

# **Umgang mit adipösen Patienten**

## **Bachelorthesis zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

### **Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft Schwerpunkt Management**

Beatrice Habberger

Franz-Liszt-Str. 9

50825 Köln

Matrikelnummer: 511374

Erstprüferin: Prof. Dr. Andrea Schiff

Zweitprüferin: Prof. Dr. Anke Helmbold

Eingereicht am: 31.05.2016

## Zusammenfassung

Die Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem stigmatisierenden Umgang mit Patientinnen mit Adipositas innerhalb der Gesundheitsberufe. Das Ziel ist es, Maßnahmen zur Stigmareduktion zu finden. Daraus entwickelte sich die Forschungsfrage: „Welche Maßnahmen gibt es derzeit zur Reduktion von diskriminierenden und stigmatisierenden Haltungen gegenüber Patientinnen mit Adipositas in Gesundheitsberufen und welchen Einfluss haben sie?“

Stigmatisierung ist ein sozialer Prozess, bei der eine soziale Gruppe aufgrund eines diskreditierenden Merkmals ausgegrenzt wird. Auch Menschen mit Adipositas sind von Stigmatisierung betroffen. Stigmatisierende Haltungen sind bei mehreren Gesundheitsberufen nachgewiesen. Sie beeinflussen die Behandlung und Betreuung der Patientinnen mit Adipositas und hat für diese vor allem auch gesundheitliche Konsequenzen.

In internationalen Literaturdatenbanken wurde nach Forschungsarbeiten gesucht, die die Wirksamkeit von Interventionen zur Stigmareduktion in Gesundheitsberufen untersuchten. Es wurden acht Interventionsstudien gefunden, darunter auch drei randomisiert kontrollierte Studien und eine quasi-experimentelle Studie.

Aus den eingeschlossenen Forschungsarbeiten konnten verschiedene Möglichkeiten zur Stigmareduktion in Aus- und Weiterbildung abgeleitet werden. Die wichtigsten inhaltlichen Strategien waren das Hervorheben von nicht kontrollierbaren Faktoren und das Fördern von Bewusstsein für Stigmatisierung und eigene Vorurteile. Diese können durch Lehrfilme, Vorträge, Gruppendiskussionen und den Einsatz von Virtual Reality vermittelt werden.

Die untersuchten Interventionen zeigten sich in der Stigmareduktion nur kurzfristig wirksam. In Follow-Up-Erhebungen zeigte sich, dass die positiven Effekte nach einiger Zeit wieder zurückgingen. Ergebnisse des Implicit Association Tests ergaben dass sich unbewusste Haltungen und Vorurteile durch die Interventionen kaum verändern. Das bedeutet, dass kurzfristige Interventionen internalisierte Haltungen nicht verändern.

Demzufolge besteht weiterhin Entwicklungsbedarf an Interventionen und Konzepten zur dauerhaften Reduktion von gewichtsbezogener Stigmatisierung im Gesundheitswesen.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Entwicklung der Fragestellung .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
3.1	Übergewicht und Adipositas .....	3
3.2	Vorurteile und Stigmatisierung .....	5
3.3	Stigmatisierung in der Pflege .....	7
3.4	Gewichtsbezogene Stigmatisierung .....	8
3.5	Stigmareduktion .....	10
3.5.1	Klassifikation von Interventionen .....	10
3.5.2	Kriterien für die Veränderung einer stigmatisierenden Haltung .....	11
<b>4</b>	<b>Methodik der Literaturrecherche .....</b>	<b>12</b>
4.1	Suchstrategie .....	12
4.2	Ein- und Ausschlusskriterien .....	14
<b>5</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>15</b>
5.1	Maßnahmen zur Stigmareduktion .....	18
5.1.1	Setting .....	18
5.1.2	Inhaltliche Strategien .....	19
5.1.3	Methoden der Vermittlung .....	20
5.2	Wirksamkeit der Maßnahmen .....	21
<b>6</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>22</b>
6.1	Evidenz der Ergebnisse .....	22
6.2	Diskussion der Maßnahmen .....	23
6.3	Diskussion der Wirksamkeit .....	25
6.4	Diskussion vor dem theoretischen Hintergrund .....	26
6.4.1	Klassifikation der Maßnahmen .....	26
6.4.2	Kriterien zur Veränderung einer stigmatisierenden Haltung .....	27
<b>7</b>	<b>Methodische Reflexion der Recherche .....</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>29</b>

<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>31</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>32</b>
<b>Anlagen .....</b>	<b>37</b>

# 1 Einleitung

Die WHO bezeichnet Adipositas als eine „Epidemie“, als eine der „schwerwiegendsten Probleme für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert“ (WHO, 2007, S.1 - 5). Politik und Medien sprechen immer wieder vom „Kampf gegen Adipositas“. Da verwundert es nicht, dass Adipositas mit einem breit akzeptierten Stigma belegt ist (Hilbert, 2015, S. 420).

Auch in meiner alltäglichen Pflegepraxis erlebe ich die Stigmatisierung von Patientinnen<sup>1</sup> mit Adipositas als nahezu allgegenwärtig, sie wird aber im Grunde nie thematisiert. Zwar müssen Patientinnen nicht mit offener Abwertung oder gar Beleidigungen rechnen, allerdings werden sie im Klinikalltag immer wieder auf ihr Gewicht aufmerksam gemacht, unabhängig davon, ob es im Zusammenhang mit dem aktuellen Gesundheitsproblem steht. In Gesprächen über sie, werden die Patientinnen sehr häufig auf ihre Adipositas reduziert. Dieses Verhalten wird häufig mit dem erhöhten Versorgungsaufwand gerechtfertigt, für den die Patientinnen aufgrund des erhöhten Körpergewichts verantwortlich gemacht werden.

Gewichtsbezogene Stigmatisierung im Gesundheitswesen beeinflusst die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und hat direkte und indirekte Konsequenzen für deren Gesundheit (Puhl & Heuer, 2009, S. 947)

Nicht nur deswegen widersprechen stigmatisierende Haltungen einem professionellen Selbstverständnis in der Gesundheitsversorgung und müssen in den verschiedenen Gesundheitsprofessionen thematisiert und reflektiert werden. Aus diesem Grund habe ich für die vorliegende Bachelorthesis, das Thema „**Umgang mit adipösen Patienten**“<sup>2</sup> gewählt. Im Rahmen dieser Arbeit versuche ich, Maßnahmen zu finden, um gewichtsbezogene Stigmatisierung im Gesundheitswesen zu verringern,

---

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text nur die weibliche Form verwendet, selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

<sup>2</sup> Der Titel der vorliegenden Arbeit wurde in einer sehr frühen Phase der Thesiserstellung gewählt und konnte zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr verändert werden. Daher wurde hier nicht die weibliche Form verwendet.

und zu ergründen, welchen Einfluss sie auf stigmatisierende Haltungen haben. Zu diesem Zweck wurde eine internationale Literaturstudie durchgeführt und nach evaluierten Interventionen gesucht und diese analysiert.

Die hierzu notwendige Fragestellung und ihre Entwicklung werden in Kapitel 2 erläutert.

Kapitel 3 setzt den theoretischen Rahmen und gibt eine Einführung in die Gebiete Übergewicht und Adipositas (Kapitel 3.1), Vorurteile und Stigmatisierung (Kapitel 3.2), Stigmatisierung in der Pflege (Kapitel 3.3), gewichtsbezogene Stigmatisierung (Kapitel 3.4) und Stigmareduktion (Kapitel 3.5.)

Das Vorgehen der Literaturrecherche, also die Suchstrategie (Kapitel 4.1) sowie die Ein- und Ausschlusskriterien (Kapitel 4.2) werden in Kapitel 4 dargelegt.

Die auf diese Weise gefunden Studien, die zur Bearbeitung der Forschungsfrage herangezogen wurden, werden in Kapitel 5 vorgestellt, ebenso die sich daraus ergebenden Maßnahmen (Kapitel 5.1) und deren Wirksamkeit (Kapitel 5.2).

Kapitel 6 diskutiert die Evidenz der Ergebnisse (Kapitel 6.1), die Maßnahmen (Kapitel 6.2), deren Wirksamkeit (Kapitel 6.3) und stellt diese in Bezug zum theoretischen Hintergrund (Kapitel 6.4).

In Kapitel 7 wird die Methodik der Literaturstudie reflektiert.

Die Thesis endet mit einem kurzen Fazit in Kapitel 8.

## **2 Entwicklung der Fragestellung**

Die vorliegende Bachelorthesis sollte also das Thema „Umgang mit adipösen Patienten“ behandeln. Während einer ersten orientierenden Literaturrecherche stieß ich auf zwei Artikel der Fachzeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ zum Schwerpunktthema „Adipositas“. In einem wurde unter anderem die Weiterbildung zur „Pflegeexpertin für Adipositas und Bariatric“ vorgestellt (Kischkel & Ciarrettino, 2012, S. 739), während im zweiten über ein Adipositas-Zentrum berichtet wurde, dessen Personal großen Wert darauf legte, dass ihre Patientinnen in ihrer Einrichtung keiner Diskriminierung ausgesetzt werden (Lücke, 2012, S. 745). Ich fragte mich, ob es einen Zusammenhang zwischen Bildungsangeboten und der Verringerung einer stigmatisierenden Haltung gegenüber Patientinnen mit Übergewicht gibt. Ich spezialisierte meine Recherche und fand weitere Anhaltspunkte, dass Fortbildungsangebote die Einstellung gegenüber Patientinnen mit Adipositas beeinflussen können.

Aus diesem Grund wählte ich für die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfrage:

**„Welche Maßnahmen gibt es derzeit zur Reduktion von diskriminierenden und stigmatisierenden Haltungen gegenüber Patientinnen mit Adipositas in Gesundheitsberufen und welchen Einfluss haben sie?“**

## **3 Theoretischer Hintergrund**

### **3.1 Übergewicht und Adipositas**

Übergewicht und Adipositas werden in der Regel anhand des Body Mass Indexes (BMI) eingeteilt, also dem Verhältnis zwischen Körpergewicht und Körpergröße zum Quadrat. Erwachsene gelten ab einem BMI von 25 kg/m<sup>2</sup> als übergewichtig, auch präadipös genannt. Ab einem BMI von 30 kg/m<sup>2</sup> spricht man bei Erwachsenen von Adipositas, oder auch Fettleibigkeit. (WHO, 2007, S. 1)

Allerdings gilt der BMI als Beurteilungsinstrument für körperfettbedingtes Übergewicht als umstritten, da er mögliche Ursachen für ein hohes Körpergewicht wie zum Beispiel Muskelmasse oder den Flüssigkeitshaushalt nicht berücksichtigt. Aber auch als Indikator für Krankheitsrisiken scheinen andere Indizes wie zum Beispiel die „waist-to-height-ratio“ (WHtR) geeigneter, da sie die Körperfettverteilung mit berücksichtigt. (Schneider, Friedrich, Klotsche et al., 2010, S. 1783)

Dennoch wird zur Untersuchung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung der BMI zur Einteilung herangezogen.

Eine Erhebung der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland aus dem Jahr 2013 ergab, dass bereits mehr als die Hälfte der Erwachsenen (18-79 Jahre) übergewichtig und etwa 23 Prozent adipös sind. (Mensink et al., 2013, S. 788). Als besonders besorgniserregend wird die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas unter Kindern und Jugendlichen eingeschätzt (WHO, 2007, S. 2).

Laut der S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ können verschiedene biologische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren Ursache für die Entstehung von Adipositas sein. Darunter unter anderem Lebensstil, familiäre Disposition, Stress und niedriger Sozialstatus. (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2014, S. 17)

Adipositas wird mit einigen Folgeerkrankungen assoziiert, wobei allerdings die Zusammenhänge zwischen der Adipositas und den Erkrankungen nur teilweise geklärt sind. Am häufigsten treten Diabetes mellitus Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang mit Adipositas auf (WHO, 2007, S. 8).

Die Zunahme von Patientinnen mit Adipositas ist im Gesundheitswesen von immer größer werdender Bedeutung. Durch die damit verbundenen Gesundheitsrisiken und Folgeerkrankungen müssen sich alle Gesundheitsdisziplinen mit den Bedürfnissen dieser Patientinnengruppe auseinandersetzen.

### 3.2 Vorurteile und Stigmatisierung

Menschen bewegen sich in einer hochgradig komplexen sozialen Umwelt. Um sich besser in ihr zurechtzufinden, muss sie vereinfacht und geordnet werden. Mitmenschen werden anhand wahrgenommener Ähnlichkeiten, wie zum Beispiel Geschlecht oder Hautfarbe, in Kategorien und Gruppen zusammengefasst. Dabei werden auch Stereotype und Vorurteile gebildet. Stereotype bilden eine mentale Repräsentation einer sozialen Gruppe, basierend auf Einstellungen und Überzeugungen gegenüber ihren Mitgliedern. Bei diesen Gedächtnisrepräsentationen erfolgt nicht zwangsläufig eine Bewertung. Vorurteile hingegen stellen eine „affektive Komponente“ der Stereotype und gehen dabei immer mit einer (tendenziell negativen) Bewertung einher. (Degner, Meiser & Rothermund, 2009, S. 76-77)

Eine Sonderform des Vorurteils ist das Stigma (Hohmeier, 1975, S. 7). Der Begriff stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet wörtlich übersetzt „Stich-, Wund- oder Brandmal“. In der Antike wurden Sklavinnen und manchmal auch Verbrecherinnen zum Zweck der öffentlichen Ächtung Zeichen in die Körper geschnitten oder sie wurden gebrandmarkt. Diese Zeichen machten den Status ihrer Trägerinnen unwiderruflich sichtbar und entwertete sie gegenüber Nicht-Stigmatisierten. (Goffman, 1967, S. 9)

Soziale Stigmata bezeichnen heute normabweichende Eigenschaften oder Merkmale, die ihre Trägerinnen so stark diskreditieren, dass sie mit Ausgrenzung und Isolation aus der sozialen Gruppe rechnen müssen. Erving Goffman (1967) sprach von einem besonderem Missverhältnis zwischen der virtualen und der aktuellen sozialen Identität, also zwischen den Erwartungen an ein Individuum und dem, was das Individuum tatsächlich an Eigenschaften und Attributen vorweisen kann (S. 10-11). Das stigmatisierte Individuum ist in unerwünschter Weise anders, als man es erwartet hat, und wird deswegen von der sozialen Gruppe ausgegrenzt, obwohl es ohne Probleme in diese hätte aufgenommen werden können (Goffman, 1967, S. 10-13). Das wahrgenommene Stigma wird dabei auf die gesamte Person übertragen (generalisiert) und es werden ihr weitere Eigenschaften und Vermutungen zugeschrieben, die objektiv betrachtet

nichts mit dem stigmatisierenden Merkmal zu tun haben müssen. (Hohmeier, 1975, S. 7-8).

Stigmatisierungen kommen vermutlich in allen Gesellschaften und Kulturen vor, jedoch können die Eigenschaften, die zu einem Stigma werden, aber auch das Ausmaß der Stigmatisierung unterschiedlich sein. Selbst innerhalb einer Gesellschaft kann sich dies von Epoche zu Epoche verändern. Das bedeutet, das Stigma entsteht nicht durch die einzelne Eigenschaft, sondern erst durch ihre negative Definition und Zuschreibung durch die Gesellschaft. Typischerweise werden gerade die Eigenschaften stigmatisiert, die von der Mehrheit der Gesellschaft abweichen. (Hohmeier, 1975, S. 7-8)

Machtverhältnisse spielen bei Stigmatisierung eine große Rolle. Individuen und Gruppen mit politischer und/oder wirtschaftlicher Macht können eher Einfluss auf die soziale und kulturelle Wirklichkeit nehmen, als Menschen ohne Machtpositionen. So können Stigmatisierungen gegenüber Gruppen mit geringem gesellschaftlichem Status leichter durchgesetzt werden als gegenüber Gruppen mit höherem Status. Auch die Auswirkungen eines Stigmas können je nach Macht und Status unterschiedlich ausfallen. (Hohmeier, 1975, S. 9)

Möchte man stigmatisierende Haltungen untersuchen und erfassen, ist es wichtig zwischen bewusst und unbewusst wahrnehmbarer Stigmatisierung zu unterscheiden. Im Englischen werden sie als *explicit* und *implicit stigma* bzw. *explicit* und *implicit bias* (engl. Vorurteile oder Voreingenommenheit) bezeichnet. Die Psychologinnen Greenwald und Banaji prägten den „implicit/explicit“ Begriff in ihrer Arbeit 1995 in Bezug auf Wahrnehmung, Haltung und Stereotypenbildung. (Greenwald & Banaji, 1995, S. 4). Als „*explicit biases*“ werden Vorurteile und Meinungen beschrieben, derer sich die Personen bewusst sind (Phelan et al., 2014, S. 1201). Diese können durch Fragebögen und Instrumente wie dem Anti-Fat Attitudes Questionnaire (Crandall, 1994, S. 884) oder der Fat-Phobia-Scale (Bacon, Scheltema & Robinson, 2001, S. 253) erhoben werden, sind aber auch Verzerrungen ausgesetzt, da die Befragten die Tests so ausfüllen könnten, wie sie denken, dass Antworten erwünscht seien. Bei „*implicit biases*“

handelt es sich um verinnerlichte Vorurteile und Haltungen, derer man sich nicht bewusst ist. (Phelan, Dovidio, Puhl et al., 2014, S. 1201) Diese können auch unbeabsichtigt zu diskriminierenden Verhaltensweisen oder Äußerungen führen. (Rukavina, Li, Shen & Sun, 2010, S. S. 117). Um sie zu erfassen wird häufig der Implicit Association Test angewandt (Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998, S. 1464-1480).

### **3.3 Stigmatisierung in der Pflege**

In der Literatur wird Stigmatisierung in der Pflege häufig im Zusammenhang mit spezifischen stigmatisierten Gruppen behandelt. Mehrheitlich werden hier Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen genannt, auf diese folgen Menschen mit HIV-Infektion oder AIDS.

In Lehrbüchern der Pflegeausbildung in Deutschland wird das Thema Stigmatisierung nur in Ansätzen abgehandelt. So findet sich in der aktuellen Ausgabe des gängigen Lehrbuchs „Pflege heute“ nur eine einfache Beschreibung von Vorurteilen und Stigmatisierung. (Schambortski, 2014). Einen tieferen Einblick gibt Marlis Hartmann (2000) im Band „Pflegekonzepte 3“, wo sie nicht nur einen umfassenden Einstieg in das Thema „Stigma“ gibt, sondern auch einige stigmatisierende Merkmale nennt, mit denen beruflich Pflegende konfrontiert sind und die bei ihnen „Spannung, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Ekel, Abneigung oder Angst“ (S. 168) auslösen. Allerdings wird in diesem Beitrag weniger auf Stigmatisierungsprozesse durch Pflegende eingegangen, als auf deren unterstützende Rolle im Kontakt mit Patientinnen, die einer stigmatisierten Gruppe angehören. (S. 165-180)

Stephan Wolff (2004) verfasste für das „Lehrbuch für psychiatrische Pflege“ ein umfangreiches Kapitel über Stigmatisierung und schreibt den Pflegenden neben der Unterstützung bei der Verarbeitung von Stigmatisierungserfahrungen auch eine wichtige Rolle in der Entstigmatisierung psychiatrischer Patienten zu und nennt auch Kriterien für die Veränderung einer stigmatisierenden Haltung (s. Kapitel 3.5) (S. 906 – 925).

### **3.4 Gewichtsbezogene Stigmatisierung**

Bei der gewichtsbezogenen Stigmatisierung (im Englischen *weight stigma*) finden die in 3.2 beschriebenen Stigmatisierungsprozesse statt: Die Betroffenen werden aufgrund eines Merkmals (Adipositas) als beeinträchtigt wahrgenommen und bekommen weitere, eher negative, Eigenschaften zugeschrieben. Bedenkt man, dass Adipositas in westlichen Industrieländern überwiegend in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsschichten zu finden ist (WHO, 2007, S. 12), kommt hier auch noch der Aspekt der Machtverhältnisse zum Tragen.

Laut dem Positionspapier des Kompetenznetzes Adipositas, ist die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas in der Gesellschaft am meisten akzeptiert (Hilbert, Ried & Zipfel, S., de Zwaan, M., 2013, S. 150). Eine Erklärung dafür liefert die Attributionstheorie, nach der negative Reaktionen auf ein Stigma stärker werden, je mehr sie mit internalen und kontrollierbaren Ursachen, also einem individuellen Fehlverhalten, in Verbindung gebracht werden (Hilbert, 2015, S. 420). Das heißt, je stärker die Ursache für die Adipositas bei der individuellen Verantwortung der Person gesucht wird, desto ausgeprägter ist die Stigmatisierung.

Tatsächlich werden Übergewicht und Adipositas häufig als selbst verschuldet gesehen und mit Faulheit, Willensschwäche und Disziplinlosigkeit assoziiert (Hilbert, Rief & Braehler, 2008, S. 1532), obwohl sich die Literatur darüber einig ist, dass bei den Ursachen eine Reihe von biologischen, psychosozialen und umweltbedingten Faktoren eine Rolle spielen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2014, S. 24). Umgekehrt nimmt die stigmatisierende Haltung ab, wenn Adipositas als Erkrankung angesehen wird (Hilbert et al., 2008, S. S. 1531-1532). Die Folgen für gewichtsbezogene Stigmatisierung zeigen sich im Alltag, im Berufsleben, im Bildungsbereich und auch im Gesundheitswesen (Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009, S. 943-949). Stigmatisierende Einstellungen lassen sich bei Ärztinnen, Pflegerinnen aber auch bei Diätassistentinnen und auf Gewichtsreduktion spezialisiertes Personal feststellen. Patientinnen mit Adipositas wird Willensschwäche, Disziplinlosigkeit, mangelnde Compliance und Motivation, aber auch mangelnde Hygiene unterstellt

(Hilbert, 2015, S. 421). Phelan et al. geben in ihrer Review einen Hinweis darauf, dass die Gesundheitsfachkräfte weniger patientenorientiert und respektvoll mit dieser Patientinnengruppe kommunizieren, ihnen weniger Zeit zur Beratung und Anleitung einräumen und Probleme und Symptome vorschnell auf das Körpergewicht beziehen (Phelan et al., 2015, S. 321).

Eine aktuelle Studie stellte einen Zusammenhang zwischen Wissenslücken über die Adipositasbehandlung und Vorurteilen gegenüber Menschen mit Adipositas fest. Je stärker Hausärztinnen Adipositas als selbstverschuldet sehen, umso seltener überweisen sie Patientinnen an die Adipositas-Chirurgie (Jung, Luck-Sikorski, König & Riedel-Heller, 2016).

Für die Patientinnen bedeutet gewichtsbezogene Stigmatisierung Stress, der sich auch in einem erhöhten Spiegel des Stresshormons Cortisol nachweisen lässt (Schvey, Puhl & Brownell, 2014). Stress wirkt sich auf das Essverhalten aus, so nahmen die Teilnehmerinnen einer Studie mehr Kalorien zu sich, wenn sie zuvor Videos mit stigmatisierendem Inhalt gesehen haben (Schvey, Puhl & Brownell, 2011, S. 1959). Stress steht aber auch in Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen wie Schlaganfall und Herz-Kreislauf-Erkrankungen und nicht zuletzt auch psychische Erkrankungen (Phelan et al., 2015, S. 321).

Patientinnen nehmen die stigmatisierenden Einstellungen des Gesundheitspersonals wahr und geben auch häufig an, sich nicht gut versorgt zu fühlen (Puhl & Heuer, 2009, S. 946). Es gibt Hinweise darauf, dass Patientinnen mit Adipositas seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen (Puhl & Heuer, 2009, S. 947), was die Entstehung von Folgeerkrankungen begünstigt. Arzttermine werden auch häufiger von Personen mit Adipositas abgesagt oder verschoben als bei normalgewichtigen Personen (Hilbert et al., 2013, S. 151).

Gewichtsbezogene Stigmatisierung ist also im Gesundheitswesen vorhanden und beeinflusst die Betreuung und Behandlung von Patientinnen mit Adipositas, mit gesundheitlichen Risiken für sie.

### 3.5 Stigmareduktion

Soziale Stigmatisierung ist ein komplexer Prozess, der sich in vielfältigen Kontexten unserer Gesellschaft wiederfindet, sei es in Bezug auf Arbeitslosigkeit, ethnische Abstammung, religiöser oder sexueller Orientierung. Da ein soziales Stigma, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, kein starres Konstrukt ist, sondern es sich um eine negative Zuschreibung handelt, die sich auch innerhalb einer Gesellschaft verändern kann, besteht die Möglichkeit, Einfluss auf stigmatisierende Haltungen zu nehmen.

#### 3.5.1 Klassifikation von Interventionen

Die Autoren Beelmann, Heinemann und Saur (2009) stellen in ihrem Beitrag „Interventionen zur Prävention von Vorurteilen und Diskriminierung“ einige Ansätze zur Reduktion von Vorurteilen und Diskriminierung vor und unterscheiden dabei nach inhaltlichen und strategischen Aspekten. Allerdings beschränkten sie sich in ihrer Auseinandersetzung auf die Prävention von ethnischen Vorurteilen. Dennoch bieten sie eine Möglichkeit, Interventionen zur Stigmareduktion zu kategorisieren (S. 437). In sogenannten *Kontaktinterventionen*, wird Kontakt zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen hergestellt, in der Annahme, dass dadurch Vorurteile und Diskriminierungen verringert werden können. *Wissensbasierte Intergruppeninterventionen* vermitteln Informationen über soziale Gruppen und ihre Mitglieder. *Interventionen zur Förderung individueller Kompetenzen* sollen insbesondere soziale Kompetenzen und kognitive Fertigkeiten wie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zur Empathie vermitteln. (Beelmann et al., 2009, S. 438-442)

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die oben genannten Interventionen auszugestalten: *Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen*, wobei insbesondere integrative Schulkonzepte bekannt sind, *standardisierte Trainingsprogramme* und *mediengestützte Maßnahmen*, zu denen die Autoren aber vor allem öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagnen zählen. (Beelmann et al., 2009, S. 442-444)

Beelmann et al. (2009) weisen auch auf die Schwierigkeiten hin, Interventionen zur Prävention von Vorurteilen und Diskriminierung auf ihre

Wirksamkeit zu überprüfen. So wird die Wirksamkeit häufig nur anhand unmittelbarer Effekte gemessen, die vor allem in Befragungen der Teilnehmerinnen erhoben werden, sodass schwierig zu beurteilen ist, ob die Interventionen auch ihr Verhalten beeinflussen. Weiterhin erheben Evaluationsstudien oft nur die kurzfristige Wirksamkeit, langfristige Wirkungen lassen sich so nur schwer beurteilen. Außerdem hängen Erfolg und Wirksamkeit einer Intervention maßgeblich von den Rahmenbedingungen und der Qualität ihrer Umsetzung ab, was in den Evaluationen mit berücksichtigt werden muss. (Beelmann et al., 2009, S. 453-455)

### **3.5.2 Kriterien für die Veränderung einer stigmatisierenden Haltung**

Im „Lehrbuch für Psychiatrische Pflege“ (Wolff, 2004, S. 906 – 925) werden zwar keine Interventionen, aber Kriterien für eine Veränderung einer stigmatisierenden Haltung benannt. Diese beziehen sich sehr stark auf die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, lassen sich aber möglicherweise auch auf gewichtsbezogene Stigmatisierung übertragen:

- *„Die Person begegnet psychisch kranken Menschen.*
- *Sie erlebt, dass die kranken Menschen neben Symptomen auch gesunde Verhaltensweisen zeigen und wertvolle Fähigkeiten besitzen.*
- *Sie hat grundlegendes Fachwissen zum psychischen Kranksein.*
- *Begegnungen mit psychisch kranken Menschen sind frei von abwertenden Äußerungen und Verhaltensweisen.“*

(Wolff, 2004, S. 924)

Bezogen auf gewichtsbezogene Stigmatisierung könnten die Kriterien also wie folgt lauten:

- Die Person begegnet Menschen mit Adipositas.
- Sie erlebt, dass diese Menschen neben ihrer Adipositas auch gesunde Eigenschaften zeigen und wertvolle Fähigkeiten besitzen.
- Sie hat grundlegendes Fachwissen über die Entstehung und Behandlung von Adipositas.

- Begegnungen mit Menschen mit Adipositas sind frei von abwertenden Äußerungen und Verhaltensweisen.

## 4 Methodik der Literaturrecherche

### 4.1 Suchstrategie

Das Ziel der Literaturrecherche war es, Forschungsarbeiten zu finden, die Interventionen evaluierten, welche diskriminierende und stigmatisierende Haltungen gegenüber Erwachsenen mit Übergewicht beziehungsweise Adipositas verringern sollten und sich dabei an Angehörige und/oder Auszubildende beziehungsweise Studierende von Gesundheitsberufen wie z.B. Pflege oder Medizin richteten.

Die Suche wurde über das Berufsfeld „Pflege“ hinaus auf sämtliche Gesundheitsberufe, im Englischen „*Health Care Professionals*“, ausgeweitet, da zum einen nur wenige Studien ihren Fokus speziell auf professionell Pflegenden setzten und zum anderen, da übergewichtige Patientinnen mit sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens in Berührung kommen und sich daher die Frage nach Stigmatisierung und Diskriminierung nicht nur in der Pflege stellt.

Gesucht wurde in den Datenbanken Livivo, Pubmed und Cinahl. Folgende Suchbegriffe wurden in unterschiedlichen Kombinationen verwendet: *weight bias, obesity bias, obesity stigma, overweight, overweight stigma, overweight bias, stigma, anti-fat attitude, attitude to obesity, stigmatization by nurses, prejudice, health care, intervention, reducing, impact, medical education, nursing education, curriculum.*

Außerdem wurde in allen Datenbanken per Autorensuche nach Forschungsarbeiten von Rebecca Puhl gesucht, da diese als Autorin zum Thema Stigmatisierung und Adipositas besonders häufig in Erscheinung getreten ist.

Um aktuelle Ergebnisse zu finden, sollte die Suche auf Arbeiten eingegrenzt werden, die ab 2010 veröffentlicht wurden. Insbesondere zu Beginn der Recherche war allerdings noch nicht klar, wie ergiebig die Suche für diesen Zeitraum ausfallen würde, deswegen wurden die Filtereinstellungen bei

einer hohen Trefferzahl auf die letzten zehn Jahre ausgeweitet, um einen besseren Überblick über den Forschungsstand zu bekommen und eventuell wichtige Ergebnisse aus der Zeit vor 2010 erfassen zu können.

Gesucht wurde nach Literatur, die in deutscher oder in englischer Sprache veröffentlicht wurde. Deswegen wurde anfänglich auch in deutschsprachigen Datenbanken wie CareLit gesucht, allerdings waren dort nur wenige Ergebnisse aufgeführt, die sich überhaupt mit der Stigmatisierung von Patientinnen mit Adipositas durch Gesundheitspersonal befassten. Der Fokus wurde daher verstärkt auf englischsprachige Ergebnisse gelegt.

Das Vorgehen der Literaturrecherche wird in Tabelle 1 (Suchstrategie der Datenbank Pubmed) exemplarisch dargestellt. Die Tabelle enthält Suchbegriffe und Trefferanzahl, sowie die Anzahl der Treffer, die nach Durchsicht des Titels und des Abstracts (soweit vorhanden) für die weitere Bearbeitung geeignet erschienen. Dopplungen sind in der Anzahl der geeigneten Treffer nicht berücksichtigt.

Insgesamt konnten durch die Suche in den oben genannten Datenbanken 31 Publikationen auffindig gemacht werden, die im nächsten Schritt beschafft und inhaltlich gesichtet wurden.

Tabelle 1: Suchstrategie der Datenbank Pubmed

Suchbegriff	Filter	Treffer	Geeignet
reducing AND weight bias AND health care		71	5
	5 Jahre	36	2
	10 Jahre	50	4
reducing AND obesity bias AND health care		30	3
Reducing AND obesity stigma AND health care		12	2
intervention AND obesity stigma AND health care		15	3
reducing AND prejudice AND obesity AND health care		24	7
impacts AND educational AND weight bias		1	0
reducing AND fat phobia AND health care		3	2
impacts AND educational AND obesity bias		0	0
reducing AND prejudice AND overweight AND health care		24	6
intervention AND overweight stigma AND health care		14	3
reducing AND overweight stigma AND health care		12	2
educational intervention AND weight bias AND health care		16	7
educational intervention AND obesity bias AND health care		11	6
educational intervention AND obesity stigma AND health care		2	2
intervention AND weight bias AND health care	5 Jahre	78	2
	10 Jahre	114	2
((("Social Stigma"[Mesh]) AND "Obesity"[Mesh]) AND "Overweight"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]		11	1
((("Social Stigma"[Mesh]) AND "Obesity"[Mesh]) AND "Overweight"[Mesh]) AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND "Clinical Trial" [Publication Type]		0	0
Obesity AND prejudice AND health care AND reducing		24	7
anti fat attitudes AND health care AND reducing		5	3
anti fat attitudes AND health care		33	3
anti fat bias AND health care		33	1
reducing AND obesity bias AND primary care		13	1

#### 4.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden nur Forschungsarbeiten, die eine Intervention zur Reduktion gewichtsbezogener Stigmatisierung, evaluierten, und sich an (angehende) Angehörige des Gesundheitswesens richteten.

Ausgeschlossen wurden Arbeiten, die sich explizit mit Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter befassten. Auch Artikel, deren Zielgruppe weder Angehörige noch Studierende bzw. Auszubildende des

Gesundheitswesens waren oder sich mit Übergewicht und Adipositas des Gesundheitspersonals befassten, wurden nicht miteinbezogen.

Während der Sichtung und Auswahl der Literatur wurde entschieden, nur die Ergebnisse ab 2011 mit einzuschließen, da die vorliegende Arbeit sonst zu umfangreich geworden wäre. Eine Arbeit konnte nicht mit eingeschlossen werden, da nur das Abstract veröffentlicht worden ist. So verblieben insgesamt acht Originalarbeiten, die zur Beantwortung der Forschungsfrage bearbeitet wurden.

## **5 Darstellung der Ergebnisse**

Die bearbeiteten Studien werden nachfolgend in Tabelle 2 (Interventionen zur Verringerung von gewichtsbezogener Stigmatisierung im Gesundheitswesen) aufgeführt. Es handelt sich bei allen eingeschlossenen Arbeiten um Interventionsstudien, die die Frage verfolgen, wie wirksam eine bestimmte Intervention zur Verringerung stigmatisierender Haltungen und Überzeugungen im Gesundheitswesen sind. Darunter finden sich auch drei randomisiert kontrollierte Studien, sowie eine quasi-experimentelle Studie.

Tabelle 2 Interventionen zur Verringerung von gewichtsbezogener Stigmatisierung im Gesundheitswesen

Studie	Design	Methode	Sample
<b>Using triggerfilms as a bariatric sensitivity intervention</b> (Molloy, Sabol, Silva & Guimond, 2016)	Interventionsstudie ohne Vergleichsgruppe	6 Kurzlehrfilme mit anschließenden Gruppendiskussionen Vorher-Nachher-Erhebung und Follow-Up nach 30 Tagen Instrumente: BAOP-Scale und NATOOPS-Scale	Pflegestudentinnen (1. Semester) (n = 70)
<b>Reducing obesity prejudice in medical education</b> (Matharu, Shapiro, Hammer, Kravitz, Wilson & Fitzgerald, 2014)	Randomisiert kontrollierte Studie	Intervention: Lektüre eines Rollenspiels mit verteilten Rollen und anschließender Diskussion Vergleich: Lektüre über medizinisches Adipositas-Management Erhebung vor und 4 Monate nach der Intervention Instrumente: AFAQ und einer Empathie-Skala (JSPE)	Medizinstudentinnen (1.-4. Studienjahr) (n = 129) Intervention (n = 63) Vergleich (n = 66)
<b>Integrating weight bias awareness and mental health promotion into obesity prevention delivery</b> (McVey, Walker, Beyers, Harrison, Simkins & Russel-Mayhew, 2013)	Pilotstudie / Interventionsstudie ohne Vergleichsgruppe	Interaktiver ganztägiger Workshop Vorher-Nachher-Erhebung, Follow Up nach 6 Wochen und ein semistrukturiertes Telefoninterview eines subsamples Instrumente: AFAQ, Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire, Body Satisfaction Scale, Self-Efficacy to Change Questionnaire, sowie eines selbst entwickelten Fragebogens	Berufstätige Public Health Promoters (n = 342) Subsample Telefoninterview (n = 42)
<b>Brief intervention effective in reducing weight bias in medical students</b> (Poustchi, Saks, Piasecki, Hahn & Ferrante, 2013)	Pilotstudie / Interventionsstudie ohne Vergleichsgruppe	Video (17 Minuten) mit anschließender Gruppendiskussion Vorher-Nachher-Erhebung mit BAOP-Scale, Fat Phobia Scale und Attitudes Toward Obese Persons (ATOP)-Scale	Medizinstudentinnen (2. – 3. Studienjahr) (n = 64)

Studie	Design	Methode	Sample
<p><b>Are anti-stigma films a useful strategy for reducing weight bias among trainee healthcare professionals?</b> (Swift, Tischler, Markham, Gunning, Glazebrook, Beer &amp; Puhl, 2013)</p>	<p>Randomisiert kontrollierte Studie</p>	<p>Intervention: 2 Lehrfilme (17-Minuten) Vergleich: Ausschnitt aus einem Dokumentarfilm (34 Minuten) Vorher-Nachher-Erhebung und Follow-Up nach 6 Wochen Instrumente: Fat-Phobia-Scale, BOAP-Scale, AFAQ, Teile des IAT</p>	<p>Studentinnen der Ernährungswissenschaften und der Medizin (n = 43) Intervention (n = 22) Kontrolle (n = 21)</p>
<p><b>How to lose weight bias fast!</b> (Diedrichs &amp; Barlow, 2011)</p>	<p>Quasi-experimentelle Interventionsstudie</p>	<p>Intervention: Lektüre über Adipositas, Weight Stigma und die vielfältigen Einflussfaktoren auf Körpergewicht Vergleich: Lektüre über Adipositas und persönliche Einflussfaktoren auf das eigene Gewicht Kontrolle: Keine Lektüre Instrumente: AFA-Questionnaire Vorher-Nachher-Erhebung und Follow-Up nach 3 Wochen</p>	<p>Psychologiestudentinnen (3. – 4. Studienjahr) (n = 85) Intervention (n = 30) Vergleich (n = 20) Kontroll (n = 35)</p>
<p><b>Utilizing a bariatric sensitivity educational module to decrease bariatric stigmatizing by healthcare professionals</b> (Falker &amp; Sledge, 2011)</p>	<p>Evaluationsstudie eines Weiterbildungsmoduls</p>	<p>Selbstlernmodul in Papierform, 44 Seiten über Ursachen der Adipositas, Stereotype, Diskriminierung und Verantwortung der Pflegekräfte Verwendung eines selbst entwickelten Fragebogens Vorher-Nachher-Erhebung</p>	<p>Stationspflegekräfte unterschiedlicher Qualifikation (n = 30)</p>
<p><b>Impact of causal information on medical students' clinical encounters with an obese virtual patient</b> (Persky &amp; Eccleston, 2011)</p>	<p>Randomisiert kontrollierte Studie</p>	<p>Intervention: Lektüre über genetische Ursachen der Adipositas Vergleich: Lektüre über Fehlverhalten als Ursache der Adipositas Kontrolle: Lektüre über ein anderes Thema Interaktion mit einer virtuellen Patientin Instrument: Obese Persons Trait Survey</p>	<p>Medizinstudentinnen (n = 110) Intervention (n = 39) Vergleich (n = 35) Kontrolle (n = 36)</p>

## 5.1 Maßnahmen zur Stigmareduktion

Aus den untersuchten Interventionen ergeben sich vor allem edukative Möglichkeiten und Maßnahmen, die genutzt werden können um gewichtsbezogene Stigmatisierung im Gesundheitswesen zu verringern. Diese lassen sich einteilen nach dem Setting, in dem diese angewandt werden, den inhaltlichen Strategien die verfolgt werden, sowie die Methoden, die zur Vermittlung Anwendung finden.

### 5.1.1 Setting

Sechs, der acht eingeschlossenen Studien untersuchten Interventionen im Setting der (hochschulischen) **Ausbildung** in verschiedenen Gesundheitsdisziplinen. Vier in der Medizin, davon einmal gemeinsam mit Studierenden der Ernährungswissenschaften und jeweils einmal in den Fachrichtungen Pflege und Psychologie.

Auch die Zeitpunkte des jeweiligen Curriculums waren unterschiedlich. Lediglich bei Molloy et al. (2016, S. 20) befanden sich alle Probandinnen auf dem gleichen Ausbildungsstand. Alle anderen Untersuchungen rekrutierten ihre Probandinnen aus unterschiedlichen Jahrgängen des jeweiligen Studiums. (Diedrichs & Barlow, 2011, S. 10; Matharu et al., 2014, S. 232; Persky & Eccleston, 2011, S. 365; Poustchi et al., 2013, S. 346; Swift et al., 2013, S. 93)

Swift et al. (2013 S. 93) rekrutierten ihre Teilnehmerinnen aus zwei unterschiedlichen Fachrichtungen und unterschiedlichen Studienzeitpunkten: 4. Studienjahr der Ernährungswissenschaften und das 3. Studienjahr der Medizin. Außerdem waren die Fachrichtungen trotz Randomisierung ungleich verteilt: In der Interventionsgruppe waren überwiegend Ernährungsstudentinnen (14 bei n=22) und in der Kontrollgruppe mehrheitlich Medizinstudentinnen (16 bei n=21).

Zwei Interventionen adressierten ausgebildete und berufstätige Fachkräfte im Setting der **Weiterbildung**. McVey et al. (2013, S. 2) entwickelten ein ganztägiges Workshop-Programm mit insgesamt 342 Fachkräften aus den Bereichen Ernährung, Prävention von chronischen Erkrankungen und

Prävention von Verletzungen. Insgesamt wurden sieben Workshops mit maximal 50 Teilnehmerinnen abgehalten.

Falker & Sledge (2011, S. 74) untersuchten die Wirksamkeit eines Weiterbildungsmoduls im Eigenstudium zur Sensibilisierung für bariatrische Patientinnen („*Bariatric Sensitivity Educational Module*“) zur Verringerung gewichtsbezogener Stigmatisierung in einer Vorher-Nachher-Befragung.

### **5.1.2 Inhaltliche Strategien**

Es wurden vor allem zwei inhaltliche Strategien verfolgt, um gewichtsbezogene Stigmatisierung zu verringern. Eine ist das **Hervorheben von sogenannten „nicht kontrollierbaren Faktoren“**, die Adipositas verursachen können. Mit dieser Strategie geht man auf die weit verbreitete Überzeugung ein, dass die Patientinnen allein für ihre Fettleibigkeit verantwortlich seien. In der Arbeit von Persky & Eccleston (2011, S. 367-368) bewirkte der Fokus auf nicht kontrollierbare, in diesem Fall genetische, Faktoren, dass Patientinnen weniger für ihr Körpergewicht verantwortlich gemacht wurden und die Teilnehmerinnen den Einfluss genetischer Einflüsse anerkannten. Auch stigmatisierende Haltungen reduzierten sich. Allerdings wurden nach der Intervention einer virtuellen Patientin mit Adipositas auch seltener Unterstützung zur Gewichtsreduktion angeboten.

Ein weiterer Ansatz soll das **Bewusstsein fördern für Stigmatisierung und die eigenen Vorurteile**. Diesen Ansatz verfolgten Molloy et al. (2016, S. 20), Matharu et al. (2014, S. 232) und Falker & Sledge (2011, S. 74) und konnten damit stigmatisierende Haltungen und Überzeugungen bei ihren Teilnehmerinnen positiv beeinflussen.

Es sind auch Kombinationen zwischen den beiden Strategien möglich, wie sie bei Poustchi et al. (2013, S. 346), McVey et al. (2013, S. 2), Swift et al. (2013, S. 93) und Diedrichs & Barlow (2011, S. 10-11) angewandt wurden. Diese Interventionen nutzten in ihren Materialien die Möglichkeit, auf die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf das Körpergewicht einzugehen, und

versuchten, den Studierenden Vorurteile, Stigmatisierung und Stereotypisierung und deren Folgen für die Betroffenen bewusst zu machen. Alle Studien konnten einen positiven Einfluss auf die stigmatisierende Haltung der Teilnehmerinnen nachweisen. Die Teilnehmerinnen der Studie von McVey et al. (2013, S. 4) gaben sogar an, künftig ihre eigenen Vorurteile bezüglich Ernährung und Körpergewicht mehr reflektieren zu wollen. Bei Diedrichs & Barlow (2011, S. 30) zeigte sich aber auch, dass ihre Intervention nur wenig Einfluss auf die soziale Wertschätzung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas hatte. Allerdings bewirkte die Kontrollintervention, die den Einfluss der Lebensweise der betreffenden Patientinnen auf das Körpergewicht hervorhob, eine deutlich negative Veränderung in diesem Punkt.

### **5.1.3 Methoden der Vermittlung**

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Interventionen durchzuführen und die Inhalte zu vermitteln. Matharu et al. (2014, S. 232), Diedrichs & Barlow (2011, S. 10-11), Falker & Sledge (2011, S. 74) und Persky & Eccleston (2011, S. 365-366) gaben ihren Probandinnen **Texte** zum Lesen, die sowohl über Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas informierten als auch das Bewusstsein für Stigmatisierung fördern sollten. Die Interventionsgruppe von Matharu et al. (2014, S. 232) las dabei einen dramaturgischen Text, der zusätzlich Interaktivität der Leserinnen erforderte. Beim Text von Falker & Sledge (2011, S. 74) handelte es sich um ein Weiterbildungsmodul im Papierformat, das die Probandinnen im Eigenstudium lesen sollten.

Eine weitere Methode sind **Lehrfilme**, wie sie bei Molloy et al. (2016, S. 20), Poustchi et al. (2013, S. 346) und Swift et al. (2013, S. 93) angewandt wurden. Dabei können sowohl Informationen über die Ursachen und die Einflussfaktoren von Adipositas vermittelt als auch das Bewusstsein für Stigmatisierung und deren Folgen geweckt werden. Alle drei genannten Arbeiten zeigten, dass mit dieser Methode stigmatisierende Haltungen verändert werden können.

**Gruppendiskussionen** wurden bei Matharu et al. (2014, S. 232) und Poustchi et al. (2013, S. 346) zu ihren Interventionen eingesetzt. Da es sich bei der Intervention von Matharu et al. (2014, S. 232) um ein Rollenspiel handelte, war die Interaktivität in einer Gruppe durch die Intervention zwangsläufig notwendig. Bei Poustchi et al. (2013, S. 346) konnten sich die Studierenden nach den Lehrfilmen über das Gesehene und ihre eigenen Erfahrungen austauschen.

Es ist möglich, dass im Workshop von McVey et al. (2013, S. 2) ebenfalls Gruppendiskussionen stattfanden, allerdings wird im Forschungsartikel keine Aussage dazu gemacht.

Persky & Eccleston (2011, S. 365-366) nutzten die Möglichkeit der **Virtual Reality**, um den Umgang der Probandinnen mit einer virtuell erstellten Patientin zu beobachten. Diese Methode diente aber hauptsächlich zur Überprüfung der Intervention, so wurden die Probandinnen während dieser Interaktion auch weiter befragt und konnten zum Beispiel Einschätzungen abgeben, ob die virtuelle Patientin ihre Empfehlungen umsetzen werde.

## **5.2 Wirksamkeit der Maßnahmen**

Insgesamt zeigten alle Arbeiten, dass ihre Interventionen die Haltung der Probandinnen gegenüber Menschen mit Übergewicht und Adipositas beeinflussen. Durch die Nutzung standardisierter Instrumente wie dem Antifat-Attitude-Questionnaire oder dem Implicit Association Test kann die Wirksamkeit der Interventionen messbar dargestellt werden.

In den Arbeiten, in denen Follow-Up-Erhebungen einige Zeit nach den Interventionen durchgeführt wurden, zeigte sich nahezu durchgehend, dass die erzielten Effekte in einigen Punkten rückläufig waren (Molloy et al., 2016, S. 21-22; Swift et al., 2013, S. 95-98). Lediglich bei Diedrichs & Barlow (2011, S. 30) blieben die Ergebnisse drei Wochen nach der Intervention nahezu stabil. Der von Matharu et al. (2014, S. 234) durchgeführte Implicit Association Test ergab, dass die Intervention keinen

signifikanten Einfluss auf die Implicit Bias, also auf die nicht bewusst wahrnehmbaren Vorurteile hatte.

## **6 Diskussion der Ergebnisse**

### **6.1 Evidenz der Ergebnisse**

Bei allen eingeschlossenen Studien handelt es sich um Interventionsstudien. Mit Matharu et al. (2014), Swift et al. (2013) und Persky & Eccleston (2011) konnten sogar randomisiert kontrollierte Studien mit eingeschlossen werden. Als solche kommt ihnen eine hohe Aussagekraft zu. Matharu et al. (2014) und Swift et al. (2013) gehen, abgesehen von der evaluierten Intervention, nach einer ähnlichen Methode vor: Sie führten Erhebungen vor und nach der Intervention durch und verwendeten dabei teilweise dieselben standardisierten Erhebungsinstrumente, was sogar eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den beiden Interventionen zulässt. Auch führten sie eine Follow-Up-Erhebung durch, sodass Rückschlüsse auf die Nachhaltigkeit der Wirkung erhoben werden kann. Bei Persky & Eccleston (2011) wurde auf eine Erhebung vor der Intervention verzichtet, sodass nur zwischen der Interventions-, Vergleichs- und der Kontrollgruppe verglichen werden konnte. Allerdings fand der Hauptteil der Erhebung während der Interaktion mit der virtuellen Patientin statt, die natürlich erst nach der Intervention durchgeführt werden konnte. Mit Diedrichs & Barlow (2011) haben wir eine quasi-experimentelle Studie, die ebenfalls ihre Intervention mit einer Vorher-Nachher- und einer Follow-Up-Erhebung untersuchten.

Molloy et al. (2016), Matharu et al. (2014), Poustchi et al. (2013) und Falker & Sledge (2011) haben Interventionsstudien ohne Kontrollgruppen durchgeführt, die ihre Effekte in Vorher-Nachher-Erhebungen maßen. Alle außer Falker & Sledge (2011) verwendeten hierfür standardisierte und erprobte Instrumente. Falker & Sledge (2011) entwickelten für ihre Erhebung einen eigenen Fragebogen, mit dem Ziel, das Wissen und die Sensibilität des befragten Personals zu erfassen (S. 76). Hierzu legten sie den Teilnehmerinnen Statements vor, denen sie auf einer vierstufigen

Likert-Skala zustimmen oder widersprechen konnten. Diese Statements umfassen unter anderem Aussagen wie: „I am sensitive to the physical needs of my bariatric patients.“, „I am aware of how my attitude affects the care I provide to bariatric patients.“ oder „Obesity has a number of causes.“ (Falker & Sledge, 2011, S. 76). Die Teilnehmerinnen geben hier also eine subjektive Einschätzung ihrer eigenen Kenntnisse über Adipositas und ihres Bewusstseins für gewichtsbezogene Stigmatisierung ab. Ein solcher Fragebogen ist geeignet, um den Nutzen dieses Selbstlernmoduls aus Sicht der Teilnehmerinnen zu erheben, nicht aber um tatsächlich vorhandene Kenntnisse und stigmatisierende Haltungen zu erfassen. Die Autorinnen ziehen dennoch anhand ihrer Ergebnisse den Schluss, dass ihre Intervention geeignet zur Stigmareduktion sei, dazu wären aber bereits vorhandene und erprobte Instrumente wie der Antifat-Attitude-Questionnaire oder die Fat-Phobia-Scale geeigneter gewesen. Daher kann dieser Arbeit über die Wirksamkeit des Selbstlernmoduls nur geringe Aussagekraft zugesprochen werden, obwohl das Modul vielleicht tatsächlich geeignet wäre, stigmatisierende Haltungen zu verringern.

## **6.2 Diskussion der Maßnahmen**

Aus den bearbeiteten Studien können verschiedene Maßnahmen zur Stigmareduktion abgeleitet werden. Die Mehrheit der eingeschlossenen Studien untersuchten ihre Interventionen im Setting der Ausbildung. Dabei handelte es sich allerdings um Einzelinterventionen, die nicht in die entsprechenden Curricula der Studiengänge integriert waren. In den Arbeiten war der Ausbildungsstand der Teilnehmerinnen jedoch nicht berücksichtigt, in einigen Arbeiten befanden sich diese sogar in unterschiedlichen Jahrgängen. Es gab meist keine Angaben darüber, ob die Probandinnen Vorkenntnisse über Adipositas hatten. Lediglich Molloy et al. (2016) gaben an, dass sie ihre Intervention bewusst an Erstsemester-Studierenden überprüft haben, damit sie noch unbefangen an das Thema herangeführt werden konnten. Daraus ergibt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Ausbildung es sinnvoll ist, das Thema gewichtsbezogene Stigmatisierung zu behandeln.

Lediglich zwei Interventionen wurden gefunden, die sich an berufstätige Fachkräfte richteten: der Workshop von McVey et al. (2013, S. 2) scheint wirksam und im Rahmen der beruflichen Weiterbildung auch umsetzbar zu sein. Das Selbstlernmodul von Falker & Sledge (2011, S. 74) könnte ebenfalls zur Stigmareduktion geeignet sein, allerdings ist das Ergebnis aufgrund der Methodik nicht aussagekräftig.

Bei der Umsetzung der Ergebnisse müssen allerdings die unterschiedlichen Gesundheits- und Bildungssysteme mit berücksichtigt werden, da die akademischen Strukturen der Gesundheitsberufe in Deutschland noch nicht so stark ausgeprägt sind, wie es im angloamerikanischen Raum der Fall ist. Das Hervorheben nichtkontrollierbarer Einflussfaktoren und die Auseinandersetzung mit Stigmatisierung scheinen wirksame Strategien zu sein, die angewandt werden können. Wobei sich bei Persky & Eccleston (2011, S. 368) zeigte, dass beim Fokus auf nichtkontrollierbare Faktoren die Gefahr bestünde, dass Patientinnen mit Adipositas seltener Hilfestellung zur Gewichtsreduktion angeboten bekommen. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass die verschiedenen Ursachen und Einflussfaktoren von Fettleibigkeit ausgewogen vermittelt werden müssen. Allerdings gibt der Artikel keinen Hinweis darauf, ob und welche Vorkenntnisse die Teilnehmerinnen über die Möglichkeiten der Adipositas therapie hatten. Das Wissen über Therapieformen könnte aber ein weiterer wichtiger Faktor im Zusammenhang mit Vorurteilen und Stigmatisierung sein (Jung et al., 2016, S. 4) und sollte daher bei der Vermittlung des Themenkomplexes Adipositas stärker berücksichtigt werden.

Die Förderung des Bewusstseins für Stigmatisierung und die eigenen Vorurteile zeigen sich als geeignete Strategie zur Stigmareduktion und können auf unterschiedliche Weise vermittelt werden. Insgesamt scheint aber eine Kombination der beiden Strategien günstig.

Texte und Lehrfilme sind bewährte Methoden zur Informationsvermittlung und zeigen sich auch in den untersuchten Studien geeignet. Durch anschließende Gruppendiskussionen kann insbesondere die Auseinandersetzung mit Stigmatisierung zusätzlich gefördert werden. Im Bildungsbereich sind Präsentationen und Vorträge durch Lehrpersonen

noch immer die gängigste Methode der Informationsvermittlung, die allerdings in keiner der eingeschlossenen Studien untersucht wurden.

Eine ausgefallene Methode war die Interaktion mit einer virtuellen Patientin bei Persky & Eccleston (2011, S. 366), die in ihrer Arbeit allerdings nicht der Intervention, sondern hauptsächlich der Erhebung diente. Dennoch könnte Virtual Reality auch als Methode zur Stigmareduktion genutzt werden, indem die Teilnehmerinnen in einem kontrollierten Raum mit virtuellen Mitgliedern dieser Patientengruppe in Kontakt treten. In Anbetracht des Fortschritts der Virtual Reality, sollten die Möglichkeiten dieser Technologie weiter ausgebaut und ihr Nutzen erforscht werden.

### **6.3 Diskussion der Wirksamkeit**

Alle bearbeiteten Studien kamen zu dem Ergebnis, dass ihre Interventionen stigmatisierende Haltungen ihrer Teilnehmerinnen positiv beeinflussen konnten. Somit können die vorgestellten Interventionen, zur Reduktion von gewichtsbezogener Stigmatisierung als geeignet bewertet werden. Allerdings scheinen die Effekte nur kurzzeitig anzuhalten, denn einige Follow-Up-Erhebungen zeigen, dass die Veränderungen einige Wochen bzw. Monate nach der Intervention zumindest teilweise rückläufig waren. Dies kann verschiedene Ursachen haben, so diskutierten Molloy et al. (2016, S. 23), ob ihre Teilnehmerinnen unmittelbar nach der Intervention die Antworten gegeben haben, von denen sie dachten, dass sie erwartet würden. Ein anderer Grund könnte sein, dass die Interventionen die *implicit biases*, also die unbewussten Vorurteile und Haltungen, nicht erreichen. Erhebungen des Implicit Attitudes Test bei Matharu et al. (2014, S. 234-235) und Swift et al. (2013, S. 95-98) ergaben keine signifikanten Veränderungen nach den Interventionen. Möglicherweise verhielt es sich bei den anderen Arbeiten ähnlich, allerdings kann keine Aussage dazu getroffen werden, da die *implicit biases* bei den übrigen Interventionen nicht untersucht wurden. McVey et al. (2013, S. 5) vermuten, dass für längerfristige Ergebnisse weitere Begleitung und Unterstützung in der Auseinandersetzung mit gewichtsbezogener Stigmatisierung notwendig wären.

Die untersuchten Interventionen nahmen außerdem häufig nur eine Stunde bis maximal einen Tag (sofern angegeben) in Anspruch. Es ist nicht anzunehmen, dass innerhalb kurzer Zeit internalisierte Einstellungen und Überzeugungen verändert werden können, daher sollten längerfristige Interventionen und Konzepte entwickelt werden.

Die Effekte bei Diedrichs & Barlow (2011, S. 17-21) zeigten sich im Follow-Up allerdings nahezu stabil, allerdings war die Zeit des Follow-Ups mit drei Wochen im Vergleich zu den anderen Studien auch relativ gering.

Persky & Eccleston (2011, S. 368) ließen ihre Teilnehmerinnen mit einer virtuellen Patientin interagieren und konnten dabei feststellen, dass die Interventionsgruppe, die sich vorher mit genetischen, also nicht kontrollierbaren Einflussfaktoren der Adipositas beschäftigten, weniger Empfehlungen zu Gewichtsreduktion und Lebensstiländerungen aussprach, als die Kontrollgruppe dies tat. Auch wenn diese Tendenz nicht signifikant war, fürchteten die Autoren, dass der Fokus auf nicht kontrollierbare Faktoren dazu führen könnte, dass die Behandlung der Adipositas als vergebliches Unterfangen angesehen werden würde.

## **6.4 Diskussion vor dem theoretischen Hintergrund**

### **6.4.1 Klassifikation der Maßnahmen**

Die Interventionen lassen sich zumindest in die inhaltliche Dimension der Klassifikation nach Beelmann et al. (2009, S. 437-444) einordnen. So kann die Interaktion mit einer virtuellen Patientin bei Persky & Eccleston (2011, S. 366) als eine Form der *Kontaktintervention* gesehen werden, obwohl sie in dieser Arbeit lediglich der Evaluation der Intervention diene. Der Einsatz der virtuellen Realität bietet aber auch die Möglichkeit, die Kommunikation mit verschiedenen Patientinnengruppen zu trainieren, bevor sie mit diesen in Kontakt kommen.

Interventionen mit der Strategie, *nicht kontrollierbare Einflussfaktoren der Adipositas hervorzuheben*, sind den *wissensbasierten Intergruppeninterventionen* zuzuordnen, da sie Informationen über die Gruppe der Patientinnen mit Adipositas vermitteln.

Mit dem *Bewusstsein für stigmatisierende Haltungen und die eigenen Vorurteile*, werden auch *individuelle Kompetenzen* gefördert. Der Einsatz von Lehrfilmen und das gemeinsame Lesen eines Rollenspiels scheinen geeignet, um Empathie und Perspektivenübernahme zu fördern. Durch Gruppendiskussionen können soziale Kompetenzen weiter ausgebaut werden und bieten eine Anleitung zur Selbstreflexion der eigenen Haltung.

Das Setting der Ausbildung lässt sich den *Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen* zuordnen, auch wenn im Zusammenhang mit gewichtsbezogener Stigmatisierung integrative Konzepte nur schwer umzusetzen sind. Aber gerade die theoretische Vermittlung über Adipositas und die Auseinandersetzung mit Stigmatisierung und dem Umgang mit stigmatisierten sozialen Gruppen im Rahmen der (hochschulischen) Berufsausbildung können als Strategie zur Prävention und Reduktion von Stigmatisierung sinnvoll sein. Jedoch muss erwähnt werden, dass die Interventionen, die in diesem Setting untersucht wurden, kein integrierter Bestandteil der jeweiligen Curricula waren. Dennoch können die Ergebnisse der Interventionen genutzt werden, um Konzepte in der grundständigen Berufsbildung im Gesundheitswesen zu entwickeln.

*Standardisierte Trainingsprogramme* können ihren Einsatz in der beruflichen Weiterbildung finden, um auch bereits berufstätige Fachkräfte des Gesundheitswesens zu erreichen. Workshops, wie der von McVey et al. (2013, S. 2), scheinen hier eine geeignete Möglichkeit zu sein.

Die Autoren Beelmann et al. (2009, S. 444) ordneten den *mediengestützten Maßnahmen* vor allem öffentlichkeitswirksame Kampagnen zu. Ihnen kann keine der Interventionen zugeordnet werden, da diese strategisch eher in kleineren Settings, wie Aus- und Weiterbildung zuzordnen sind.

#### **6.4.2 Kriterien zur Veränderung einer stigmatisierenden Haltung**

Die von Wolff (2004) genannten Kriterien (S. 924), übertragen auf die gewichtsbezogene Stigmatisierung, könnten ein Ansatz sein, um zu überprüfen, ob jemand seine Haltung und Einstellung gegenüber der Gruppe der adipösen Patientinnen tatsächlich geändert hat. Möchte man

prüfen, ob Wolffs (2004) Kriterien zutreffen, müsste allerdings das Verhalten gegenüber Patientinnen mit Adipositas beobachtet werden. Da in keiner der evaluierten Interventionen die Teilnehmerinnen einer *adipösen Patientin begegneten*, kann natürlich auch nicht beurteilt werden, ob sie diese neben ihrer Adipositas auch als *vollständigen Menschen erleben* und wie sie sich *ihr gegenüber verhalten*. Allenfalls die virtuelle Patientin bei Persky & Eccleston (2011, S. 366) könnte als Begegnung gewertet werden, bei der auch die Möglichkeit genutzt wurde, eine Reihe von Fragen digital beantworten zu lassen. Allerdings ist die Anwendung der Verhaltenskriterien aufgrund des künstlichen Raumes auch mit Einschränkungen verbunden.

Das letzte abgewandelte Kriterium nach Wolff (2004, S. 924), *grundlegendes Fachwissen über die Entstehung und Behandlung von Adipositas*, ließe sich aber auch ohne Begegnung mit Patientinnen erheben. Möglicherweise könnten auch standardisierte Fragebögen zum Einsatz kommen. Die Tests, die bei den eingeschlossenen Studien angewandt wurden, wie zum Beispiel der Antifat-Attitudes-Questionnaire (Crandall, 1994, S. 884), zielten allerdings eher darauf ab, die Überzeugungen der Befragten zu erfassen, als den Wissensstand.

Die Anwendung der abgewandelten Kriterien von Wolff (2004) setzt möglicherweise voraus, dass sie bei der Gestaltung der Interventionen und der Datenerhebung von vornherein mit berücksichtigt werden. Ob sie überhaupt im Rahmen von Interventionsstudien Anwendung finden können, muss untersucht werden. Allerdings könnten die Kriterien die Grundlage zur Zielsetzung bei der Gestaltung von Unterrichtseinheiten bilden.

## **7 Methodische Reflexion der Recherche**

Das Thema und die Fragestellung ermöglichte ein strukturelles Vorgehen bei der Entwicklung der Suchstrategie von der ersten orientierenden Suchrecherche bis zur gezielten Suche nach Interventionen zur Stigmareduktion im Gesundheitswesen. Da ab den 2000er Jahren vor allem in den USA das Forschungsinteresse an der gewichtsbezogenen

Stigmatisierung und ihrer Reduktion stark anstieg, konnten durch die angewandte Suchstrategie aktuelle und aussagekräftige Ergebnisse gefunden werden.

Durch Suchbegriffe wie *educational* oder *educational Interventions* wurden allerdings fast ausschließlich Bildungsinterventionen gefunden. Um *mediengestützte Maßnahmen*, wie in der Klassifikation von Beelmann et al. (2009, S. 444) beschrieben, zu finden, hätte die Suche auch auf öffentlichkeitswirksame Aktionen wie zum Beispiel Informationskampagnen ausgeweitet werden müssen. Weiterhin waren die eingeschlossenen Ergebnisse auch überwiegend im Bereich der grundständigen Ausbildung angelegt, eine gezieltere Suche nach Interventionen, die berufstätige Gesundheitsfachkräfte adressierten, hätte möglicherweise zu ausgewogeneren Ergebnissen in den Settings und vielleicht auch zu mehr Varianten unter den Interventionen geführt.

## **8 Fazit**

Die Literaturrecherche ergab vor allem edukative Maßnahmen, die sich in der Reduktion gewichtsbezogener Stigmatisierung in Gesundheitsberufen grundsätzlich als wirksam erweisen. Diese sind in Aus- und Weiterbildung angesiedelt und verfolgen häufig die Strategien über nicht kontrollierbare Einflüsse auf die Entstehung von Adipositas zu informieren, sowie die Auseinandersetzung mit Stigmatisierung und Vorurteilen zu fördern.

Allerdings hielten die Effekte der Maßnahmen nur kurze Zeit an. Das könnte bedeuten, dass einzelne Interventionen nicht ausreichen, um internalisierte unbewusste Haltungen und Vorurteile zu verändern. Es besteht also weiterhin Entwicklungsbedarf, wobei die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zur Entwicklung von Bildungskonzepten genutzt werden können. So könnten die inhaltlichen Strategien, in der theoretischen Aus- und Weiterbildung über Adipositas Anwendung finden und in bestehende Curricula integriert werden. Die abgewandelten Kriterien zur Veränderung einer stigmatisierenden Haltung von Wolff (2004, S. 924) könnten den Rahmen hierfür abstecken.

Um langfristige Effekte zur Stigmareduktion zu erreichen, müssen aber auch Ansätze außerhalb von Aus- und Weiterbildung gesucht werden. So könnte zum Beispiel der Nutzen von Informations- und Awareness-Kampagnen innerhalb von Gesundheitseinrichtungen erforscht werden.

Die untersuchten Forschungsarbeiten stammen größtenteils aus dem angloamerikanischen Raum. Inwieweit die Ergebnisse auf deutsche Begebenheiten übertragen werden können, muss allerdings noch untersucht werden. Erst in den letzten Jahren entwickelte sich in Deutschland das Interesse an der Erforschung von gewichtsbezogener Stigmatisierung. Allerdings gibt es bislang hauptsächlich Untersuchungen über ihre Verbreitung in Deutschland; Forschungsprojekte zu ihrer Reduktion im Gesundheitswesen wurden nicht gefunden.

Es ist also noch einiges zu tun, um gewichtsbezogene Stigmatisierung in Gesundheitsberufen zu verringern. Als ersten Schritt muss der verurteilende Umgang mit Patientinnen mit Adipositas im Gesundheitswesen überhaupt als Stigmatisierung begriffen werden, bevor notwendige Maßnahmen zur Stigmareduktion entwickelt und erforscht werden können.

## **Abkürzungsverzeichnis**

BMI            Body Mass Index

WtHR          Waist-to-Height-Ratio

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Systematik der Literaturrecherche am Beispiel der Datenbank Pubmed .....	14
Tabelle 2 Studien zu Interventionen zur Verringerung von gewichtbezogener Stigmatisierung im Gesundheitswesen .....	16

## Literaturverzeichnis

- Bacon, J. G., Scheltema, K. E. & Robinson, B. E. (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25 (2), 252-257.
- Beelmann, A., Heinemann, K. S. & Saur, M. (2009). Interventionen zur Prävention von Vorurteilen und Diskriminierung. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (1. Aufl., S. 435-461). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice Against Fat People: Ideology and Self-Interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (5), 882-894.
- Degner, J., Meiser, T. & Rothermund, K. (2009). Kognitive und sozial-kognitive Determinanten: Stereotype und Vorurteile. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (1. Aufl., S. 75-93). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V., Hrsg.). (2014). *Prävention und Therapie der Adipositas. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3* (2. Aufl.). Zugriff am 30.05.2016. Verfügbar unter [http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-001I\\_S3\\_Adipositas\\_Praevention\\_Therapie\\_2014-11.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-001I_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf)
- Diedrichs, P. C. & Barlow, F. K. (2011). How to lose weight bias fast! Evaluating a brief anti-weight bias intervention. (Vorabdruck-Version). *British journal of health psychology*, 16 (4), 846-861. Zugriff am 29.05.2016. Verfügbar unter <http://eprints.uwe.ac.uk/15408/8/How%2520to%2520lose%2520weight%2520bias%2520fast%2520-Final%2520Revision.pdf>

- Falker, A. J. & Sledge, J. A. (2011). Utilizing a Bariatric Sensitivity Educational Module to Decrease Bariatric Stigmatization by Healthcare Professionals. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 6 (2), 73-78.
- Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (2. 1977). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Greenwald, A. & Banaji, M. R. (1995). Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes. *Psychological Review*, 102 (1), 4-27.
- Greenwald, A., McGhee, D. E. & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1464-1480.
- Hartmann, M. G. (2000). Stigma. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld* (Angehörige, Ungewißheit, Verwirrung, Kommunikation, Bewältigung, Schuld, Stigma, Macht, Aggression, Compliance, Humor., Bd. 3, 1. Aufl., Bd. 3, S. 165-181). Bern: Hans Huber.
- Hilbert, A. (2015). Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung bei Adipositas. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 420-423). Berlin: Springer-Verlag.
- Hilbert, A., Ried, J. & Zipfel, S., de Zwaan, M. (2013). Stigmatisierung bei Adipositas. Positionspapier des Kompetenznetzes Adipositas. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 7 (3), 150-153.
- Hilbert, A., Rief, W. & Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity*, 16 (7), 1529-1534.
- Hohmeier, J. (1975). Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß. In M. Brusten & J. Hohmeier (Hrsg.), *Stigmatisierung* (Bd. 1, 1. Aufl., S. 5-24). Neuwied und Darmstadt: Hermann Luchterhand Verlag.
- Jung, F., Luck-Sikorski, C., König, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (Springer Science+Business Media, Hrsg.). (2016). *Stigma and Knowledge as*

- Determinants of Recommendation and Referral Behavior of General Practitioners and Internists. (Vorabdruck-Version).* Zugriff am 29.05.2016. Verfügbar unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s11695-016-2104-5>
- Kischkel, I. & Ciarrettino, M. (2012). Übergewichtige Patienten brauchen besondere Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 51 (8), 736-739.
- Lücke, S. (2012). Das Leben wieder genießen. *Die Schwester Der Pfleger*, 51 (8), 740-745.
- Matharu, K., Shapiro, J. F., Hammer, R. R., Kravitz, R. L., Wilson, M. D. & Fitzgerald, F. T. (2014). Reducing obesity prejudice in medical education. *Education for health*, 27 (3), 231-237. Zugriff am 29.05.2016. Verfügbar unter [http://www.educationforhealth.net/article.asp?issn=1357-6283;year=2014;volume=27;issue=3;spage=231;epage=237;aulast=Ma  
tharu](http://www.educationforhealth.net/article.asp?issn=1357-6283;year=2014;volume=27;issue=3;spage=231;epage=237;aulast=Matharu)
- McVey, G. L., Walker, K. S., Beyers, J., Harrison, H. L., Simkins, S. W. & Russell-Mayhew, S. (2013). Integrating weight bias awareness and mental health promotion into obesity prevention delivery: a public health pilot study. *Preventing chronic disease*, 10, E46. Zugriff am 29.05.2016. Verfügbar unter [http://www.cdc.gov/PCD/issues/2013/pdf/12\\_0185.pdf](http://www.cdc.gov/PCD/issues/2013/pdf/12_0185.pdf)
- Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M., Lampert, T., Ziese, T. & Scheidt-Nave, C. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 786-794.
- Molloy, M. A., Sabol, V. K., Silva, S. G. & Guimond, M. E. (2016). Using Trigger Films as a Bariatric Sensitivity Intervention: Improving Nursing Students' Attitudes and Beliefs About Patients. *Nurse educator*, 41 (1), 19-24.
- Persky, S. & Eccleston, C. P. (2011). Impact of Genetic Causal Information on Medical Students' Clinical Encounters with an Obese

- Virtual Patient. Health Promotion and Social Stigma. *Annals of Behavioral Medicine*, 41 (3), 363-372.
- 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. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16 (4), 319-326. Zugriff am 29.05.2016. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4381543/pdf/obr0016-0319.pdf>
- Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., Burgess, D. J., Nelson, D. B., Yeazel, M. W. et al. (2014). Implicit and Explicit Weight Bias in a National Sample of 4,732 medical students: The Medical Student CHANGES study, 22 (4), 1201-1208.
- Poustchi, Y., Saks, N. S., Piasecki, A. K., Hahn, K. A. & Ferrante, J. M. (2013). Brief Intervention Effective in Reducing Weight Bias in Medical Students. *Family medicine*, 45 (5), 345-348.
- Puhl, R. & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9 (12), 788-805.
- Puhl, R. M. & Heuer, C. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17 (5), 941-964.
- Rukavina, P. B., Li, W., Shen, B. & Sun, H. (2010). A service learning based project to change implicit and explicit bias toward obese individuals in kinesiology pre-professionals. *Obesity facts*, 3 (2), 117-126.
- Schambortski, H. (2014). Interaktion in Gruppen. In Urban & Fischer Verlag (Hrsg.), *Pflege Heute* (6. Aufl., S. 177-179). Lehrbuch für Pflegeberufe. München: Elsevier GmbH.
- Schneider, H. J., Friedrich, N., Klotsche, J., Pieper, L., Nauck, M., John, U. et al. (2010). The predictive value of different measures of obesity for incident cardiovascular events and mortality. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 95 (4), 1777-1785.

- Schvey, N. A., Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19 (10), 1957-1962.
- Schvey, N. A., Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2014). The stress of stigma: exploring the effect of weight stigma on cortisol reactivity. *Psychosomatic medicine*, 76 (2), 156-162.
- Swift, J. A., Tischler, V., Markham, S., Gunning, I., Glazebrook, C., Beer, C. et al. (2013). Are anti-stigma films a useful strategy for reducing weight bias among trainee healthcare professionals? Results of a pilot randomized control trial. *Obesity facts*, 6 (1), 91-102. Zugriff am 29.05.2016. Verfügbar unter <http://www.karger.com/Article/Pdf/348714>
- WHO. (2007). *Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO* (WHO-Regionalbüro für Europa, Hrsg.), Kopenhagen. Zugriff am 29.05.2016. Verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98247/E89858G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98247/E89858G.pdf)
- Wolff, S. (2004). Stigmatisierung. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (1. Aufl., S. 906-925). Bern: Hans Huber.

## **Anlagen**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum  
Thema:

### **„Umgang mit adipösen Patienten“**

selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine  
anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die  
Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem  
Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft  
kenntlich gemacht.

Köln, den 31.05.2016

---

Beatrice Habegger

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Köln, den 31.05.2016

---

Beatrice Habegger