

Psychotherapeut 2021 · 66:28–34

<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00475-1>

Angenommen: 17. November 2020

Online publiziert: 15. Dezember 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020



Claudia Luck-Sikorski^{1,2,3} · Marie Bernard^{1,2}

¹ Forschungsgruppe COPE (Chronische Erkrankungen und Psychische Gesundheit), SRH Hochschule für Gesundheit, Gera, Deutschland

² Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) AdipositasErkrankungen, Universitätsmedizin Leipzig, Leipzig, Deutschland

³ Helmholtz-Institut für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG), Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), München, Deutschland

Stigmatisierung und Diskriminierung von Patient*innen mit Adipositas

Menschen mit Adipositas sind nicht nur von vielfältigen körperlichen Konsequenzen betroffen; vielmehr rücken psychosoziale Einschränkungen zunehmend in den Fokus der Behandlung. Die negative Bewertung (Stigmatisierung) und unfaire Behandlung (Diskriminierung) von Betroffenen sind Aspekte, die besondere Aufmerksamkeit verdienen. Diese können sich auf die psychische Gesundheit und die Lebensqualität auswirken, aber auch Behandlungsversuche negativ beeinflussen. Strukturelle Diskriminierung kann die soziale Teilhabe und Gesundheitsversorgung von Patienten mit Adipositas gefährden.

Stigmatisierung bei Adipositas und Konsequenzen

Adipositas kann als Stigma bezeichnet werden; ein Merkmal, das Menschen von anderen unterscheidet (Goffman 1963). Im Gegensatz zu anderen Stigmata, wie religiöser Zugehörigkeit oder sexueller Orientierung, ist die Körperform ein Stigma, das nicht versteckt werden kann, sondern immer offenbar wird. Menschen mit Adipositas können also unmittelbar als vom Normalgewicht abweichend identifiziert werden. Ein überdurchschnittliches Körpergewicht wird mit negativen Attributen assoziiert. Diese beziehen sich bei Menschen mit Adipositas v. a. auf mögliche Cha-

racterschwächen (faul, willensschwach; Sikorski et al. 2012). In der deutschen Bevölkerung sind diese Einstellungen ebenfalls weit verbreitet; so weist mindestens ein Viertel der Bevölkerung klare stigmatisierende Einstellungen auf (Hilbert et al. 2008). Eine qualitative Studie beispielsweise zeigt, dass übergewichtige Frauen ca. 3 stigmatisierende Erfahrungen pro Woche machten (Seacat et al. 2016). Die Ursachen für diese Stigmatisierung sind vielfältig: Einerseits wird Adipositas als kontrollierbarer und selbst verschuldeter Zustand wahrgenommen (Attributionstheorie), andererseits werden die öffentliche Meinung auch durch vorherrschende Körperideale geprägt und Abweichungen von der Norm negativ rezipiert (Puhl und Brownell 2003).

Ausgehend von einer negativen Bewertung von Menschen mit Adipositas folgen Elemente des sozialen Ausschlusses, wie eine (soziale) Distanzierung sowie Diskriminierung, die strukturelle Nachteile der betroffenen Gruppe aufweist (Link und Phelan 2001). Menschen mit Adipositas berichten häufig über gewichtsbedingte Diskriminierung: Es geben 40 % der Menschen, die vom dritten und damit höchsten Adipositasgrad betroffen sind, an, Diskriminierung erfahren zu haben (Spahlholz et al. 2016). Diskriminierung kommt in verschiedenen Settings vor und beinhaltet verringerte Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit sowie Benachteiligung im Gesundheitssystem. Puhl und Heuer

haben den Einfluss gewichtsbedingter Stigmatisierung und Diskriminierung 2010, wie in **Abb. 1** dargestellt, zusammengefasst.

Sichtbar in dieser Übersicht wird, dass die negativen Effekte von Stigmatisierung auf Morbidität und Mortalität durch individuelle, aber auch strukturelle Faktoren vermittelt werden. Entgegen früherer Annahmen, dass sozialer Ausschluss als Motivator zur Verhaltensänderung und damit zur Gewichtsabnahme genutzt werden kann, zeigen Studien diametrale Ergebnisse für das Ess- und Bewegungsverhalten betroffener Personen, was sich wiederum negativ auf die bestehende Adipositas auswirken kann. So konnte in einer experimentellen Studie gezeigt werden, dass die Kalorienaufnahme in Form von Snacks bei einer Gruppe von Frauen mit Adipositas nach erlebter Stigmatisierung höher war als in der Vergleichsgruppe, die keine gewichtsbedingte Stigmatisierung erlebt hatte (Major et al. 2014). Querschnittsanalysen der English Longitudinal Study of Ageing unterstreichen, dass gewichtsbedingte Diskriminierung mit geringerer körperliche Aktivität assoziiert ist (Jackson und Steptoe 2017). Beide Faktoren sind wiederum assoziiert mit einer positiven Energiebalance, die wiederum eine Gewichtszunahme begünstigt, sodass Stigmatisierung als ein Aspekt gesehen wird, der zur Aufrechterhaltung und Eskalation von Adipositas beiträgt (Puhl et al. 2020).

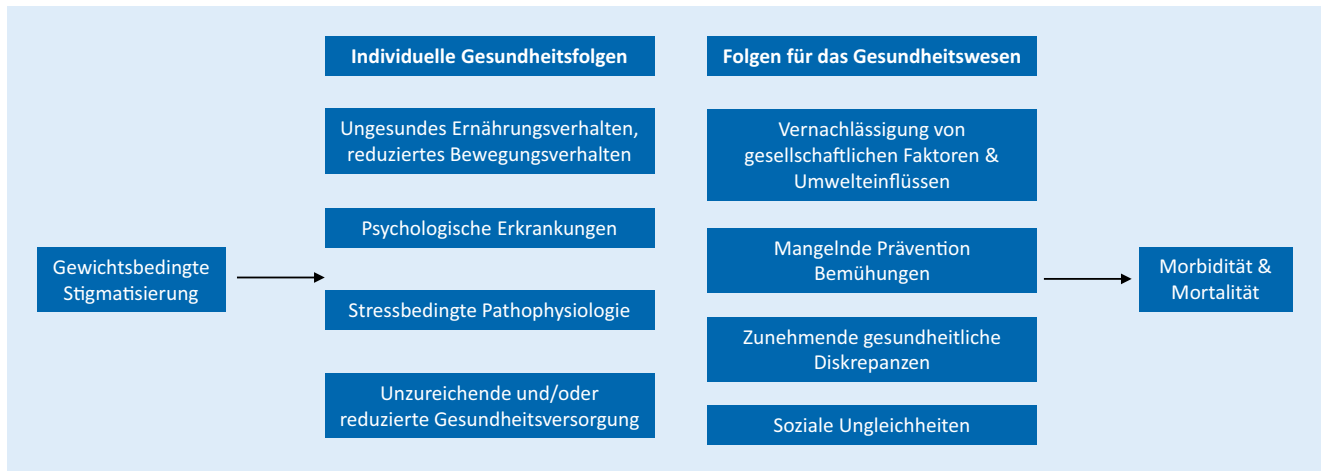


Abb. 1 ▲ Folgen gewichtsbedingter Stigmatisierung. (Nach Puhl und Heuer 2010)

Auch Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas erleben bereits gewichtsbedingte Stigmatisierung. Bereits im Alter von 32 Monaten zeigen Kleinkinder eine Präferenz für normalgewichtige Figuren, abhängig vom Ausmaß der Ablehnung von Übergewicht durch die Mutter (Ruffman et al. 2016). Mobbing und Ausgrenzung in der Schule führen u. a. zu ähnlichen negativen Outcomes bezüglich Gewichtsentwicklung, Selbstwert und Körperbild wie bei Erwachsenen (Palad et al. 2019). Konkret kann davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Effekte in erwachsenen Kohorten ihren Ursprung in den Stigmaerfahrungen des Kindes- und Jugendalters finden.

Gewichtsbedingte Diskriminierung kann als Folge von Stigmatisierung und somit wiederum als ein Faktor angesehen werden, durch den sich soziale Ungleichheit manifestiert, da Menschen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten deutlich häufiger betroffen sind (Mensink et al. 2013). Diskriminierung von Menschen mit Adipositas ist v. a. aus beruflichen Kontexten bekannt und zeigt sich durch Nachteile bei Einstellungsverfahren, Aufstiegschancen und Gehalt (Puhl und Brownell 2001). Der negative Effekt von Körpergewicht auf das Gehalt ist bisher nur für Frauen dokumentiert und scheint bei Männern umgekehrt zu bestehen; Übergewicht ist hier also nicht nachteilig (Lee et al. 2019a). Dies konnte in einer großen Metaanalyse bestätigt werden, die fand,

dass die Assoziation von niedrigem sozioökonomischen Status und Inzidenz von Adipositas weniger relevant ist als Adipositas als Ursache eines niedrigen sozioökonomischen Status (Kim und von dem Knesebeck 2018). Auch in einer deutschen Erhebung berichten deutlich mehr Frauen über gewichtsbedingte Diskriminierung als Männer („odds ratio“: 3,29; Sikorski et al. 2016). Der beschriebene Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Adipositas zeigt sich bei Frauen über alle Altersgruppen hinweg, während er bei Männern nur bis zur Altersgruppe 18 bis 45 Jahre beobachtbar ist (Mensink et al. 2013).

Ein weiterer Aspekt gewichtsbedingter Stigmatisierung betrifft die Häufigkeit von psychischen Störungen. Querschnittsstudien zeigen, dass affektive Störungen sowie Angststörungen ungefähr doppelt so häufig bei Menschen mit Adipositas auftreten, verglichen mit Menschen ohne Adipositas (Simon et al. 2006). Die Effekte sind auch in jüngeren Metaanalysen für Depressionen und Angststörungen dokumentiert (Alimoradi et al. 2020). Bei Patient*innen, also Menschen, die eine Behandlung ihrer Adipositas aufsuchen, zeigte sich eine Punktprävalenz von 43 % für eine psychiatrische Diagnose (Lin et al. 2013). Eine aktuelle Metaanalyse unterstreicht die Assoziation von erlebter Stigmatisierung und reduzierter psychischer Gesundheit und findet einen mittleren bis großen Effekt, der v. a. Menschen mit schwerer

Adipositas betrifft (Emmer et al. 2020). Zudem findet sich bei Menschen mit Adipositas Grad I erneut ein Geschlechtereffekt: Während Männer über eine bessere psychische Gesundheit berichten, ist diese bei den weiblichen Betroffenen wiederum schlechter (Magallares und Pais-Ribeiro 2014).

Vom erlebten Stigma zur Internalisierung

Offen bleibt, über welche Mechanismen es zu dieser erhöhten Prävalenz psychischer Störungen kommt. Hierzu wurden psychologische Risikofaktoren, wie Selbstwert, Coping-Mechanismen sowie „body image“ diskutiert (Sikorski et al. 2015). Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist bei Frauen mit Adipositas häufig (Weinberger et al. 2016) und wiederum mit verringerter Lebensqualität und verändertem Essverhalten assoziiert (Lee et al. 2019b). Einen weiteren Aspekt stellt die sog. Internalisierung von Stereotypen und Vorurteilen dar. Da auch Betroffene Teil einer Gesellschaft sind, die die genannten Einstellungen zu Übergewicht, Adipositas und Betroffenen aufweist, kann es zu einem Prozess kommen, in dem diese Vorurteile internalisiert, also ins Selbstbild übernommen werden. Diese Internalisierung ist wiederum verknüpft mit erhöhter psychiatrischer Komorbidität, potenziell auch mit einer somatischen Komorbidität, wobei die Befunde für Letztere eher inkonsistent sind (Pearl und Puhl 2018). Auch die

Suizidalität kann bei Stigmaerfahrungen sowie Internalisierung erhöht sein (Brochu 2020). Weniger als der objektive BMI scheinen hier die subjektiven Erfahrungen, mit Adipositas zu leben, das Risiko zu determinieren. Dem subjektiven Gewichtsstatus sowie den subjektiven Stigma- und Diskriminierungserfahrungen kommen demnach eine besondere Bedeutung zu.

Aktuelle Zahlen zu Stigmatisierung und Diskriminierung von Frauen mit Adipositas in Deutschland

Wie dargestellt sind geschlechtsspezifische Unterschiede sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung von Menschen mit Adipositas zu erwarten, aber auch in der Bedeutung für die Betroffenen selbst. Folgend sollen daher Ergebnisse einer aktuellen Studie in Deutschland kurz dargestellt werden. Diese stammen aus einer großen bevölkerungsbasierten telefonischen Umfrage, die 2018 durchgeführt wurde. Da v. a. Frauen von den genannten Nachteilen betroffen sind, wurden Frauen mit Übergewicht in Deutschland zu ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem befragt. Eine systematische Erhebung von Diskriminierungserfahrungen von Frauen mit Adipositas steht bislang noch aus. Es soll daher untersucht werden, wie häufig diese gewichtsbedingte Stigmatisierung internalisieren und wie oft sie sich im Gesundheitssystem benachteiligt gefühlt haben. Es wird angenommen, dass der Anteil der Frauen mit Adipositas, die diskriminierende Erfahrungen gemacht haben, mit dem jeweiligen Schweregrad der Adipositas zunimmt.

Die Daten wurden durch Gewichtung hinsichtlich der Altersstruktur und des Bildungsgrads repräsentativ. Hierzu wurden $n = 500$ Frauen mit Adipositas interviewt. Die Eigenschaften der Stichprobe sind in **Tab. 1** dargestellt. Im Schnitt waren die Teilnehmerinnen 53 Jahre alt und wiesen einen BMI von 35 kg/m^2 auf. Der Großteil der Teilnehmerinnen war vom Adipositas Grad I betroffen.

Obwohl alle Teilnehmerinnen einen selbstberichteten BMI über 30 kg/m^2 angaben, sahen sich nur 38 % selbst als

Psychotherapeut 2021 · 66:28–34 <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00475-1>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

C. Luck-Sikorski · M. Bernard

Stigmatisierung und Diskriminierung von Patient*innen mit Adipositas

Zusammenfassung

Hintergrund. Adipositas ist eine stigmatisierte Erkrankung. Patient*innen werden durch die Allgemeinbevölkerung, aber auch im Gesundheitssystem abgewertet und benachteiligt.

Ziel der Arbeit. Zusammenfassung der Literatur zu Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung von Patient*innen mit Adipositas und Ergänzung durch Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung bei Frauen mit Adipositas.

Material und Methoden. Literaturrecherche, deskriptive und inferenzstatistische Analysen in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von $n = 500$ Frauen mit Adipositas.

Ergebnisse. Stigmatisierung und Diskriminierung betreffen häufig Frauen mit Adipositas. Diese Erfahrungen sind mit negativen Konsequenzen assoziiert, die wiederum zur Aufrechterhaltung der Erkrankung

beitragen können. Patientinnen können Vorurteile zudem internalisieren. Je höher das Gewicht der Betroffenen, desto häufiger berichten diese über gewichtsbedingte Stigmatisierung, auch im Gesundheitssystem. Die Selbsteinschätzung des Gewichts ist v. a. bei Frauen mit Adipositas des Schweregrads I (Body-Mass-Index [BMI] $30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$) nicht akkurat.

Schlussfolgerung. Die erhöhte Prävalenz psychischer Störungen bei Patient*innen mit Adipositas wird auch durch Stigmaerfahrungen vermittelt. Stigmatisierung und das folgende internalisierte Stigma sollten auch im Rahmen von Psychotherapie sensibel adressiert werden.

Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit · Körperbild · Sozial Teilhabe · Depression · Gesundheitssystem

Stigmatization and discrimination of patients with obesity

Abstract

Background. Obesity is a stigmatized disease. Patients are devaluated and disadvantaged by the general population and also in the healthcare system.

Objective. Summary of the literature on the consequences of stigmatization and discrimination of patients with obesity and augmented by the results of a recent survey of women with obesity.

Methods. Literature search, descriptive and inference statistical analyses in a representative German sample of $n = 500$ women with obesity.

Results. Weight-based stigmatization and discrimination are more often reported by women. These experiences are associated with negative consequences that can contribute to perpetuating the disease. Patients

can also internalize negative stereotypes. Patients with a higher body mass index (BMI) report weight-based stigmatization more often, even in the healthcare setting. The self-perception of weight is particularly inaccurate in patients with severity class I obesity (BMI $30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$).

Conclusion. The elevated prevalence of psychiatric disorders in patients with obesity can partly be attributed to weight-based stigmatization. Stigmatization and the subsequent internalized stigma need to be sensitively addressed especially in the setting of psychotherapy.

Keywords

Mental health · Body image · Social participation · Depression · Health care system

von Adipositas betroffen an, während knapp die Hälfte der Annahme war, nur übergewichtig zu sein. Diesen Punkt beleuchtet **Tab. 2** genauer. Es zeigt sich, dass v. a. Betroffene mit dem Adipositas Grad I häufig der Annahme sind, nur leicht übergewichtig oder übergewichtig zu sein (16,0 % bzw. 63,1 %); eine korrekte Klassifikation nahmen nur 19,3 %

vor. Anders bei Teilnehmerinnen mit den Graden II und III der Adipositas: Hier schätzt sich die überwiegende Mehrheit richtig ein.

Die eingesetzte Skala „weight bias internalization“ (WBIS; Hilbert et al. 2014) auf Einzelitemebene sowie den Gesamtscore der Skala zeigt **Tab. 3**. Zusätzlich sind die Referenzwerte für Frauen

Tab. 1 Deskriptive Auswertung soziodemografischer Daten				
		Stichprobe (ungewichtet)		Stichprobe (gewichtet)
<i>Body-Mass-Index (kg/m²)</i>				
Adipositas Grad I	(30 ≥ BMI < 35)	301	(30,01 %)	(60,2 %)
Adipositas Grad II	(35 ≥ BMI < 40)	129	(12,86 %)	(25,8 %)
Adipositas Grad III	(BMI ≥ 40)	70	(6,98 %)	(14,0 %)
BMI (M ± SD)		35,10 ± 4,92		
<i>Schulbildung (Jahre)</i>				
<12		268	(53,60 %)	(53,6 %)
≥12		232	(46,40 %)	(46,4 %)
<i>Alter (Jahre)</i>				
25–34		34	(6,80 %)	(6,8 %)
35–44		63	(12,60 %)	(12,6 %)
45–54		136	(27,20 %)	(27,2 %)
55–65		267	(53,40 %)	(53,4 %)
M ± SD		52,89 ± 9,71		
<i>Haushaltseinkommen (€)</i>				
<500		3	(0,6 %)	(5,5 %)
500 < 1000		48	(10,1 %)	(32,5 %)
1000 < 1500		53	(11,2 %)	(30,8 %)
1500 < 2000		63	(13,3 %)	(14,1 %)
2000 < 2500		73	(15,4 %)	(12,5 %)
2500 < 3000		55	(11,6 %)	(2,3 %)
3000 < 3500		53	(11,2 %)	(0,8 %)
3500 < 4000		32	(6,8 %)	(0,4 %)
4000 < 4500		34	(7,2 %)	(0,2 %)
≥4500		60	(12,7 %)	(0,8 %)

BMI Body-Mass-Index, *SD* Standardabweichung

Tab. 2 Kreuztabelle, Adipositasgrad (Body-Mass-Index, BMI) und Selbsteinschätzung								
	Adipositas, Grad (BMI; kg/m ²)							
	I (30 ≥ BMI < 35)		II (35 ≥ BMI < 40)		III (BMI ≥ 40)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Selbsteinschätzung</i>								
Normalgewichtig	5	(1,66)	1	(0,78)	1	(1,43)	7	(1,40)
Leicht übergewichtig	48	(15,95)	9	(6,98)	1	(1,43)	58	(11,60)
Übergewichtig	190	(63,12)	47	(36,43)	7	(10,00)	244	(48,80)
Stark übergewichtig	58	(19,27)	72	(55,81)	61	(87,14)	191	(38,20)
Total	301	–	129	–	70	–	500	–

aus der Normierungsstichprobe des Jahres 2014 angegeben. Die Stichprobe der Normierung enthielt Frauen mit Übergewicht und Adipositas, während die hier gezeigten Daten nur Frauen mit Adipositas zuzuordnen sind. Der mittlere WBIS-Wert ist in beiden Stichproben annähernd identisch (M = 2,9); nur einzelnen Items wurde unterschiedlich stark zugestimmt. Es waren 13,4 % der teilnehmenden Frauen über dem 90. Perzentil der

Normstichprobe, 5,4 % über dem 95. Perzentil und 2,4 % über dem 99. Perzentil.

Zudem wurden Diskriminierungserfahrungen i. Allg. sowie im Gesundheitssystem erhoben (Tab. 4). Knapp ein Drittel der Befragten bejaht gewichtsbedingte Diskriminierung allgemein, wobei Teilnehmerinnen mit höherem BMI häufiger darüber berichten: So steigt der Anteil von 29,5 % (Adipositas Grad I) über 42,6 % (Adipositas Grad II) auf 60 % (Adipositas Grad III; $\chi^2 = 24,7125$, $p < 0,001$).

Im Gesundheitssystem wurden v. a. Orthopäd*innen als Ort der Diskriminierung benannt. Auch bei Hausärzt*innen und Gynäkolog*innen wurden von einem Zehntel der Teilnehmerinnen Diskriminierungserfahrungen berichtet. Bei Ärzt*innen allgemein berichten dies Frauen mit Adipositas Grad III signifikant häufiger als weniger betroffene Frauen (21 % vs. 34 % vs. 40 %; $\chi^2 = 12,9690$, $p = 0,002$).

Die vorliegende Auswertung zeigt also zwei Dinge, die auch für die Psychotherapie von Relevanz sind: Zum einen hat ein Teil der Patient*innen mit Adipositas Vorurteile internalisiert. Diese Internalisierung ist, wie dargestellt, mit negativen psychischen Konsequenzen assoziiert und bedarf daher im Rahmen der Psychotherapie dieser Patient*innen ggf. besonderen Augenmerks. Die Exploration der Internalisierung und die damit verbundene Bearbeitung dieser Grundannahmen über die eigene Person sollten in der Therapie durchgeführt werden. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass ein substanzieller Anteil der Psychotherapiepatient*innen negative Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht hat und daher besonderes Augenmerk auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung gerade zu Beginn gelegt werden muss. Potenzielle Quellen von (unbewusster) Stigmatisierung durch Psychotherapeut*innen sind im folgenden Abschnitt dargelegt.

Stigmatisierung in der Psychotherapie

Obwohl in der vorliegenden Studie nicht explizit nach Psychotherapeut*innen gefragt wurde, gibt es durchaus Hinweise darauf, dass auch diese Berufsgruppe nicht frei von Vorurteilen gegenüber Menschen mit Adipositas ist (Agell und Rothblum 1991; Kinavey und Cool 2019). In ersten qualitativen Befragungen von Frauen mit Adipositas in Psychotherapie werden sog. Mikroaggressionen untersucht, die unterschwellige, häufig nicht beabsichtigte Bewertungen und Herabsetzungen marginalisierter Gruppen darstellen. Die häufigsten Mikroaggressionen, über die Psychotherapiepatientinnen mit Adipositas berichten,

Tab. 3 Deskriptive Auswertung der „weight bias internalization scale“ (WBIS)

	M	± SD	M Deutschland ^b	± SD
Ich bin weniger attraktiv als die meisten anderen Leute aufgrund meines Gewichts	3,94	± 2,03	3,18	± 1,73
Ich bin aufgrund meines Übergewichts beunruhigt darüber, was andere Leute über mich denken könnten	2,83	± 2,16	2,84	± 1,68
Ich wünschte, ich könnte mein Gewicht drastisch ändern	5,18	± 1,99	4,07	± 1,84
Wenn ich viel darüber nachdenke, dass ich übergewichtig bin, fühle ich mich niedergeschlagen	3,33	± 2,27	2,95	± 1,80
Ich hasse mich dafür, übergewichtig zu sein	1,92	± 1,68	2,40	± 1,61
Mein Gewicht hat einen starken Einfluss darauf, wie ich mich als Person bewerte	2,63	± 1,98	3,16	± 1,76
Ich verdiene kein erfüllendes soziales Leben, solange ich übergewichtig bin	1,52	± 1,32	1,99	± 1,36
Mir geht es gut mit meinem Gewicht ^a	3,55	± 1,92	3,33	± 1,74
Weil ich übergewichtig bin, bin ich nicht ich selbst	1,91	± 1,64	2,32	± 1,41
Aufgrund meines Gewichts kann ich nicht nachvollziehen, dass eine attraktive Frau/ein attraktiver Mann mit mir ausgehen würde	2,60	± 2,03	2,72	± 1,60
WBIS Mean Score	2,94	± 1,24	2,90	± 1,20
90. Perzentil (M = 4,45, %)	13,4			
95. Perzentil (M = 5,03, %)	7,0			
99. Perzentil (M = 5,90, %)	2,4			

Siebenstufige Skala (1: stimme überhaupt nicht zu, 7: stimme voll und ganz zu)

^aItem wurde umgepolt

^bReferenzwerte aus bevölkerungsbasierter Normierungsstichprobe (Hilbert et al. 2014)

Tab. 4 Deskriptive und inferenzstatistische Analyse zu Diskriminierungserfahrung

	Ja		Nein		n	Inferenzstatistik
	n	%	n	%		
Haben Sie sich jemals aufgrund Ihres Gewichts ausgegrenzt oder benachteiligt gefühlt?	186	(37,2)	314	(62,8)	500	–
Adipositas Grad I	89	(29,6)	212	(70,4)	301	$\chi^2(2) = 24,71, p < 0,001$
Adipositas Grad II	55	(42,6)	74	(57,4)	129	
Adipositas Grad III	42	(60,0)	28	(40,0)	70	
Haben Sie sich jemals aufgrund Ihres Gewichts von einem Arzt ausgegrenzt oder benachteiligt gefühlt?	138	(27,6)	362	(72,4)	500	–
Adipositas Grad I	66	(21,9)	235	(78,1)	301	$\chi^2(2) = 12,97, p = 0,002$
Adipositas Grad II	44	(34,1)	85	(65,9)	129	
Adipositas Grad III	28	(40,0)	42	(60,0)	70	
Haben Sie sich jemals aufgrund Ihres Gewichts von einem Arzt der folgenden Fachrichtungen ausgegrenzt oder benachteiligt gefühlt?						–
Hausarzt	49	(9,9)	448	(90,1)	497	
Frauenarzt	36	(7,2)	462	(92,8)	498	
Darmspezialist, also Proktologe	6	(2,1)	276	(97,9)	282	
Hautarzt	9	(2,0)	439	(98,0)	448	
Zahnarzt	3	(0,1)	495	(99,9)	498	
Orthopäde	91	(20,0)	364	(80,0)	455	

Fehlende Werte sind darauf zurückzuführen, dass der entsprechende Facharzt noch nicht von den Probandinnen aufgesucht worden war

bestanden aus einem (wahrgenommenen) zu großen Fokus auf das Gewicht der Patientin, einem (gefühlten) Desinteresse aufgrund des Gewichts sowie Unzufriedenheit mit strukturellen Praxisvariablen, wie fehlenden komfortablen Sitzmöglichkeiten (Akoury et al. 2019). Betroffene wünschen sich, dass ihnen als Klientinnen Zeit und Raum gegeben wird, eigeninitiativ über ihr Gewicht zu sprechen. Dies entspricht auch einem kanadischen Ansatz (entlehnt aus der Rauchentwöhnung): Im „Five-A“-Ansatz (Ask, Assess, Advise, Agree, Assist) wird unter Ask definiert, dass es ein Gesprächsangebot von Behandler*innen geben soll, dieses jedoch nicht forciert wird, wenn der/die Klient*in nicht dazu bereit ist (Rueda-Clausen et al. 2013). Eigentlich im Hausarzt-Setting verwendet, kann dieser Ansatz auch psychotherapeutisch genutzt werden, um möglichst vorurteilsfrei Patient*innen zu begleiten und ggf. Therapiemotivation hinsichtlich einer Gewichtsreduktion aufzubauen bzw. zu stützen. Einen Einblick gibt das frei verfügbare Manual des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum Adipositas-Erkrankungen in Leipzig (Riedel-Heller und Luck-Sikorski 2014).

Fazit für die Praxis

- Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas wirkt sich nachteilig auf Gewicht und psychische Gesundheit aus.
- Psychische Störungen sind auch aufgrund von Stigmatisierung bei Menschen mit Adipositas häufiger.
- Bei Patient*innen mit Adipositas sollten internalisierte Stigmatisierung erfasst und assoziierte Risikofaktoren, wie Selbstwert, Body image und Coping-Strategien im Rahmen der Behandlung berücksichtigt werden.
- Patient*innen benötigen ggf. eine Stärkung ihrer sozialen Kompetenzen, um stigmatisierende Situation erfolgreich zu bewältigen.
- Auch Psychotherapeut*innen weisen negative Einstellungen zu Patient*innen mit Adipositas auf. Supervision und Selbstreflexion sind im Umgang mit diesen Patient*innen daher essenziell, um Stigmatisierung im Setting Psychotherapie zu vermeiden.
- Es ist ein sensibler Umgang in der Ansprache des Themas Körpergewicht zu wählen, der die Autonomie der Patient*innen wahrt.

Korrespondenzadresse

Claudia Luck-Sikorski

Forschungsgruppe COPE (Chronische Erkrankungen und Psychische Gesundheit), SRH Hochschule für Gesundheit
Neue Str. 28–30, 07548 Gera, Deutschland
claudia.luck-sikorski@srh.de

Förderung. Die Arbeit wurde im Rahmen des integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen (FKZ: 01EO1501) gefördert.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Luck-Sikorski und M. Bernard geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

- Agell G, Rothblum ED (1991) Effects of clients' obesity and gender on the therapy judgments of psychologists. *Prof Psychol Res Pr* 22:223–229. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.22.3.223>
- Akoury LM, Schafer KJ, Warren CS (2019) Fat women's experiences in therapy: "you can't see beyond... unless I share it with you". *Women Ther* 42:93–115. <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1524063>
- Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin C-Y, Pakpour AH (2020) Weight-related stigma and psychological distress: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr* 39:2001–2013. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.10.016>
- Brochu PM (2020) Weight stigma as a risk factor for suicidality. *Int J Obes* 44:1979–1980. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0632-5>
- Emmer C, Bosnjak M, Mata J (2020) The association between weight stigma and mental health: a meta-analysis. *Obes Rev* 21:e12935. <https://doi.org/10.1111/obr.12935>
- Goffman E (1963) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs
- Hilbert A, Baldofski S, Zenger M, Löwe B, Kersting A, Braehler E (2014) Weight bias internalization scale: psychometric properties and population norms. *Plos One* 9:e86303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086303>
- Hilbert A, Rief W, Braehler E (2008) Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity* 16:1529–1534. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.263>
- Jackson SE, Steptoe A (2017) Association between perceived weight discrimination and physical activity: a population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open* 7:e14592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014592>
- Kim TJ, von dem Knesebeck O (2018) Income and obesity: what is the direction of the relationship? A systematic review and meta-analysis. *Bmj Open* 8:e19862. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019862>
- Kinavey H, Cool C (2019) The broken lens: how anti-fat bias in psychotherapy is harming our clients and what to do about it. *Women Ther* 42:116–130. <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1524070>
- Lee H, Ahn R, Kim TH, Han E (2019a) Impact of obesity on employment and wages among young adults: observational study with panel data. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010139>
- Lee MS, Gonzalez BD, Small BJ, Thompson JK (2019b) Internalized weight bias and psychological wellbeing: An exploratory investigation of a preliminary model. *PLoS ONE* 14:e216324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216324>
- Lin H-Y, Huang C-K, Tai C-M, Lin H-Y, Kao Y-H, Tsai C-C, Hsuan C-F, Lee S-L, Chi S-C, Yen Y-C (2013) Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry* 13:1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-1>
- Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 27:363
- Magallares A, Pais-Ribeiro JL (2014) Mental health and obesity: a meta-analysis. *Appl Res Qual Life* 9:295–308. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9226-x>
- Major B, Hunger JM, Bunya DP, Miller CT (2014) The ironic effects of weight stigma. *J Exp Soc Psychol* 51:74–80
- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Scheidt-Nave C (2013) Overweight and obesity in Germany. Results of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56:786–794
- Palad CJ, Yarlagadda S, Stanford FC (2019) Weight stigma and its impact on paediatric care. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 26:19–24. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000453>
- Pearl RL, Puhl RM (2018) Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev* 19:1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Puhl RM, Brownell KD (2001) Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res* 9:788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl RM, Brownell KD (2003) Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev* 4:213–227. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x>
- Puhl RM, Heuer CA (2010) Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 100(6):1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL (2020) Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol* 75:274–289. <https://doi.org/10.1037/amp000538>
- Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C (2014) *5 A Adipositas Management; Ein Leitfaden für Behandler*. https://www.ifb-adipositas.de/sites/default/files/5a-adipositas-management-manual-fuer-behandler_0.pdf. Zugegriffen: 5. Aug. 2020
- Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM (2013) Effect of implementing the 5 as of obesity management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clin Obes*. <https://doi.org/10.1111/cob.12038>
- Ruffman T, O'Brien KS, Taumoepeau M, Latner JD, Hunter JA (2016) Toddlers' bias to look at average versus obese figures relates to maternal anti-fat prejudice. *J Exp Child Psychol*. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2015.10.008>
- Seacat JD, Dougal SC, Roy D (2016) A daily diary assessment of female weight stigmatization. *J Health Psychol* 21:228–240. <https://doi.org/10.1177/1359105314525067>
- Sikorski C, Luppá M, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG (2012) Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study. *Plos One* 7:e46924
- Sikorski C, Luppá M, Luck T, Riedel-Heller SG (2015) Weight stigma "gets under the skin"—evidence for an adapted psychological mediation framework—a systematic review. *Obesity* 23:266–276. <https://doi.org/10.1002/oby.20952>
- Sikorski C, Spahlholz J, Hartlev M, Riedel-Heller SG (2016) Weight-based discrimination: an ubiquitous phenomenon? *Int J Obes* 40:333–337
- Simon GE, von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC (2006) Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 63:824–830. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.824>
- Spahlholz J, Baer N, König H-H, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C (2016) Obesity and discrimination—a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obes Rev* 17:43–55. <https://doi.org/10.1111/obr.12343>

Weinberger N-A, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C (2016) Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obes Facts* 9:424–441. <https://doi.org/10.1159/000454837>

Wenn ältere Beschäftigte ihr Wissen nicht mit Jüngeren teilen

Ältere Beschäftigte, die sich wegen ihres Alters diskriminiert fühlen und aufgrund negativer Erlebnisse ein zu geringes Zutrauen in die eigene Kompetenz haben, teilen ihre Kenntnisse und Erfahrungen zu selten mit jüngeren KollegInnen.

Für Unternehmen ist dieser Erfahrungsschatz jedoch eine wertvolle Ressource, die zum Unternehmenserfolg maßgeblich beitragen kann.

In einer aktuellen Publikation „To share or not to share: A social-cognitive internalization model to explain how age discrimination impairs older employees' knowledge sharing with younger colleagues“ weisen Dr. Ulrike Fasbender und ihr Team aus der Arbeits- und Organisationspsychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) diese Effekte nach und legen dazu die Ergebnisse zweier Untersuchungen mit knapp 600 MitarbeiterInnen vor.

Diskriminierung verändert das Verhalten der ArbeitnehmerInnen

„Bei Diskriminierung gibt es mehr zu verstehen als man zunächst denkt“, erklärt Dr. Fasbender: „Für die Weitergabe von Wissen an jüngere KollegInnen spielt die soziale Wahrnehmung älterer MitarbeiterInnen eine zentrale Rolle. Wir untersuchen wahrgenommene Diskriminierung aufgrund des Alters und argumentieren, dass diese nicht nur ein Problem älterer MitarbeiterInnen ist, sondern vielmehr ein Problem für das gesamte Unternehmen.“ Diskriminierung verändere das Verhalten Betroffener am Arbeitsplatz, erläutert die Psychologin: Ältere Beschäftigte verinnerlichen das negative soziale Urteil anderer kognitiv und fühlen sich daher weniger sicher, ihr Fachwissen mit jüngeren KollegInnen zu teilen. Dies bedeute letztendlich, dass wertvolles Wissen verloren gehe und jüngere Beschäftigte sich nicht weiterentwickeln könnten, indem sie von ihren erfahreneren KollegInnen lernen.

Was können Organisationen und Unternehmen dagegen tun?

Eine offensichtliche Folgerung ist, dass sie Diskriminierung mit allen möglichen Mitteln bekämpfen müssen. Das Wissen älterer MitarbeiterInnen zu bewahren, sei für den Erfolg von Unternehmen wichtig und gewinne vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem bevorstehenden Eintritt des geburtenstarken Babyboomer-Jahrgangs ins Rentenleben weiter an Bedeutung, betont Dr. Fasbender,

die als Akademische Rätin in der Arbeits- und Organisationspsychologie der JLU forscht und lehrt und zudem Visiting Research Fellow an der Oxford Brookes Universität und Birkbeck, University of London in England ist.

Mit ihrem Team hat sie im Rahmen der Studie auch die Effekte verschiedener altersangepasster Personalentwicklungsmaßnahmen – insbesondere Weiterbildung und Zugeständnisse – untersucht. Diese sind ein wichtiger Ansatzpunkt für Unternehmen, einen förderlichen Kontext für den Wissenstransfer zu schaffen. Dennoch fiel die Bewertung solcher Maßnahmen insgesamt eher ernüchternd aus: Human Resources- (HR)-Praktiken, die sich gezielt an ältere MitarbeiterInnen richten, sind aus Sicht des Gießener Forschungsteams zwar nützlich, können den negativen Auswirkungen einer wahrgenommenen Diskriminierung aufgrund des Alters jedoch nicht entgegenwirken.



© Robert Kneschke / fotolia.com

Originalpublikation: U. Fasbender, F. H. Gerpott: „To share or not to share: A social-cognitive internalization model to explain how age discrimination impairs older employees' knowledge sharing with younger colleagues“. *European Journal of Work and Organizational Psychology*; Volume 29, 2020; DOI: 10.1080/1359432X.2020.1839421

Quelle: Justus-Liebig-Universität Gießen (www.uni-giessen.de/ [06.01.2021])