

Körperlichkeit als Devianz. Zur sozialen Konstruktion des übergewichtigen Körpers und ihrer Folgen

Ansgar Thiel, Katrin Giel, Hendrik Thedinga und Stephan Zipfel

Wenn Comedians dringend einen Gag brauchen, dann ist der Griff zum Thema »Übergewicht« nicht selten. Harald Schmidt amüsierte seine Zuschauer über Wochen mit den »Dicken Kindern von Landau«, benannte bekannte Kinderbuchtitel um in beispielsweise »Lottchen frisst für 2« (statt *Das doppelte Lottchen*) und sorgte mit der Verballhornung des bekannten Lieds *Kinder (Sind so kleine Hände...)* von Bettina Wegener in »Sind so dicke Hände, fette Finger dran, kommen nur mit Mühe an die Knie ran« für ausgelassenes Gelächter unter den Zuschauern.

In Deutschland scheint die negative Darstellung übergewichtiger Menschen in Comedys, Jugendfilmen oder Gesundheitssendungen auf fruchtbaren Boden zu fallen. So ist den Ergebnissen des Cross-National-Survey *Health behaviour in school-aged children* (HBSC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sich zu dick fühlen, in Deutschland im internationalen Vergleich am höchsten (Currie et al. 2012). Das Faktenblatt *Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen* des HBSC-Studienverbundes Deutschland (2015a) beziffert diese Anteile auf 42,3 % bei den Mädchen und 25,6 % bei den Jungen. Blickt man auf die Daten zum tatsächlichen Gewicht der Kinder und Jugendlichen, dann wird der Anteil der Übergewichtigen/Adipösen mit 7,8 % bei den Mädchen und 10,1 % bei den Jungen angegeben. Der Anteil der als untergewichtig klassifizierten Jugendlichen liegt mit 17,8 % bei den Mädchen deutlich und mit 12,6 % bei den Jungen etwas höher. Die Befunde des Surveys zeigen auch, dass der Anteil der übergewichtigen/adipösen Jungen und Mädchen mit zunehmendem Alter ansteigt (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015b).

Grundlage für die Kategorisierung eines Menschen als übergewichtig oder adipös ist der sogenannte Body-Mass-Index (BMI). Der BMI berechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht und Körpergröße. Auf seiner Basis werden Menschen in kategoriale Gewichtsklassen eingeteilt. Ein BMI von unter 18,5 kg/m² wird als Untergewicht klassifiziert, Menschen mit einem BMI von über 18,5 kg/m² bis 25 kg/m² gelten als normalgewichtig, über 25 kg/m² bis 30 kg/m² als übergewichtig und über 30 kg/m² als adipös. Extreme Adipositas wird definiert als ein BMI über 40 kg/m². Der BMI stellt eine der wohl wirkmächtigsten gesundheitsbezogenen Klassifikationen dar (vgl. Gard/

Wright 2005) und ist ein Kernelement so gut wie aller seriösen epidemiologischen Studien. Es gilt als weitgehend gesichert, dass die extreme Adipositas mit einem BMI über 40 kg/m² mit einer ganzen Reihe von Folgeerkrankungen einhergeht (vgl. Berger 2011). Die Aussagekraft des BMI wird dennoch mittlerweile in einer Vielzahl an Studien in Frage gestellt, zum einen, weil trainierte Sportler aufgrund ihrer Muskulatur oft einen BMI aufweisen, der sie als übergewichtig klassifizieren würde, zum anderen, weil vermutet wird, dass es sogenannte »metabolically healthy obese people« gibt, deren Erkrankungsrisiko trotz der Adipositas gegenüber normalgewichtigen Personen nicht oder nur unwesentlich erhöht ist (vgl. Hamer/Stamatakis 2012).

Wir werden an dieser Stelle nicht näher auf diese Kritik und alternative Formen der Gewichtsklassifikation eingehen (vgl. Krakauer/Krakauer 2012). Wir setzen uns im Folgenden vielmehr mit der Frage auseinander, woher die soziale Ablehnung von Übergewicht und Adipositas kommt und welche Folgen daraus für die Betroffenen selbst entstehen. Zur Beantwortung dieser Frage gehen wir zunächst auf die Rolle von Körperlichkeit in der modernen Gesellschaft ein. Dies erlaubt uns zu klären, welche Funktion die soziale Konstruktion idealer Körpermaße für die Gesellschaft besitzt.

Der soziale Körper

Der Körper ist mehr als nur eine biologische Erscheinung, er ist gleichsam ein soziales Konstrukt. Bereits Norbert Elias (1939) hat beschrieben, wie das Verhältnis des Individuums zu seinem eigenen Körper durch die Strukturen der Gesellschaft geprägt wird. Elias zufolge wird Körperlichkeit in der »zivilisierten Gesellschaft« zunehmend weniger frei ausgelebt, was sich in einer Verschiebung von Scham- und Peinlichkeitsgrenzen sowie der Kontrolle von Affekten und Trieben zeigt. Gleichzeitig hat der Körper aufgrund von Industrialisierung, Rationalisierung und Routinisierung an Relevanz für das Zustandekommen der in vielen Fällen automatisierten sozialen Interaktionen verloren (vgl. Thiel/Seiberth/Mayer 2013). Soziale Handlungszusammenhänge sind in der modernen Gesellschaft in vielen Fällen »entkörperlicht« und »individualisiert«, d.h. die Handlungsabläufe sind so geregelt, »dass Identität und sozialer Rang des Einzelnen ebenso wie das Funktionieren sozialer Systeme unabhängig gegenüber körperlichen Eigenschaften und dem körperlichen Erscheinungsbild werden« (Heinemann 2007: 88f.). So garantieren Aufgabenbeschreibungen in Unternehmen, Verwaltungen, Schulen oder Universitäten, dass das aufgabenerfüllende Personal ohne größere Qualitätsverluste ausgetauscht und das mit Individualität verbundene Risiko so gering wie möglich gehalten werden kann (vgl. Bette 2005 [1989]).

Der damit einhergehende Wertverlust von personaler Identität führt zu einer Paradoxie im Verhältnis des Körpers zur Gesellschaft: Der »verdrängte Körper« wird in der hochkomplexen Moderne gleichzeitig zum Fixpunkt der Selbstvergewisserung (vgl. Gugutzer 2006; Bette 2005 [1989]). In dem Maße, in dem Individualität in sozialen Vollzügen an Bedeutung verliert, erfährt der Körper sowohl in der individuellen Privatheit als auch im öffentlichen Diskurs eine enorme Aufwertung, was Karl-Heinrich Bette als

»paradoxe Gleichzeitigkeit von Entkörperlichung und Körperaufwertung« (Bette 2005 [1989]: 48) bezeichnet.

Die Aufwertung des Körpers zeigt sich in der modernen Gesellschaft insbesondere in seiner Funktion als das zentrale »Medium der Selbstpositionierung und sozialen Zuordnung« (Klein 2010: 458). Über Körper- und Bewegungspraktiken, Styling und Kleidung inszenieren sich Menschen als Individuen. Gleichzeitig wird der Körper Träger von Distinktion (vgl. Bourdieu 1992) und damit »Agent und Repräsentant sozialer Ordnung« (Klein 2010: 458). Individualisierung und Differenzierung laufen also primär über eine Gestaltung von Körperlichkeit. Die Arbeit am eigenen Körper ist daher weit mehr als nur eine private Pflege der eigenen Hülle, sondern ist gleichsam soziale Verpflichtung und Erfüllung sozialer Normen. Das wechselseitige Verhältnis von Körper und sozialer Normierung drückt sich in der modernen Gesellschaft insbesondere in der semantischen Kopplung von körperlicher Fitness und Gesundheit aus.

Der schlanke Körper als Symbol eines gesunden Lebenswandels

Im Jahr 1967 wurden auf Basis von Daten der Framingham-Studie, der wohl einflussreichsten epidemiologischen Studie der Medizingeschichte, zwei neue Risikofaktoren der Genese koronarer Herzerkrankung vorgestellt: körperliche Inaktivität (vgl. Kannel 1967) und Adipositas (vgl. Kannel et al. 1967a). In einer dritten Publikation des gleichen Jahres (vgl. Kannel et al. 1967b) wurde der körperlich inaktive, schwabbelige Mann mittleren Lebensalters als Hauptkandidat für die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung bezeichnet. Viele anschließende Studien bestätigten diese Befunde und machten Übergewicht und körperliche Inaktivität darüber hinaus auch als Risikofaktoren anderer Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Schlaganfall aus.

Auch wenn zu diesem Zeitpunkt keinesfalls evidenzbasierte Daten für eine Wechselbeziehung von Bewegungsmangel und Adipositas in ihrer Wirkung auf chronisch-degenerative Erkrankungen vorlagen, stabilisierte sich das Bild des übergewichtigen Mannes als eines besonders krankheitsgefährdeten Typus im öffentlichen Diskurs der folgenden Jahrzehnte. Insbesondere die Bildsprache der Fitnessbewegung der 1970er und 1980er Jahre brachte ein ästhetisches Element in diesen Diskurs ein. In der massenhaften Vermarktung von neuen Sportarten wie Aerobic oder Jogging wurde ein Zusammenhang von Schlantheit, Attraktivität und körperlicher Leistungsfähigkeit verbildlicht – die visuelle Verbindung der körperlichen Attribute »schlank« und »attraktiv« bzw. »fit« und »jugendlich« auf der einen und »übergewichtig« und »unattraktiv« auf der anderen Seite war geschaffen. Dieser vor allem massenmedial geführte Diskurs war es auch, der die Assoziation von Anstrengung, Fitness und Gesundheit zur sozialen Realität machte. Ein schlanker, fitter Körper, so die Botschaft, ist kein natürliches Phänomen, sondern seine Herstellung und insbesondere sein Erhalt setzt ab einem bestimmten Alter regelmäßiges Training und ein gewisses Maß an Hingabe und Durchhaltevermögen voraus. Während das verschwitzte Hemd des adipösen mittelalten Mannes zum Zeichen körperlicher Schwäche wurde, entwickelte sich das verschwitzte Aerobic-Trikot nunmehr

zum Symbol für die Bereitschaft, für Jugendlichkeit, Agilität und Gesundheit Opfer zu erbringen und dabei sogar noch Spaß zu haben¹.

Das Spaßmotiv hat sich in der kommerziell motivierten Inszenierung von Fitnessangeboten bis heute gehalten. Die gesundheitssystemische Stilisierung des sich bewegenden, schlanken Körpers als Idealbild des gesunden Menschen war dagegen von Beginn an eine ernsthafte Angelegenheit. In Anlehnung an den Theologen Manfred Lütz (2008) könnte man behaupten, dass das Streben nach körperlicher Fitness geradezu religiöse Züge angenommen hat. So liegt nicht nur die durchschnittliche Anzahl wöchentlicher Fitnessstudiobesucher (2012: knapp 8 Mio.) ungefähr doppelt so hoch wie die durchschnittliche Besucherzahl des katholischen und evangelischen Sonntags-Gottesdienstes (2012: 3,9 Mio.), sondern im Streben nach Gesundheit zeige sich auch religiöse Inbrunst, Aufopferung und Missionarismus:

»In absurde Verkleidungen gepresst, mit verbissenem Ernst und ohne jeden Humor, die Todesdrohung im Nacken und schuldgebeugt, hetzen die Menschen bei den Städtemarathons in Bataillonstärke durch hässliche Straßen, sie laufen von Arzt zu Arzt und essen unschmackhafte Sättigungsbeilagen zu einem Leben voller Verzicht und Kasteiung. Um den Tod zu vermeiden, nehmen die Menschen sich das Leben, nämlich unwiederholbare Lebenszeit« (Lütz 2008: 321).

Dieser Diagnose würden begeisterte Läufer vermutlich widersprechen. Aber auch bei denjenigen Altersgruppen, bei denen erwartet wird, dass das Gesundheitsmotiv eine dominante Rolle bei der Aufnahme der sportlichen Aktivität spielt, wie beispielsweise bei der Gruppe der über 50-Jährigen, ist die Suche nach Spaß, Entspannung oder Geselligkeit im Sport von vergleichbarer Bedeutung wie das Gesundheitsmotiv (vgl. Thiel/Huy/Gomolinsky 2008). Dennoch ist Lütz' Beobachtung gesundheitsreligiöser Missionskampagnen nicht ganz von der Hand zu weisen. Insbesondere in der Vermarktung von Präventionsprogrammen durch Gesundheitseinrichtungen, -medien und -industrie wird dabei der schlanke Körper als das sichtbare Symbol einer gesunden körperlichen Erscheinung inszeniert. Durch Bildmaterial unterlegte Fitness-Botschaften haben einen Stammplatz in Apotheken- und Krankenkassenjournalen, Trainingsanweisungen durchtrainierter Models gehören zu den beliebtesten Videos in neuen medialen Plattformen wie YouTube und massenhaft angebotene Fitness-Apps ermöglichen ein digitalisiertes Self-Tracking des Wegs zum sportlichen Körper.

Die Individualisierung von Gesundheit, genauer gesagt die Übertragung exklusiver Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit an die Person, wie sie sich beispielsweise in politischen Strategien zur Gesundheitsförderung findet, führt letztendlich dazu, dass der schlanke Körper zum Symbol für gesundheitsbezogene Regelkonformität, zum sichtbaren Maßstab eines radikalen »Healthismus« wird (vgl. Thiel/Seiberth/Mayer 2013). Der nicht-trainierte, v.a. der übergewichtige Körper zeigt dagegen Devianz an,

1 Zum Zusammenhang zwischen Fitnessbewegung und gesellschaftlichem Idealbild der Jugendlichkeit vgl. Bette 2005 [1989]: 118ff.

wird zum Symbol des Versagens und zum Zeichen der Sünde im gesundheitsreligiösen Sinne.

Die in diesem Zusammenhang zu beobachtenden Narrative basieren keinesfalls auf strenger Kausalität. So lässt sich aus der Annahme, dass adipöse Menschen zu viel essen und sich zu wenig bewegen, nicht automatisch schließen, dass Adipöse selbst verantwortlich für ihre gesundheitlichen Probleme seien. Doch die mediale Kopplung der Information, dass Adipöse häufiger an Herz- und Krebserkrankungen als Normalgewichtige leiden, mit den auf dem Risikofaktorenmodell basierenden Leitlinien eines ›richtigen‹ Gesundheitsverhaltens führt fast automatisch zur Unterstellung, dass Adipöse nicht genug für ihre Gesundheit tun.

Die Kopplung von Gesundheit und körperlicher Erscheinung erzeugt vor dem Hintergrund der – oft unausgesprochenen – Begleitannahme, dass ein schlanker Körper Disziplin und Verantwortungsbewusstsein voraussetze, in der Bevölkerung sozialen Druck, bestimmten Schönheitsstandards und Körperidealen zu entsprechen (vgl. Thiel/Seiberth/Mayer 2013). Die massenhafte Vermarktung des jugendlichen, fitten Körpers führt letztendlich dazu, dass all jene, die sich dem Idealbild entziehen, Gefahr laufen, stigmatisiert zu werden (vgl. Bette 2005 [1989]). Die Abweichung von den Norm- und Idealbildern eines als gesund erachteten Körpers hat also offenbar auch Einfluss darauf, in welchem Maße Menschen Zugang zu sozialen Zusammenhängen finden oder aber davon ausgeschlossen werden. Damit wird der Körper in der sozialen Interaktion zum »Argument für soziale In- und Exklusion« (Klein 2010: 458).

Kommunikative Mittel der Exklusion abweichender Körper sind Stereotype, Stigmatisierung und Diskriminierung.

Stereotypisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung adipöser Menschen

Stereotype sind komplexitätsreduzierende Zusammenfassungen von Eigenschaften oder Verhaltensweisen von Personengruppen (vgl. Taylor 1981), deren Funktion in der Kategorisierung von Menschen oder Gruppen besteht (vgl. Klauer 2008). Unter *Stigmatisierung* ist die Zuschreibung gruppenspezifisch negativ bewerteter Merkmale zu verstehen, deren Funktion die soziale Marginalisierung von Personen oder Gruppen ist. Stigmata kennzeichnen die betreffenden Personen sichtbar (z.B. körperliche Behinderung) oder unsichtbar (z.B. psychische Erkrankung) als von einer Majorität abweichend (vgl. Goffman 1967) und entlasten dabei von individuellen Reflexionsprozessen über Eigenschaften dieser Personen oder Gruppen. Die Stigmatisierung von Personen und Gruppen wirkt über das stigmatisierende Merkmal hinaus, indem auch andere Persönlichkeitseigenschaften des Stigmatisierten negativ bewertet werden, auch wenn sie mit dem charakterisierenden Merkmal objektiv nichts zu tun haben (vgl. Thiel et al. 2008). Stigmatisierungen sind also mit negativ getönten Generalisierungen einer Gesamtperson verbunden. Stigmatisierung bedeutet nicht zwingend, dass die betreffende Person diskriminiert wird. Der Begriff der *Diskriminierung* beschreibt die Benachteiligung anderer Personen und/oder Gruppen, und zwar auf Basis von Merkmalen, die diesen

Personen und/oder Gruppen in stereotyper Weise zugeschrieben werden. Schutz gegen Diskriminierungen bietet zunächst der Artikel 3 des Grundgesetzes, wonach erstens alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, zweitens Männer und Frauen die gleichen Rechte haben und der Staat die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern fördert sowie auf die Beseitigung bestehender Nachteile hinwirkt, und drittens niemand wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden darf. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ist dazu da, »Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen« (§ 1 AGG). Unter Benachteiligung sind auch Herabsetzungen und Verunglimpfungen zu fassen.

Zur Stereotypisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung adipöser Menschen gibt es eine Vielzahl an Studien. Vener, Krupka und Gerard (1982) zufolge würden amerikanische Collegestudent_innen eher Betrüger, Ladendiebe, psychiatrisch behandelte Patienten, Kokainabhängige und Blinde als Ehepartner akzeptieren als eine adipöse Person, wobei bei Männern eine stärkere Abneigung, eine adipöse Person zu heiraten, zu beobachten sei als bei Frauen. Strauss und Pollack (1972) weisen nach, dass adipöse Menschen im Alter von 13 bis 18 Jahren von gleichaltrigen Geschlechtsgenoss_innen als Peermittglied eher abgelehnt werden und über ein reduziertes soziales Netzwerk verfügen. Studien zeigen, dass Kinder gezeichneten Silhouetten, die adipöse Körperformen abbilden, die Attribute »faul«, »hässlich«, »dumm«, »dreckig« und »verlogen« zuschreiben (vgl. Staffieri 1967). In einer experimentellen Studie konnten wir nachweisen, dass adipöse Kinder, die auf Fotografien abgebildet waren, von gleichaltrigen Schüler_innen im Vergleich zu normalgewichtigen oder körperbehinderten Kindern deutlich häufiger als »faul«, »wenig attraktiv« und »wenig intelligent« bezeichnet wurden (vgl. Thiel et al. 2008). Unsere Studie zeigt auch, dass Stigmatisierung zur Ablehnung der adipösen Kinder bei der Spielkameradenwahl führt. Dies gilt insbesondere für den adipösen Jungen, was wir auf die Relevanz von körperlicher Aktivität für die soziale Einbindung von Jungen in *peer groups* zurückgeführt haben. Die Befunde einer weiteren eigenen experimentellen Studie mit erwachsenen Proband_innen (vgl. Giel et al. 2012) lassen vermuten, dass adipöse Menschen im Berufsleben im Hinblick auf ihre Aufstiegschancen diskriminiert werden. So wurden Bilder von adipösen Menschen von Personalverantwortlichen als beruflich deutlich weniger erfolgreich, leistungsbereit und -fähig eingeschätzt als Normalgewichtige. Nur ungefähr sechs Prozent der Befragten trauten Adipösen zu, bei einer Bewerbung um eine Abteilungsleiterstelle in die engere Auswahl gekommen zu sein. Die im Vergleich zu Normalgewichtigen deutlich negativeren Einschätzungen beruflicher Kompetenz betreffen insbesondere adipöse Frauen. So ordnete lediglich eine Minderheit von zwei Prozent der Personalverantwortlichen den auf den Bildern gezeigten adipösen Frauen einen prestigeträchtigen Beruf zu.

Auch in wissenschaftlichen Studien finden sich Stigmatisierungen adipöser Menschen. Ein sehr drastisches Beispiel hierfür ist eine Analyse von Gryka, Broom und Rolland (2012), die adipöse Menschen für die globale Nahrungsmittelknappheit, eine

erhöhte Treibhausgasemission und Unfallrate mitverantwortlich machen. Entsprechende Schuldzuschreibungen haben bereits zu konkreten Ungleichbehandlungen adipöser Menschen geführt, z.T. vermittelt über politische Regulierungen. Öffentlich diskutiert werden beispielsweise höhere Krankenversicherungsbeiträge, höhere Preise für Flugtickets oder gar die Verweigerung von Leistungsprämien in Unternehmen für Adipöse. Einem Artikel von Rees, Köhler und Dürand (2009) zufolge geht der Kampf gegen die Adipositas in Japan sogar so weit, dass Unternehmen mit höheren Beiträgen für die nationale Krankenversicherung rechnen müssen, wenn es ihnen nicht gelingt, die Anzahl Fettleibiger in ihrer Belegschaft zu reduzieren.

Adipöse werden also in bestimmten Zusammenhängen als Menschen zweiter oder dritter Klasse behandelt (vgl. Allon 1982). Das Interessante an dieser Art des Umgangs mit der ›Devianz Adipositas‹ ist allerdings, dass Adipositas nicht nur in Deutschland, sondern global gesehen zahlenmäßig zu einer ›Normalitätserscheinung‹ geworden ist. So gibt es einer neuen, in der Zeitschrift *The Lancet* publizierten Studie zufolge weltweit mittlerweile mehr Übergewichtige als Untergewichtige (NCD Risk Factor Collaboration 2016). Die Existenz einer Gesundheitsreligion, wie sie Manfred Lütz diagnostiziert hat, vorausgesetzt, könnte man vor diesem Hintergrund provokativ die Frage stellen: Leben wir – gesundheitsreligiös gesprochen – im Zeitalter der Sünde?

Die gesellschaftliche Relevanz des Übergewichts

Betrachtet man neuere Studien, dann ist die negativ konnotierte öffentliche Kommunikation über das Phänomen »Übergewicht« nicht nur wegen ihrer stigmatisierenden und diskriminierenden Inhalte, sondern auch aufgrund der nicht sauber verwendeten Begrifflichkeiten kritisch zu betrachten. Die Unterscheidung ›krankes Übergewicht‹ und ›gesundes Normalgewicht‹ ist in dieser Simplizität nicht haltbar. Extreme Adipositas stellt ohne Zweifel ein gravierendes Gesundheitsrisiko dar, das behandlungsbedürftig ist. So gibt es sehr viele Belege dafür, dass die sogenannte morbid Adipositas mit einer ganzen Reihe an verschiedenen Folgeerkrankungen verbunden ist, wie beispielsweise dem Diabetes Typ II (vgl. Abdullah et al. 2010). Andererseits zeigen Studien ebenfalls, dass sich das günstigste Gewicht im Hinblick auf Sterblichkeit seit 1976 in Richtung Übergewicht verschoben hat (vgl. Afzal et al. 2016; Flegal et al. 2013). Mehrere Analysen kommen zum Schluss, dass körperlich regelmäßig aktive, übergewichtige Menschen ein kleineres Sterblichkeitsrisiko als normalgewichtige, körperlich inaktive Menschen haben (vgl. Farrell et al. 2007; Farrell et al. 2011). Analysen zum *obesity paradox* dokumentieren, dass Übergewicht nicht zwingend mit mangelnder Fitness und schlechter metabolischer Gesundheit zusammenhängt (vgl. Ortega et al. 2012) und dass es umgekehrt keine empirische Evidenz gibt, dass Gewichtsreduktion alleine einen positiven Effekt auf die Prognose bei chronisch-degenerativen Erkrankungen oder nach Ereignissen wie dem akutem Koronarsyndrom hat (vgl. Angerås et al. 2012). Hingegen spricht viel dafür, dass die individuelle Fitness der wichtigste Prädiktor für Gesundheit und Mortalität ist, sogar »independent of overall abdominal adiposity« (Sui et al. 2007: 2507).

Diese Analysen legen nahe, die Assoziation von körperlicher Fitness und schlanker Körperform kritisch zu hinterfragen, da Übergewicht eben nicht zwingend mit mangelnder Fitness zusammenhängen muss. Allerdings zeigen empirische Studien, dass sich ein großer Teil adipöser Menschen nicht regelmäßig und nicht genug bewegt (vgl. Vartanian/Shaprow 2008). Hierfür sind wiederum nicht zuletzt auch Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen, insbesondere die damit verbundene Erfahrung von Ablehnung und Ausgrenzung, verantwortlich. Dies ist bereits bei übergewichtigen Kindern zu beobachten, die in vielen Fällen soziale und psychologische Gründe als Barriere für körperliche Aktivität angeben (vgl. Zabinski et al. 2003). Ausgrenzung findet im Kindesalter häufig im Sportunterricht statt, der von übergewichtigen Kinder oft als wenig motivierend und belastend aufgrund von Sticheleien und Hänseleien erlebt wird (vgl. Bauer/Yang/Austin 2004). Den Befunden verschiedener empirischer Studien zu den Erfahrungen adipöser Menschen mit Sport und Bewegung zufolge führen Stigmatisierung und Diskriminierung im Sport allgemein zu weniger Freude am Sport (vgl. Faith et al. 2002), erhöhtem Depressions- und Einsamkeitsrisiko (vgl. Storch et al. 2007), geringerer Bewegungsmotivation und einer Präferenz für körperliche Inaktivität (vgl. Wilfley et al. 2007).

Die aus Ausgrenzungserfahrungen resultierenden psychosozialen Probleme stellen nicht nur eine Aktivitätsbarriere dar, sondern behindern generell ein effektives Gewichtsmanagement (vgl. Sikorski et al. 2011). Studien zeigen gar, dass adipöse Menschen dazu neigen, mehr zu essen und Diäten zu vermeiden, wenn sie direkte Diskriminierung erfahren (vgl. Puhl/Brownell 2006; Puhl/Heuer 2009; Puhl/Heuer 2010).

Schluss

Es ist eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe, schwer adipöse Menschen zu einer Verhaltensänderung zu motivieren, um den langfristig zu erwartenden Folgeerkrankungen vorzubeugen. Für diese Aufgabe taugt allerdings die in der Öffentlichkeit so häufig vorzufindende binäre Unterscheidung eines gesunden, schlanken Idealkörpers und eines davon abweichenden, als krank erachteten, übergewichtigen Körpers in ihrer stereotypen Form nur wenig, zumal sie empirisch in deutlich geringerem Maße abgesichert ist als behauptet. Die im ›Kampf gegen die Adipositas‹ verwendeten Begrifflichkeiten sollten aber nicht nur differenzierter, sondern auch frei von stigmatisierenden und diskriminierenden Inhalten sein. So wird die Körperform adipöser Menschen nicht nur als ›ungesund‹ bezeichnet, sondern den Betroffenen wird gleichsam oft unterstellt, sie hätten nicht genügend Disziplin und Bereitschaft, hart an sich zu arbeiten, um eine ›gesunde‹ Körperform zu erreichen. Wie sehr sich diese Logik im Bewusstsein von Gesellschaften etabliert hat, zeigen verschiedene Studien. Hilbert, Rief und Brähler (2008) berichten davon, dass ein Großteil der Bevölkerung der Meinung ist, dass Adipöse im Wesentlichen selbst für ihr Übergewicht verantwortlich sind. Latent stigmatisierende Einstellungen gegenüber Adipositas ließen sich in dieser Studie bei mehr als der Hälfte der Befragten nachweisen, eindeutig stigmatisierende Einstellungen bei einem weiteren

Viertel der Befragten, während nur etwa ein Viertel eine pauschale negative Beurteilung von adipösen Menschen eindeutig ablehnte.

Die Stigmatisierung und Diskriminierung adipöser Menschen stellt aber nicht nur eine psychische Belastung für die Betroffenen dar, sondern hat sich in empirischen Studien auch als eine wesentliche Barriere für eine Verhaltensänderung erwiesen. Adipöse Menschen stehen vor dem Problem, dass sie der sozialen Sanktionierung ihrer körperlichen Devianz nur in eingeschränktem Maße entgegen können. So ist ein Verheimlichen der Adipositas kaum möglich. Die naheliegende Stigma-Management-Strategie ist daher – vor allem bei stark adipösen Menschen – der soziale Rückzug, also die Vermeidung von Situationen, in denen gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung droht. Dadurch wird der deviante adipöse Körper aber nur aus dem Sichtfeld der Priester der Gesundheitsreligion verbannt, das vorgebliche Ziel einer Förderung der Gesundheit der Betroffenen wird dadurch nicht erreicht.

Literatur

- ABDULLAH, Asnawi et al. (2010): »The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: A meta-analysis of prospective cohort studies«. In: *Diabetes Research and Clinical Practice* 89: 3, 309-319.
- AFZAL, Shoaib et al. (2016): »Change in Body Mass Index Associated With Lowest Mortality in Denmark, 1976-2013«. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 315: 18, <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2520627> (01.06.2016).
- ALLON, Natalie (1982): »The stigma of overweight in everyday life«. In: *Psychological aspects of obesity: a handbook*, hg. v. Benjamin B. Wolman, New York: Van Nostrand Reinhold, 130-174.
- ANGERÅS, Oskar et al. (2012): »Evidence for obesity paradox in patients with acute coronary syndromes: A report from the Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry«. In: *European Heart Journal* 34: 5, 345-353, <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/34/5/345> (01.06.2016).
- BAUER, Katherine W./YANG, Y. Wendy/AUSTIN, Sydney B. (2004): »How can we stay healthy when you're throwing all of this in front of us?« Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity«. In: *Health Education & Behavior* 31: 1, 34-46.
- BERGER, Uwe (2011): »Der BMI: seriöser Risikoindex oder Lizenz zum Gelddrucken?«. In: *Psychother Psych Med* 61: 12, 525, <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0031-1276943#N65656> (01.06.2016).
- BETTE, Karl-Heinrich (2005 [1989]): *Körperspuren: Zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeit*, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bielefeld: transcript.
- BOURDIEU, Pierre (1992): *Rede und Antwort*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- CURRIE, Candace et al. (Hg.) (2012): *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. (WHO Europe: Health Policy for Children and Adolescents, No. 6) (Updated reprint).
- ELIAS, Norbert (1939): *Über den Prozess der Zivilisation*. 2 Bde., Basel: Haus zum Falken.

- FAITH, Myles S. et al. (2002): »Weight criticism during physical activity, coping skills, and reported physical activity in children«. In: *Pediatrics* 110: 2, 1-8.
- FARRELL, Stephen W. et al. (2007): »Cardiorespiratory fitness, different measures of adiposity, and cancer mortality in men«. In: *Obesity* 15: 12, 3140-3149.
- FARRELL, Stephen W. et al. (2011): »Cardiorespiratory fitness, different measures of adiposity, and total cancer mortality in women«. In: *Obesity* 19: 11, 2261-2267.
- FLEGAL, Katherine M. et al. (2013): »Association of All-Cause Mortality with Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. A Systematic Review and Meta-analysis«. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 309: 1, 71-82.
- GARD, Michael/WRIGHT, Jan (2005): *The Obesity Epidemic: Science, Morality and Ideology*, London: Routledge.
- GIEL, Katrin E. et al. (2012): »Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: An experimental study«. In: *BMC Public Health* 12, 525, <http://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-525> (02.06.2016).
- GOFFMAN, Erving (1967): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- GRYKA, Anna/BROOM, John Iain/ROLLAND, Catherine (2012): »Global warming: is weight loss a solution?«. In: *International Journal of Obesity* 36: 3, 474-476.
- GUGUTZER, Robert (2006): »Der body turn in der Soziologie. Eine programmatische Einführung«. In: *body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*, hg. v. Robert Gugutzer, Bielefeld: transcript, 9-53.
- HAMER, Mark/STAMATAKIS, Emmanuel (2012): Metabolically Healthy Obesity and Risk of All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality. In: *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 97: 7, 2482-2488, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2011-3475> (02.06.2016).
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND (2015a): *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen«*, http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2016/01/Faktenblatt_K%C3%B6rperbildDi%C3%A4tverhalten_final-2015.pdf (08.06.2016).
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND (2015b): *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen«*, http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2016/01/Faktenblatt_K%C3%B6rpergewicht_final-2015.pdf (08.06.2016).
- HEINEMANN, Klaus (2007): *Einführung in die Soziologie des Sports*, Schorndorf: Hofmann.
- HILBERT, Anja/RIEF, Winfried/BRAEHLER, Elmar (2008): »Stigmatizing Attitudes Toward Obesity in a Representative Population-based Sample«. In: *Obesity* 16: 7, 1529-1534.
- KANNEL, William B. (1967): »Habitual level of physical activity and risk of coronary heart disease: the Framingham study«. In: *Canadian Medical Association Journal* 96: 12, 811-812.
- KANNEL, William B. et al. (1967a): »Relation of Body Weight to Development of Coronary Heart Disease. The Framingham Study«. In: *Circulation* 35, 734-744.
- KANNEL, William B. et al. (1967b): »The Coronary Profile: 12-Year Follow-up in the Framingham Study«. In: *Journal of Occupational Medicine* 9: 12, 611-619.

- KLAUER, Karl C. (2008): »Soziale Kategorisierung und Stereotypisierung«. In: *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen*, hg. v. Lars-Eric Petersen/Bernd Six, Weinheim: Beltz, 23-32.
- KLEIN, Gabriele (2010): »Soziologie des Körpers«. In: *Handbuch Spezielle Soziologien*, hg. v. Georg Kneer/Markus Schroer, Wiesbaden: VS, 457-473.
- KRAKAUER, Nir Y./KRAKAUER, Jesse C. (2012): »A New Body Shape Index Predicts Mortality Hazard Independently of Body Mass Index«. In: *PLOS ONE* 7, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0039504> (02.06.2016).
- LÜTZ, Manfred (2008): »Erhebet die Herzen, beugte die Knie. Gesundheit als Religion: Vorsorge, Enthaltbarkeit, Sport – das ist die neue Dreifaltigkeit. Ein Gotteslästerer, der dies bezweifelt«. In: *Die Zeit*, 17.04.2008, <http://www.zeit.de/2008/17/Gesundheitswahn> (02.06.2016).
- NCD RISK FACTOR COLLABORATION (2016): »Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants«. In: *The Lancet* 387: 10026, 1377-1396.
- ORTEGA, Francisco B. et al. (2012): »The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: cardiovascular prognosis and role of fitness«. In: *European Heart Journal* 34: 5, 389-397, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs174> (02.06.2016).
- PUHL, Rebecca M./BROWNELL, Kelly D. (2006): »Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults«. In: *Obesity* 14: 10, 1802-1815.
- PUHL Rebecca M./HEUER, Chelsea A. (2009): »The stigma of obesity: a review and update«. In: *Obesity* 17: 5, 941-964.
- PUHL, Rebecca M./HEUER, Chelsea A. (2010): »Obesity stigma: important considerations for public health«. In: *American Journal of Public Health* 100: 6, 1019-1028.
- REES, Jürgen/KÖHLER, Angela/DÜRAN, Dieter (2009): »Japan als Vorbild gegen Fettleibigkeit«. In: *Wirtschaftswoche online*, 09.01.2009, <http://www.wiwo.de/technologie/ernaehrung-japan-als-vorbild-gegen-fettleibigkeit/5498226.html> (02.06.2016).
- SIKORSKI, Claudia et al. (2011): »The stigma of obesity in the general public and its implications for public health – a systematic review«. In: *BMC Public Health* 11: 1, 661, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/661> (30.08.2016).
- STAFFIERI J. Robert (1967): »A study of social stereotype of body image in children«. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 7: 101-104.
- STORCH, Eric A. et al. (2007): »Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at-risk-for-overweight youth«. In: *Journal of pediatric psychology* 32: 1, 80-89.
- STRAUSS Richard S./POLLACK Harold A. (2003): »Social marginalization of overweight children«. In: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 157, 746-752.
- SUI, Xuemei et al. (2007): »Cardiorespiratory fitness and adiposity as mortality predictors in older adults«. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 298: 21, 2507-2516.
- TAYLOR, Shelley E. (1981): »A categorization approach to stereotyping«. In: *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*, hg. v. David L. Hamilton, Hillsdale: Erlbaum, 83-114.
- THIEL, Ansgar et al. (2008): »Stigmatisierung von adipösen Kindern und Jugendlichen durch ihre Altersgenossen«. In: *Psychotherapie Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58: 12, 462-470.

- THIEL, Ansgar/HUY, Christina T./GOMOLINSKY, Uwe (2008): »Alterssport in Baden-Württemberg – Präferenzen, Motive und Settings für die Sportaktivität in der Generation 50+«. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 59: 7-8, 163-168.
- THIEL, Ansgar/SEIBERTH, Klaus/MAYER, Jochen (2013): *Sportsoziologie*, Aachen: Meyer & Meyer.
- VARTANIAN, Lenny R./SHAPROW, Jaqueline G. (2008): »Effects of Weight Stigma on Exercise Motivation and Behavior. A Preliminary Investigation among College-aged Females«. In: *Journal of Health Psychology* 13: 1, 131-138.
- VENER Arthur M./KRUPKA, Lawrence R./GERARD, Roy J. (1982): »Overweight/obese patients: an overview«. In: *Practitioner* 226: 1368, 1102-1109.
- WILFLEY, Denise E. et al. (2007): »Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight«. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 298: 14, 1661-1673.
- ZABINSKI, Marion F. et al. (2003): »Overweight children's barriers to and support for physical activity«. In: *Obesity Research* 11: 2, 238-246.