shionista. Rund und glücklich durchs Leben. Berlin: Ullstein extra.

ASDAH - Association for size diversity and health: ASDAH. Online verfügbar unter <https://asdah.org/>, zuletzt geprüft am 10.04.2021.

Bacon, L.; Keim, N. L.; van Loan, M. D.; Derricote, M.; Gale, B.; Kazaks, A.; Stern, J. S. (2002): Evaluating a 'non-diet' wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. In: *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity* 26 (6), S. 854–865. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802012.

Bacon, Linda (2008): Health at every size. The surprising truth about your weight. Dallas, TX: BenBella Books. Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10312691>.

Bacon, Linda (2010): Health at every size. The surprising truth about your weight. Dallas, TX: BenBella Books.

Bacon, Linda; Aphramor, Lucy (2011): Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. In: *Nutrition journal* 10, S. 9. DOI: 10.1186/1475-2891-10-9.

Bacon, Linda; Stern, Judith S.; van Loan, Marta D.; Keim, Nancy L. (2005): Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. In: *Journal of the American Dietetic Association* 105 (6), S. 929–936. DOI: 10.1016/j.jada.2005.03.011.

Barlösius, Eva (2014): Dicksein. Wenn der Körper das Verhältnis zur Gesellschaft bestimmt. Frankfurt am Main: Campus-Verlag. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783593424507.

Benford, Robert D. (2013): Master Frame. In: David A. Snow, Donatella Della Porta, Bert Klandermans und Doug McAdam (Hg.): *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social and Political Movements*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.

Benford, Robert D.; Snow, David A. (2000): Framing Processes and Social Movements: An Overview and Assessment. In: *Annu. Rev. Sociol.* 26 (1), S. 611–639. DOI: 10.1146/annurev.soc.26.1.611.

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (1987): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. E. Theorie d. Wissenssoziologie. 21. - 23 Tsd. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag (Fischer-Taschenbücher, 6623).

Bernell, Bonnie (2000): Bountiful women. Large women's secrets for living the life they desire. Pap. Berkeley, CA: Wildcat Canyon Press.

- Bombak, Andrea (2014):** Obesity, health at every size, and public health policy. In: *American journal of public health* 104 (2), e60-7. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301486.
- Bombak, Andrea (2018):** Dietary approaches to weight-loss, Health At Every Size® and beyond: rethinking the war on obesity.
- Bombak, Andrea; Monaghan, Lee F.; Rich, Emma (2019):** Dietary approaches to weight-loss, Health At Every Size® and beyond: rethinking the war on obesity. In: *Soc Theory Health* 17 (1), S. 89–108. DOI: 10.1057/s41285-018-0070-9.
- Bourdieu, Pierre (1985):** Sozialer Raum und "Klassen". 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 500).
- Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loïc (1996):** Reflexive Anthropologie. 1. Auflage. Hg. v. Hella Beister. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brewis, Alexandra A.; Hruschka, Daniel J.; Wutich, Amber (2011):** Vulnerability to fat-stigma in women's everyday relationships. In: *Social science & medicine* (1982) 73 (4), S. 491–497. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.05.048.
- Brownell, Kelly D. (1994):** Get Slim With Higher Taxes. In: *New York Times*, 15.12.1994 (Section A), S. 29. Online verfügbar unter <https://www.nytimes.com/1994/12/15/opinion/get-slim-with-higher-taxes.html>, zuletzt geprüft am 10.01.2021.
- Bruno, Barbara Altman (1996):** Worth your weight. What you can do about a weight problem. Bethel, CT: Rutledge Books.
- Burgard, D. (Hg.) (2009):** What is "Health at Every Size"? Unter Mitarbeit von Esther D. Rothblum und Sondra Solovay. New York: New York University Press.
- Burgard, Deborah (2010):** What's Weight Got to Do with It? In: *Treatment of Eating Disorders*: Elsevier, S. 17–35.
- Callahan, Daniel (2013):** Obesity: chasing an elusive epidemic. In: *The Hastings Center report* 43 (1), S. 34–40. DOI: 10.1002/hast.114.
- Ciliska, Donna (2013):** Beyond Dieting. Psychoeducational Interventions For Chronically Obese Women. Hoboken: Taylor and Francis (Brunner / Mazel eating disorders monograph series, 5). Online verfügbar unter <http://gbv.ebilib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1207117>.
- Cooper, Charlotte (2011):** Fat Lib: How Fat Activism Expands the Obesity Debate. In: Emma Rich, Lee F. Monaghan und Lucy Aphramor (Hg.): *Debating Obesity*. London: Palgrave Macmillan UK, S. 164–191.
- Cooper, Charlotte (2016):** Fat activism. A radical social movement. Bristol: HammerOn Press.
- Corrigan, Patrick W.; Bink, Andrea B.; Fokuo, J. Konadu; Schmidt, Annie (2015):** The public stigma of mental illness means a difference between you and me. In: *Psychiatry research* 226 (1), S. 186–191. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.047.
- DAK Forschung forsa (2016):** XXL-Report: Meinungen und Einschätzungen zu Übergewicht und Fettleibigkeit. Berlin.

Daníelsdóttir, Sigrún; O'Brien, Kerry S.; Ciao, Anna (2010): Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. In: *Obesity facts* 3 (1), S. 47–58. DOI: 10.1159/000277067.

Donaghue, Ngaire; Allen, Maddison (2016): "People don't care as much about their health as they do about their looks": Personal trainers as intermediaries between aesthetic and health-based discourses of exercise participation and weight management. In: *International Journal of Sport and Exercise Psychology* 14 (1), S. 42–56. DOI: 10.1080/1612197X.2015.1016086.

Durso, Laura E.; Latner, Janet D.; Hayashi, Kentaro (2012): Perceived discrimination is associated with binge eating in a community sample of non-overweight, overweight, and obese adults. In: *Obesity facts* 5 (6), S. 869–880. DOI: 10.1159/000345931.

Eisenberg, Marla E.; Berge, Jerica M.; Fulkerson, Jayne A.; Neumark-Sztainer, Dianne (2012): Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disordered eating behaviors in young adults. In: *Journal of behavioral medicine* 35 (5), S. 500–508. DOI: 10.1007/s10865-011-9378-9.

Entman, R.; Matthes, J.; Pellicano, L. (2009): Nature, sources and effects of news framing.

Entman, Robert M. (1993): Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. In: *Journal of Communication* 43 (4), S. 51–58. DOI: 10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x.

Erdman, Cheri K. (1996, 1995): Nothing to lose. A guide to sane living in a larger body. 1st HarperCollins pbk. ed. [San Francisco, CA]: HarperSanFrancisco.

Ernsberger, P. (Hg.) (2009): Does Social Class Explain the Connection between Weight and Health. The Fat Studies Reader. Unter Mitarbeit von Esther D. Rothblum und Sondra Solovay. New York: New York University Press (The Fat Studies Reader).

Farrell, Amy Erdman (2011): Fat shame. Stigma and the fat body in American culture. New York, London: New York University Press.

Flint, Stuart W.; Čadek, Martin; Codreanu, Sonia C.; Ivić, Vanja; Zomer, Colene; Gomoiu, Amalia (2016): Obesity Discrimination in the Recruitment Process: "You're Not Hired!". In: *Frontiers in psychology* 7, S. 647. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00647.

Flint, Stuart W.; Snook, Jeremé (2015): Disability Discrimination and Obesity: The Big Questions? In: *Current obesity reports* 4 (4), S. 504–509. DOI: 10.1007/s13679-015-0182-7.

Fraser, Laura (1997): Losing it. America's obsession with weight loss. New York: Dutton.

Freespirit, J. & Aldebaran (1979): Fat liberation manifesto. Off Our Backs. In: *JSTOR* 1979, 1979 (vol. 9, no. 4), S. 18–88. Online verfügbar unter www.jstor.org/stable/25773035, zuletzt geprüft am 10.01.2021.

Frindte, Wolfgang (2010): Inszenierter Terrorismus. Mediale Konstruktionen und individuelle Interpretationen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-531-17551-5>.

Gaesser, G. (Hg.) (2009): Is "Permanent Weight Loss" an Oxymoron? Unter Mitarbeit von Esther D. Rothblum und Sondra Solovay. New York: New York University Press (The Fat Studies Reader).

Gardner, Gary; Halweil, Brian (2000): Underfed and overfed. The global epidemic of malnutrition. Washington, DC: Worldwatch Inst (Worldwatch paper, 150).

Garner, David M.; Wooley, Susan C. (1991): Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. In: *Clinical Psychology Review* 11 (6), S. 729–780. DOI: 10.1016/0272-7358(91)90128-H.

Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.: GgG. Online verfügbar unter <https://gewichtsdiskriminierung.de/>, zuletzt geprüft am 13.04.2021.

Goffman, Erving (1976): Frame analysis. An essay on the organization of experience. 3. print. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.

Goffman, Erving (2018): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 24. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 140).

Goodman, W. Charisse (1995): The invisible woman. Confronting weight prejudice in America. Carlsbad, CA: Gurze Books.

Gunnars, K. (2019): The Harmful Effects of Fat Shaming. Hg. v. healthline. Online verfügbar unter <https://www.healthline.com/health-news/body-shaming-in-social-media>, zuletzt geprüft am 21.12.2020.

Health at every size community (2020): The Pledge Concept. Online verfügbar unter <https://haescommunity.com/>, zuletzt geprüft am 10.10.20.

Hilbert, Anja; Braehler, Elmar; Haeuser, Winfried; Zenger, Markus (2014): Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 22 (1), S. 79–85. DOI: 10.1002/oby.20561.

Hilbert, Anja; Rief, Winfried; Braehler, Elmar (2008): Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 16 (7), S. 1529–1534. DOI: 10.1038/oby.2008.263.

Hirschmann J.R. & Munter, C.H. (1995): When Women Stop Hating Their Bodies: Ballantine.

ifb Adipositas (2015): Fat is Fabulous? Online verfügbar unter <https://www.ifb-adipositas.de/blog/2015-08-12-fat-fabulous>, zuletzt geprüft am 11.10.20.

Keith, S. W.; Redden, D. T.; Katzmarzyk, P. T.; Boggiano, M. M.; Hanlon, E. C.; Benca, R. M. et al. (2006): Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. In: *International journal of obesity (2005)* 30 (11), S. 1585–1594. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803326.

Kilpela, Lisa Smith; Calogero, Rachel; Wilfred, Salomé A.; Verzijl, Christina L.; Hale, Willie J.; Becker, Carolyn Black (2019): Self-objectification and eating disorder pathology in an ethnically diverse sample of adult women: cross-sectional and short-term longitudinal associations. In: *Journal of eating disorders* 7, S. 45. DOI: 10.1186/s40337-019-0273-z.

- Korbik, Julia (2015):** Stand up. Feminismus für Anfänger und Fortgeschrittene. 2., aktualisierte Auflage März 2015. Berlin: Rogner & Bernhard.
- Kreuzenbeck, Nora (2015):** Nothing to Lose: Fat Acceptance-Strategien und Agency als Widerstand und Unterwerfung in den USA von der Mitte der 1960er bis in die frühen 1980er Jahre (2015). In: *Body politics* 3, Heft 5, S. 111–134. Online verfügbar unter https://www.academia.edu/34039806/Body_Politics_3_2015_No_5_Fat_Agency_Heft_5_Fat_Agency_ed_by_Nina_Mackert_J%C3%BCrgen_Martschukat_.
- Liebenstein, Stephanie von (2012):** Confronting Weight Discrimination in Germany—The Foundation of a Fat Acceptance Organization. In: *Fat Studies* 1 (2), S. 166–179. DOI: 10.1080/21604851.2012.643681.
- Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (2001):** Conceptualizing Stigma. In: *Annu. Rev. Sociol.* 27 (1), S. 363–385. DOI: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- Lippa, Natalie C.; Sanderson, Saskia C. (2012):** Impact of information about obesity genomics on the stigmatization of overweight individuals: an experimental study. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 20 (12), S. 2367–2376. DOI: 10.1038/oby.2012.144.
- Lupton, Deborah (1998):** Food, the Body and the Self Food, the body and the self. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd.
- Lupton, Deborah (2013):** Fat. Milton Park, Abingdon, Oxon, New York, NY: Routledge (Short cuts). Online verfügbar unter <http://e-res.bis.uni-oldenburg.de/redirect.php?url=http://lib.myilibrary.com/detail.asp?id=391884>.
- Mackert, Nina (2017):** "Nature always counts". Kalorienzählen als Vorsorgetechnik in den USA des frühen 20. Jahrhunderts. In: *Vorsorgen in der Moderne : Akteure, Räume und Praktiken*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg, S. 213–231.
- Matthes, Jörg (2009):** What's in a Frame? A Content Analysis of Media Framing Studies in the World's Leading Communication Journals, 1990-2005. In: *Journalism & Mass Communication Quarterly* 86 (2), S. 349–367. DOI: 10.1177/107769900908600206.
- Matthes, Jörg; Kohring, Matthias (2004):** Die empirische Erfassung von Medien-Frames. In: *M&K* 52 (1), S. 56–75. DOI: 10.5771/1615-634x-2004-1-56.
- Matz, Judith (2010):** The Pursuit of Thinness. Unter Mitarbeit von National Association to Advance Fat Acceptance. In: *NAAFA Newsletter*, March 2010, S. 3–4. Online verfügbar unter www.naafaonline.com/newsletterstuff/oldnewsletterstuff/March2010Newsletter.html, zuletzt geprüft am 16.01.21.
- Menzinger, Anne Sophie (2017):** Fat acceptance. Positionen und Praxen einer körperpolitischen Bewegung. 1. Auflage (Substanz).
- Michelberger, Melodie (2021):** Body Politics. Originalausgabe. Hamburg. Rowohlt Verlag.
- Monaghan, Lee F. (2008):** Men and the war on obesity. A sociological study. London: Routledge.
- Monaghan, Lee F. (2017):** Re-framing weight-related stigma: From spoiled identity to macro-social structures. In: *Soc Theory Health* 15 (2), S. 182–205. DOI: 10.1057/s41285-016-0022-1.

NAAFA - National Association to Advance Fat Acceptance: NAAFA. Online verfügbar unter <https://naafa.org/>, zuletzt geprüft am 10.04.2021.

Nickson, Dennis; Timming, Andrew R.; Re, Daniel; Perrett, David I. (2016): Subtle Increases in BMI within a Healthy Weight Range Still Reduce Womens Employment Chances in the Service Sector. In: *PloS one* 11 (9), e0159659. DOI: 10.1371/journal.pone.0159659.

Pan, Z. & Kosicki, G. M. (2001): Framing as strategic action in public deliberation. Framing Public Life. Unter Mitarbeit von Stephen D. Reese, Jr. Gandy und August E. Grant: Routledge.

Penney, Tarra L.; Kirk, Sara F. L. (2015): The Health at Every Size paradigm and obesity: missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward. In: *American journal of public health* 105 (5), e38-42. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302552.

Phelan, S. M.; Burgess, D. J.; Yeazel, M. W.; Hellerstedt, W. L.; Griffin, J. M.; van Ryn, M. (2015): Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. In: *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 16 (4), S. 319–326. DOI: 10.1111/obr.12266.

Pinkston, Joshua C. (2017): The dynamic effects of obesity on the wages of young workers. In: *Economics and human biology* 27 (Pt A), S. 154–166. DOI: 10.1016/j.ehb.2017.05.006.

POLIVY, JANET (1996): Psychological Consequences of Food Restriction. In: *Journal of the American Dietetic Association* 96 (6), S. 589–592. DOI: 10.1016/S0002-8223(96)00161-7.

Provencher, Véronique; Bégin, Catherine; Tremblay, Angelo; Mongeau, Lyne; Corneau, Louise; Dodin, Sylvie et al. (2009): Health-At-Every-Size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention. In: *Journal of the American Dietetic Association* 109 (11), S. 1854–1861. DOI: 10.1016/j.jada.2009.08.017.

Puhl, R. M.; Andreyeva, T.; Brownell, K. D. (2008): Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. In: *International journal of obesity (2005)* 32 (6), S. 992–1000. DOI: 10.1038/ijo.2008.22.

Puhl, Rebecca; Brownell, Kelly; DePierre, Jenny (2014): Bias, Discrimination, and Obesity. In: George Bray (Hg.): *Handbook of Obesity*: CRC Press, S. 461–470.

Puhl, Rebecca; Suh, Young (2015): Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. In: *Current obesity reports* 4 (2), S. 182–190. DOI: 10.1007/s13679-015-0153-z.

Puhl, Rebecca M.; Brownell, Kelly D. (2006): Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 14 (10), S. 1802–1815. DOI: 10.1038/oby.2006.208.

Puhl, Rebecca M.; Heuer, Chelsea A. (2009): The stigma of obesity: a review and update. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 17 (5), S. 941–964. DOI: 10.1038/oby.2008.636.

Puhl, Rebecca M.; King, Kelly M. (2013): Weight discrimination and bullying. In: *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism* 27 (2), S. 117–127. DOI: 10.1016/j.beem.2012.12.002.

Raab, Jürgen (2008): Visuelle Wissenssoziologie. Theoretische Konzeption und materiale Analysen (Erfahrung - Wissen - Imagination).

Resch, Elyse; Tribble, Evelyn; Lichtner, Gabriele (2013): Intuitiv abnehmen. Zurück zu natürlichem Essverhalten. Dt. Erstausg., 1. Aufl. München: Goldmann (Goldmann, 17386).

Robison, Jon (1997): Weight Management: Shifting the Paradigm. In: *Journal of Health Education* 28 (1), S. 28–34. DOI: 10.1080/10556699.1997.10608585.

Robison, Jon (2005): Health at Every Size: Toward a New Paradigm of Weight and Health. In: *Medscape General Medicine* 7 (3), S. 13.

Robison, Jon; Putnam, Kelly; McKibbin, Laura (2007a): Health at every size: a compassionate, effective approach for helping individuals with weight-related concerns--part I. In: *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses* 55 (4), S. 143–150. DOI: 10.1177/216507990705500402.

Robison, Jon; Putnam, Kelly; McKibbin, Laura (2007b): Health At Every Size: a compassionate, effective approach for helping individuals with weight-related concerns--Part II. In: *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses* 55 (5), S. 185–192. DOI: 10.1177/216507990705500503.

Roehling, Mark V.; Pichler, Shaun; Bruce, Tamara A. (2013): Moderators of the effect of weight on job-related outcomes: a meta-analysis of experimental studies. In: *J Appl Soc Psychol* 43 (2), S. 237–252. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2012.00993.x.

Rose, Lotte; Schorb, Friedrich (Hg.) (2017): Fat-Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779945314.

Rothblum, Esther D. (Hg.) (2017): Fat Studies. Fat Studies in Deutschland - Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung. Unter Mitarbeit von Lotte Rose und Friedrich Schorb. 1. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Roughan, P.; Seddon, E.; Vernon-Roberts, J. (1990): Long-term effects of a psychologically based group programme for women preoccupied with body weight and eating behaviour. In: *International journal of obesity* 14 (2), S. 135–147.

Sainsbury, Amanda; Hay, Phillipa (2014): Call for an urgent rethink of the 'health at every size' concept. In: *Journal of eating disorders* 2, S. 8. DOI: 10.1186/2050-2974-2-8.

Satter, Ellyn (2011): Secrets of Feeding a Healthy Family. How to Eat, How to Raise Good Eaters, How to Cook. New York: Kelcy Press. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=868812>.

Scheufele, Bertram (2004): Framing-effects approach: A theoretical and methodological critique. In: *Communications* 29 (4), S. 401–428. DOI: 10.1515/comm.2004.29.4.401.

Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich (2008): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und

Adipositas. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-531-15431-2>.

Schorb, Friedrich (2010): Dick, doof und arm. Die große Lüge vom Übergewicht und wer von ihr profitiert. 1. Aufl. München: Knaur eBook.

Schorb, Friedrich (2015): Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem. Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 2014. Springer VS, Wiesbaden.

Sichtermann, Barbara (Hg.) (1992): Über die Schönheit, die Demokratie und den Tod. Unter Mitarbeit von Farideh Akashe-Böhme. Frankfurt (am Main): Suhrkamp (Reflexionen vor dem Spiegel).

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

Smigelski-Theiss, Rachel; Gampong, Malisa; Kurasaki, Jill (2017): Weight Bias and Psychosocial Implications for Acute Care of Patients With Obesity. In: *AACN advanced critical care* 28 (3), S. 254–262. DOI: 10.4037/aacnacc2017446.

Strauss, Stephen (2006): Clara M. Davis and the wisdom of letting children choose their own diets. In: *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 175 (10), S. 1199. DOI: 10.1503/cmaj.060990.

Sykes, Heather; McPhail, Deborah (2008): Unbearable Lessons: Contesting Fat Phobia in Physical Education. In: *Sociology of Sport Journal* 25 (1), S. 66–96. DOI: 10.1123/ssj.25.1.66.

Tolasch, Eva (2017): "What's wrong with being fat?". Erzählungen zum Dicksein von Menschen mit hohem Körpergewicht. In: *Fat Studies in Deutschland: hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung*. Weinheim: Beltz Juventa, S. 97–122.

Tomiyama, A. Janet; Carr, Deborah; Granberg, Ellen M.; Major, Brenda; Robinson, Eric; Sutin, Angelina R.; Brewis, Alexandra (2018): How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. In: *BMC medicine* 16 (1), S. 123. DOI: 10.1186/s12916-018-1116-5.

Tribole, Evelyn; Resch, Elyse (2012): Intuitive eating. A revolutionary program that works. Third edition, fully revised with two new chapters.

Tylka, Tracy L.; Annunziato, Rachel A.; Burgard, Deb; Daníelsdóttir, Sigrún; Shuman, Ellen; Davis, Chad; Calogero, Rachel M. (2014): The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. In: *Journal of obesity* 2014, S. 983495. DOI: 10.1155/2014/983495.

Vanhove, Adam; Gordon, Randall A. (2014): Weight discrimination in the workplace: a meta-analytic examination of the relationship between weight and work-related outcomes. In: *J Appl Soc Psychol* 44 (1), S. 12–22. DOI: 10.1111/jasp.12193.

Wann, Marilyn (1999): Fat! So? Because you don't have to apologize for your size! Berkeley, Calif: Ten Speed Press.

Weingarten, Susanne (2007): Achtung, die Dicken kommen. Hg. v. Spiegel Panorama. Online verfügbar unter <https://www.spiegel.de/lebenundlernen/uni/fat-studies-achtung-die-dicken-kommen-a-483984.html>.

Winker, Gabriele; Degele, Nina (2010): Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten. 2., unveränd. Aufl. Bielefeld: transcript-Verl. (Sozialtheorie Intro).

8. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war. Ich stimme zu, dass die vorliegende Arbeit mit einer Anti-Plagiatsoftware überprüft werden darf.

Gießen, 03.05.2021

Ort, Datum



Unterschrift