

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Schulische
Interventionen für die Sensibilisierung**

verfasst von / submitted by

Anina Lang, BEd.

**angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of**

Master of Education (MEd)

Wien, 2023/ Vienna 2023

**Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:**

UA 199 500 507 02

**Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:**

Masterstudium Lehramt Sek (AB)

Lehrverbund

**Unterrichtsfach Bewegung und Sport
Lehrverbund**

Unterrichtsfach Englisch Lehrverbund

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

Zusammenfassung

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie für das Thema Adipositas in der Schule sensibilisiert werden kann und welche Möglichkeiten und Hindernisse Schulen haben, übergewichtige und adipöse Jugendliche zu unterstützen. Basierend auf einem Überblick über traditionelle Sichtweisen und Interventionen und deren Wirksamkeit werden kritische und moderne Perspektiven zum Thema Adipositas beleuchtet und erläutert. Anhand von Interviews mit Expert*innen aus der Adipositastherapie wird herausgearbeitet, welche Therapien und Lösungsansätze in Therapiezentren mit übergewichtigen Jugendlichen eingesetzt werden und welche Möglichkeiten sich für den schulischen Kontext ergeben. Zudem wird die Sichtweise von übergewichtigen Jugendlichen mithilfe von Interviews aufgezeigt und weitere Interventionen für die Schule werden erarbeitet. Zum Schluss soll die Arbeit einen Überblick geben, welche wirksamen, schulischen Interventionen möglich sind, um für das Thema Adipositas zu sensibilisieren.

Abstract

This master's thesis deals with the question of how the topic of obesity can be sensitised in schools and what opportunities and obstacles schools have to support overweight and obese young people. The work gives an overview of traditional views and interventions and their effectiveness. In a large second main part of this thesis, critical and modern perspectives on obesity are examined and explained. By means of interviews with experts, it will be analysed how they work in a therapy centre and which therapies and solution approaches they pursue with overweight adolescents and whether there are possibilities to apply them at schools. With the help of interviews with overweight adolescents, further interventions for schools will be developed. Finally, the thesis will give an overview of which effective school-based interventions are possible to raise awareness of the topic of obesity.

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei meinem Ehemann Raphael. Mit deinen motivierenden Worten hast du mich mein ganzes Studium unterstützt. Ohne deinem Verzicht, deinem Zuspruch und deinem Vertrauen ich mich, hätte ich mein Studium nicht bewältigen können. Danke für deine stetige Unterstützung in jeglicher Hinsicht.

Außerdem möchte ich mich noch bei meiner Mama Karin bedanken. Danke für deine Zeit beim Korrekturlesen meiner Arbeit. Danke, dass du mir, während meines Studiums immer gut zugesprochen hast und mich nie aufgeben lassen hast. Der Spruch „Aufgeben tut man nur einen Brief“ hat mich mein ganzes Studium und bisheriges Leben begleitet und wird immer in meinem Kopf bleiben. Danke Mama!

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemstellung und Zielsetzung.....	1
1.2	Forschungsfragen.....	3
1.3	Gliederung der Arbeit.....	3
2	Definitionen und Begriffserklärungen	5
2.1	Gesundheit	5
2.2	Übergewicht und Adipositas	6
2.2.1	Prävalenz von Adipositas	8
2.2.2	Ursachen und Auswirkungen von Adipositas	11
3	Forschungsstand.....	14
3.1	Traditionelle Perspektiven	14
3.1.1	Adipositas als globale Epidemie.....	14
3.1.2	Adipositas als selbstverschuldetes Fehlverhalten.....	15
3.1.3	Interventionen bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter	16
3.1.4	Herkömmliche Lösungswege in der Schule	20
3.2	Kritische Perspektiven	24
3.2.1	Überdenken der Adipositas Epidemie	24
3.2.2	Dekonstruktion des Body-Mass-Index.....	26
3.2.3	Stigmatisierung von Dicken und Auswirkungen von Gewichtsdiskriminierung	26
3.3	Neue Bewegungen und alternative Modelle	30
3.3.1	Fat-Acceptance Bewegung	30
3.3.2	Fat Studies	31
3.3.3	Health at Every Size.....	33
3.4	Pädagogik.....	35
3.4.1	Biopedagogy	35
3.4.2	Fat Pedagogy	37
3.5	Einstellungen gegenüber adipösen Schüler*innen.....	38
4	Qualitative Erhebung	42
4.1	Expert*inneninterview	42
4.1.1	Erhebungsmethode und Leitfaden	42
4.1.2	Untersuchungskollektiv und Durchführung.....	43
4.2	Narratives Interview mit Jugendlichen	44
4.2.1	Erhebungsmethode und Leitfaden	44
4.2.2	Untersuchungskollektiv und Durchführung.....	44
4.3	Auswertungsmethode	45

5 Darstellung und Auswertung der Daten	46
5.1 Ergebnisdarstellung und Interpretation.....	54
5.1.1 Expert*innen.....	54
5.1.1.1 Übergewicht und Adipositas.....	54
5.1.1.2 Die Arbeit im Reha-Zentrum	57
5.1.1.3 Interventionen	60
5.1.1.4 Neue Perspektiven.....	63
5.1.2 Jugendliche	63
5.1.2.1 Alltag der Jugendlichen.....	64
5.1.2.2 Alltag im Reha-Zentrum.....	65
5.1.2.3 Sporttreiben.....	66
5.1.2.4 Schule.....	66
5.1.2.5 Sportunterricht	68
5.1.2.6 Gefühle und Emotionen.....	70
6 Zusammenfassende Aussagen zu wirksamen schulischen Interventionen zur Sensibilisierung	71
6.1 Bewegung und Sport	72
6.1.1 Individualisieren und Differenzieren	72
6.1.2 Individueller Bezugsrahmen für Benotung	73
6.1.3 Freude an der Bewegung	74
6.1.4 Sinn von Bewegung und Sport.....	74
6.1.5 Sportliche Aktivitäten zwischendurch.....	75
6.1.6 Schnuppertrainings der Vereine	75
6.1.7 Sensibilisierung im Sportunterricht.....	75
6.2 Ernährung	76
6.2.1 Ernährungsschulung	77
6.2.2 Gesunde Pausen und Jausen	77
6.3 Sensibilisierung für Adipositas und Übergewicht.....	77
6.4 Grenzen und Herausforderungen	80
7 Zusammenfassung und Ausblick	82
Literaturverzeichnis	84
Abbildungsverzeichnis.....	88
Tabellenverzeichnis.....	88
Anhang	89
Interviewleitfaden für das Expert*innen-Interview	89
Interviewleitfaden für das narrative Interview mit den Jugendlichen	91
Eidesstattliche Erklärung	93

1 Einleitung

Das Thema Adipositas und ihre Auswirkungen sind heiß begehrte Themen für Diskussionen vor allem in den Medien. Leider hinterfragen nur wenige Menschen was wirklich dahintersteckt. Der Begriff einer Adipositas-Epidemie schwirrt durch soziale Medien, unterschiedliche Artikel und Bücher und wird einerseits als Konsequenz eines modernen, westlichen Lebensstils angesehen und andererseits als globale Gesundheitskrise. Infolgedessen plädieren nun Expert*innen aus unterschiedlichen Gebieten für Veränderungen unserer Lebensweise. Fehlende körperliche Aktivität und schlechte Ernährung gelten als Hauptursachen für den raschen Anstieg an Fettleibigkeit und ein sitzender Lebensstil vor Fernseher, Computer oder Handy ist ausschlaggebend für die Steigerung der Anzahl von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen (Gard & Wright, 2005).

Die Schule ist ein Ort, an dem Kinder und Jugendliche viel Zeit verbringen. Gerade deshalb, sollte hier eingeschritten werden und Maßnahmen ergriffen werden. Diese sollten nicht nur nach den traditionellen Perspektiven dem Problem Adipositas versuchen zu entgegnen und dieses zu vermeiden, sondern nach den modernen Ansichten das Thema kritisch betrachten und sensibilisieren, um übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche zu unterstützen. Schon kleine Interventionen können einen großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Einstellungen gegenüber diesem Thema haben (Brown et al., 2019). Die meisten Studien berichten über Interventionen zur körperlichen Aktivität und Ernährung. Wenn man sich jedoch Reha-Zentren anschaut, welche im Bereich Adipositas arbeiten, kommt noch der ärztliche und vor allem aber auch der psychosoziale Aspekt hinzu. Dieser wird oft vernachlässigt und bei Interventionen nicht berücksichtigt. Jedoch zeigten auch Brown et al. (2019) auf, dass gerade Strategien zur Verbesserung der gesunden Ernährung und der körperlichen Aktivität von Kindern in Verbindung mit psychosozialer Unterstützung und Umweltveränderungen am vielversprechendsten sind (Brown et al., 2019). In pädagogischen Settings wie der Schule wären dies in Folge pädagogisch begründete und settingbezogene Zugänge, die hier zielgruppenadäquat umgesetzt werden.

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Laut aktuellen Berichtes der Childhood Obesity Surveillance Initiative (2021) ist jedes vierte bis sechste Volksschulkind in Österreich übergewichtig oder adipös. Das kann viele Ursachen und auch Auswirkungen haben (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021). Essen, vor allem Süßigkeiten, wird oft als Belohnung oder als Stressabbau gesehen. Lebensmittel werden mit vielen künstlichen

Stoffen produziert, wie Geschmacksverstärker und Süßungsmittel, welche die Sucht nach bestimmtem Essen fördern. Zusätzlich kommt die Steigerung des Konsums mit dem Smartphone und Laptop hinzu und ein sitzender Lebensstil verstärkt den Bewegungsmangel, der ohnehin schon vorliegt. Traditionelle Perspektiven und Interventionen zeigen auf, dass die körperliche Aktivität erhöht werden muss und die Ernährung umgestellt werden muss, um dem Problem Adipositas entgegenwirken zu können. Neue, moderne Perspektiven, wie die Fat Studies und Fat Pedagogy, plädieren für eine Sensibilisierung des Themas und kritische Auseinandersetzung mit dem Adipositas-Diskurs.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Behauptungen, dass Ernährung und Inaktivität Ursachen für den rasanten Anstieg von übergewichtigen und fettleibigen Menschen sind, kritisch zu betrachten und zu hinterfragen. Es ist von großer Wichtigkeit, dass die traditionellen Ansichten über das Thema Adipositas verbunden mit Bewegung und Ernährung aufgebrochen werden, kritisch betrachtet werden und alternative Perspektiven geschaffen werden. Um das zu verdeutlichen, erläutert diese Arbeit nicht nur die traditionellen Sichtweisen, sondern hinterfragt diese auch kritisch. Das Dicksein sollte eben nicht nur als Problem der öffentlichen Gesundheit betrachtet werden, sondern viel mehr als eine sozial, historisch, moralisch und politisch konstruierte Kategorie, welche mit den kulturellen Auffassungen von Geschlecht, Rasse, Klasse und geografischer Lage verbunden ist. Durch Expert*inneninterviews sollen Einblicke in die Arbeit von Therapeuten, welche im Bereich Adipositas arbeiten, gegeben werden. Es soll erforscht werden, inwieweit sich die Erfahrungen und die Arbeit des Therapiezentrums an den traditionellen Perspektiven orientieren, welche Ansätze in ihren Therapien verfolgt werden, welche Erfolge dadurch erreicht werden und ob sich die Erkenntnisse in der Schule anwenden lassen, jedoch mit Hinblick auf die Ideen und Einstellungen der Fat Studies und Fat Pedagogy. Es gibt bereits pädagogische Ansätze der Fat Pedagogy in Universitätssettings, aber noch keine Strategien und Interventionen wie die Ideen und Perspektiven der Fat Studies im schulischen Kontext umgesetzt werden können und welche Möglichkeiten der Fat Pedagogy es gibt. Außerdem gibt es bisher nur wenige Studien und generell wenig Wissen, wie übergewichtige Kinder und Jugendliche über das Thema und die erwarteten Normen denken und sprechen. Es ist wichtig, gelebte Erfahrungen in diesem Feld einzubeziehen. Deshalb werden für diese Arbeit auch Interviews mit übergewichtigen und fettleibigen Jugendlichen geführt, um ihre Erfahrungen im Alltag, in der Schule und im Sportunterricht zu analysieren. Ziel ist es, mit Hilfe dieser Interviews Interventionen für die Schule entwickeln zu können, um übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche innerhalb dieses Settings unterstützen zu können.

1.2 Forschungsfragen

Daraus ergeben sich folgende zwei Hauptfragen:

1. **Hauptfrage:** Welche schulischen Interventionen können mit der modernen Ansicht der Fat Studies gesetzt werden, um für Adipositas in der Schule zu sensibilisieren?
2. **Hauptfrage:** Welche Möglichkeiten und Grenzen haben Schulen, um das Thema Adipositas wirksam anzugehen, um übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche im schulischen Setting zu unterstützen?

1.3 Gliederung der Arbeit

In dieser Arbeit wird in einem ersten Kapitel über die Problemstellung und die Zielsetzung berichtet, um die Wichtigkeit dieser Arbeit zu verdeutlichen und die Forschungsfragen zu definieren. Im zweiten Kapitel werden die wichtigsten Begriffe dieser Arbeit, nämlich Gesundheit, Übergewicht und Adipositas erklärt und definiert. Dabei wird auch die Prävalenz der Adipositas und die Ursachen und Folgen näher beschrieben. Der Forschungsstand zum Thema Übergewicht und vor allem Adipositas wird im dritten Abschnitt dieser Arbeit erläutert. Dabei geht es um traditionelle Sichtweisen, wie Fettleibigkeit von der Gesellschaft gesehen wird, wie Übergewicht und Adipositas bisher präventiv behandelt wurden und welche herkömmlichen Lösungswege in der Schule bisher angewendet wurden. Um diese traditionellen Perspektiven aufzubrechen und kritisch zu betrachten, werden in einem weiteren Unterkapitel die neuesten Erkenntnisse und Sichtweisen zu diesem Thema dargelegt. Dazu gehört das Überdenken der Adipositas Epidemie, das Aufzeigen einer sozialen Konstruktion des Dickseins und die Stigmatisierung und Diskriminierung von dicken Menschen und ihre Auswirkungen. Um diesen traditionellen Perspektiven entgegenzuwirken, haben sich verschiedene Bewegungen, wie die Fat Acceptance Bewegung, Health at Every Size, die Fat Studies und Fat Pedagogy, etabliert, um übergewichtige und adipöse Menschen zu unterstützen und ihnen eine Stimme zu geben. Diese Initiativen werden in einem weiteren Unterkapitel näher erläutert. Anschließend werden unterschiedliche Wahrnehmungen von Lehrer*innen von übergewichtigen und fettleibigen Schüler*innen beschrieben, um aufzuzeigen, wie diese gesehen werden.

In Kapitel vier wird der methodische Teil dieser Arbeit beschrieben. Dabei wird auf die Erhebungsmethode und Datenauswertung der Expert*inneninterviews und der Interviews mit den Jugendlichen eingegangen und im Anschluss daran die Ergebnisse präsentiert, analysiert und im theoretischen Kontext diskutiert. Die Arbeit endet mit einer Darstellung der schulischen Interventionen sowie einem Ausblick mit Implikationen und

Handlungsempfehlungen für die weitere Umsetzung der Sensibilisierung des Themas Adipositas in der Schule.

2 Definitionen und Begriffserklärungen

2.1 Gesundheit

Die WHO definierte Gesundheit als ein noch völliges physisches, psychisches und mentales Wohlbefinden. Wichtig war, dass neben der körperlichen Dimension auch der Blick auf die Psyche und mentales Wohlbefinden gerichtet wird. Weiters hängt Gesundheit nicht nur vom Einzelindividuum ab, sondern auch von den Verhältnissen und sozialen Einflüssen der Umwelt ab (Purkarthofer, 2010). Dies bedeutet, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern auch positive Aspekte beinhaltet, wie zum Beispiel die Bewältigung des eigenen Lebens, eine psychische Ausgeglichenheit und die Möglichkeit soziale Beziehungen pflegen zu können (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

Die funktionale Gesundheit beschreibt „wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben“ (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Diese ist wichtig für ein autonomes und selbstständiges Leben auch im Alter. Kommt es zu Einschränkungen in der funktionalen Gesundheit, können Personen ihre gewohnten alltäglichen Tätigkeiten nicht mehr ausüben und werden pflegebedürftig (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Die Gesundheit kann durch unterschiedliche Einflussfaktoren beeinträchtigt werden. Dazu gehören nicht übertragbare chronische Krankheiten wie die Ernährung, eine körperliche Aktivität, das Rauchen, der Alkoholkonsum und Übergewicht und Adipositas. Für das Setting Schule wäre es jedoch sinnvoller danach zu fragen, was Menschen gesund hält und die dafür notwendigen Ressourcen für Kinder und Jugendliche zu stärken. Schule kann „sowohl als Schutzfaktor als auch Risikofaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden“ (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, S.59) angesehen werden. Die Schule hat die Aufgabe, die Schüler*innen mit Wissen auszustatten, sich in der Gesellschaft zurechtzufinden und sie mitzugestalten und Ressourcen für ihre eigene Gesundheit zu stärken. Laut der HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) Studie bewerten zwischen 74 % und 90 % aller befragten Schüler*innen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut (siehe Abbildung 1), jedoch sinkt die Lebenszufriedenheit der Schüler*innen mit zunehmendem Alter. Jedoch gab auch ein Fünftel an, an einer Erkrankung oder Belastung zu leiden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023).

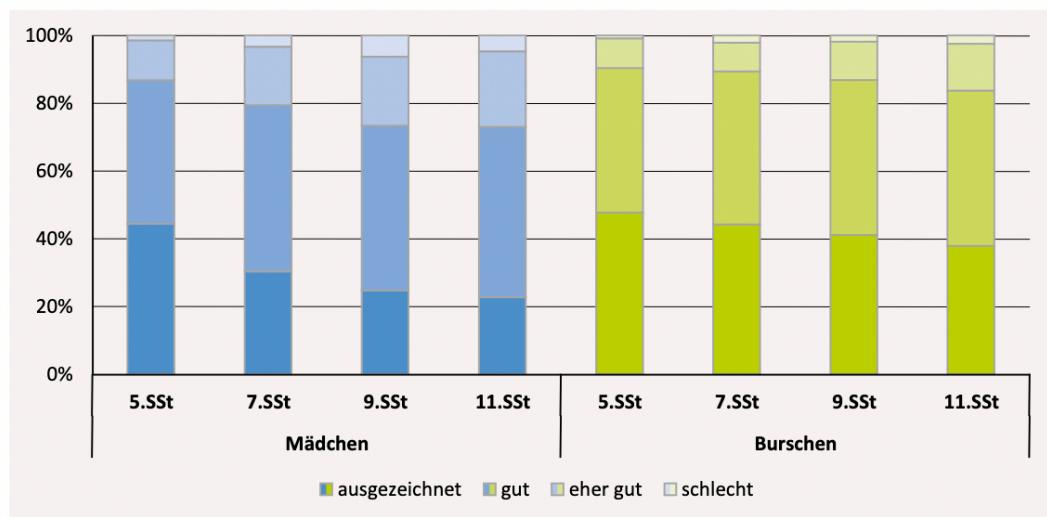


Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Schulstufe (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023)

2.2 Übergewicht und Adipositas

Im 19. Jahrhundert wurde damit begonnen, Körper, Essen und Bewegung zu vermessen. Aufgrund dieser Vermessungen wurde ein Normalkörper entworfen und es kam dazu, dass nicht alle Menschen diesem Normalkörper entsprachen und somit zu wenig oder zu viel Gewicht hatten. Übergewicht per Definition „zeigt ein Körpergewicht an, das über einer bestimmten Grenze liegt“ (Mackert, 2022b, S.473). Zusätzlich kann gesagt werden, dass Übergewicht das Ergebnis vieler Versuche ist, ein Normalgewicht der Menschen zu bestimmen (Mackert, 2022b). Weiters wird unter Übergewicht „eine Erhöhung des Körpergewichts durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Gesamtkörperfettanteils verstanden“ (Goebel & Schulz, 2006, S.479). Eine der genannten Ursachen für eine Steigerung des Gewichtes und der Körpermaße ist ein zu hoher Kalorienkonsum mit hohem Fettanteil. Kommt es zu einer Überschreitung des Ausmaßes, wird das Übergewicht als Adipositas oder Fettleibigkeit bezeichnet. Adipositas wird als ein „gesundheitsgefährdendes Übergewicht“ (Warschburger & Petermann, 2008, S.2) definiert und wurde 1997 von der WHO als Krankheit eingestuft (Goebel & Schulz, 2006). Auch aus medizinischer Sicht gilt Adipositas als chronische Krankheit. Einerseits kann das Label *Krankheit* als positiv angesehen werden, weil dadurch die Individuen aus ihrer eigenen Verantwortung gezogen werden, andererseits kann es aber auch als Verpflichtung angesehen werden, wieder gesund zu werden und dafür Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Neue Bewegungen, wie zum Beispiel die Size-Acceptance Bewegung, sehen das Label *Krankheit* eher als problematisch und als Stigma (Schorb, 2008). Außerdem spiegeln Übergewicht und Adipositas als Diagnose einerseits die Besorgnis einer Gesellschaft wider, die glaubt, dass das normative Aussehen ein Indikator für Gesundheit ist. Andererseits reproduziert die Macht der Medizin als Institution diese Angst, da sie die Besorgnis validiert

und ihr wissenschaftliche Glaubwürdigkeit verleiht. Die Diagnose ist von zentraler Bedeutung für die Art und Weise, wie die Medizin ihre soziale Kontrolle ausübt. Sie legitimiert das, was entweder der Einzelne oder die Gesellschaft als problematisch ansieht. Es gibt viele Branchen, die von der Überzeugung profitieren, dass Übergewicht eine Krankheit ist. Dies führt zu einer Produktwerbung, die auf dem Etikett der Krankheit basiert. Gewichtsreduzierung, Muskeltonus und Körperperfom sind oft starke Marker für Gesundheit. Gerade Fitnessstudios, Diät-, Kosmetik- und Pharmabranchen haben ein finanzielles Interesse daran, dass viele Menschen ihr Gewicht als problematisch ansehen. Der „Sieg“ ist nicht das Schlanksein, sondern der Glaube daran, dass Übergewicht eine Krankheit ist. Solange die Befürworter*innen des Übergewichts Menschen davon überzeugen, dass Dicksein eine selbst verursachte Krankheit ist, können sie einen gewissen Nutzen daraus ziehen, indem sie ihre Fitnessprogramme, Nahrungsergänzungsmittel, Ratgeber, Fernsehsendungen, Medikamente und Diätpläne verkaufen (Jutel, 2009).

Übergewicht und Fettleibigkeit werden anhand der Grenzwerte des Body Mass Index (BMI) definiert (Wabitsch & Moß, 2019). Der BMI ergibt sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die Körpergröße in Meter zum Quadrat (Warschburger & Petermann, 2008). Die WHO hat ein Klassifizierungssystem auf der Grundlage des BMI empfohlen. Mit einem BMI von 18,5 bis 24,9 gelten Personen als normalgewichtig. Menschen mit einem BMI über 25 kg/m² gelten als übergewichtig. Von einer Adipositas spricht man dann, wenn der BMI über 30kg/m² liegt (Björntorp, 2002). Die WHO hat jedoch weitere Gradeinteilungen der Adipositas vorgenommen. Bei Grad 1 haben Menschen einen BMI von über 30 bis 35kg/m², was bedeutet, dass ein deutliches Gesundheitsrisiko vorliegt. Grad 2 bedeutet einen BMI von über 35 bis 40kg/m², was wiederum in einem erheblichen Gesundheitsrisiko resultiert. Ein BMI über 40kg/m² wird als Grad 3 definiert und bedeutet ein extrem erhöhtes Gesundheitsrisiko (Purkarthofer, 2010).

Die Definition der WHO, dass Menschen mit einem BMI größer als 30 als adipös gelten, ist jedoch nicht ganz richtig, da der BMI das Körperfett ganz außen vorlässt, aus medizinischer Sicht Adipositas aber als „ein kritisch erhöhter Fettanteil an der Gesamtkörpermasse“ (Schorb, 2008, S.57) beschrieben wird. Oft wird eine erhöhte Fettmasse im Körper mit vielen Krankheiten assoziiert. Jedoch gibt es keine genaue Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit mit Bezug auf einen konkreten Körperfettmasseanteil und die Beziehung zwischen Körperfettmasse und Prävalenz verschiedener Krankheiten ist nicht linear. Es kommt immer darauf an, wo das Körperfett lokalisiert ist. Die Verfahren der Computertomographie oder Magnetresonanztomographie bestimmen solch eine Lokalisierung des Fettes im Körper, sind jedoch nicht überall verfügbar oder zu teuer für den regelmäßigen Einsatz. Viel bekannter und leichter durchzuführen sind anthropometrische Messungen, wodurch das Gesamtkörperfett durch den Body Mass

Index (BMI) geschätzt wird (Björntorp, 2002). Der BMI stellt für viele den wichtigsten Maßstab für die Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas dar (Goebel & Schulz, 2006), da er der am meisten verwendete und populärste ist (Schorb, 2008). Die Aussagekraft des BMI hat sich jedoch in den letzten Jahren relativiert und andere Faktoren, wie die Fettverteilung, wurden für die Einschätzung des Gesundheitsrisikos hervorgehoben, da der BMI nur das Gewicht-Längenverhältnis misst (Purkarthofer, 2010; Goebel & Schulz, 2006). Gerade für eine Vorhersage einer Gesundheitsgefährdung ist der BMI alleine daher nicht aussagekräftig, da er nicht auf die Verteilung des Körperfetts eingeht (Schorb, 2008). Da Menschen, welche eine erhöhte Muskelmasse besitzen, automatisch einen höheren BMI aufweisen und daher als übergewichtig oder sogar adipös gelten, ist die Berücksichtigung der Fettverteilung relevant (Goebel & Schulz, 2006). Aus medizinischer Sicht steigt bei Älteren der Fettanteil im Körper und ältere Menschen gelten als idealgewichtig mit einem BMI höher als 25, laut WHO gelten diese Personen aber als übergewichtig (Schorb, 2008).

Da der BMI alleine nicht aussagekräftig ist, wird bei Kindern und Jugendlichen auch nicht der BMI alleine bemessen, sondern auch die „alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen des BMI“ (Wabitsch & Moß, 2019: 15) werden berücksichtigt. Deshalb ist in diesen Altersstufen auf die geschlechtsspezifische Altersperzentile zu achten. Zwischen der 90. und 97. Perzentile gelten Kinder und Jugendliche als übergewichtig, über 97 als adipös und über 99,5 als extrem adipös (Warschburger & Petermann, 2008, Wabitsch & Moß, 2019).

2.2.1 Prävalenz von Adipositas

Die Prävalenz von Adipositas ist in den letzten Jahren besonders gestiegen. Daten der NCD-RisC zeigen, dass zwischen 1975 und 2016 die Adipositas-Prävalenz von 0,7% auf 5,6% bei Mädchen und von 0,9% auf 7,8% bei Buben gestiegen ist. Im Jahr 1975 waren 5 Millionen Mädchen und 6 Millionen Buben im Alter zwischen 5 und 19 Jahren auf der ganzen Welt fettleibig. Im Jahr 2016 waren 40 Millionen Kinder unter 5 Jahren und 330 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 19 Jahren übergewichtig und fettleibig (Di Cesare et al., 2019).

Schaut man auf die Ergebnisse in Österreich, lässt sich auch hier eine hohe Prävalenz erkennen. Laut Österreichischem Ernährungsbericht 2008 (Elmadfa, Freisling, Nowak & Hofstädter 2009) waren in diesem Jahr 19% der 6- bis 15- Jährigen, 42% der 18- bis 65-jährigen Erwachsenen und 40% der 65- bis 85-Jährigen übergewichtig. Von den 19% der Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahren waren 8% adipös (Elmadfa et al., 2009). 2017 zeigt der Österreichische Ernährungsbericht (Rust, Hasenegger & König, 2017), dass 41% der untersuchten 18- bis 65-Jährigen in Österreich übergewichtig beziehungsweise adipös

waren. 28,9% davon waren übergewichtig und 12,1% fettleibig. Abbildung 1 zeigt eine detaillierte Auflistung der Prävalenz von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Alter und Geschlecht. Wie dieser Abbildung zu entnehmen ist, treten Übergewicht und Adipositas häufiger in einer höheren Altersklasse auf als bei jüngeren (Rust et al., 2017).

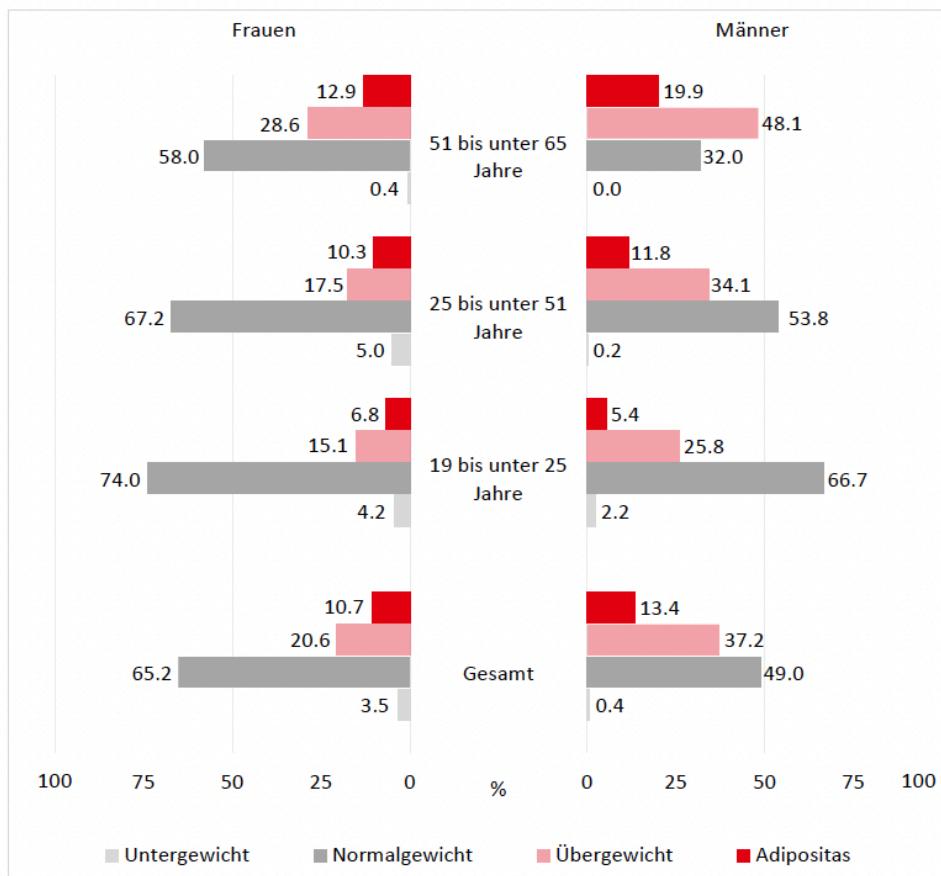


Abbildung 2: Prävalenz von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Alter (Rust et al., 2017, S.14)

Im Vergleich zu den Ergebnissen der letzten Ernährungsberichte von 2008 und 2012 zeigt der Bericht von 2017 nur eine geringe Veränderung der Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit, wie Abbildung 2 zu entnehmen ist. Jedoch muss beachtet werden, dass 2008 nur Selbstangaben berichtet wurden, 2012 und 2017 wurden die Daten hingegen gemessen wurden (Rust et al., 2017).

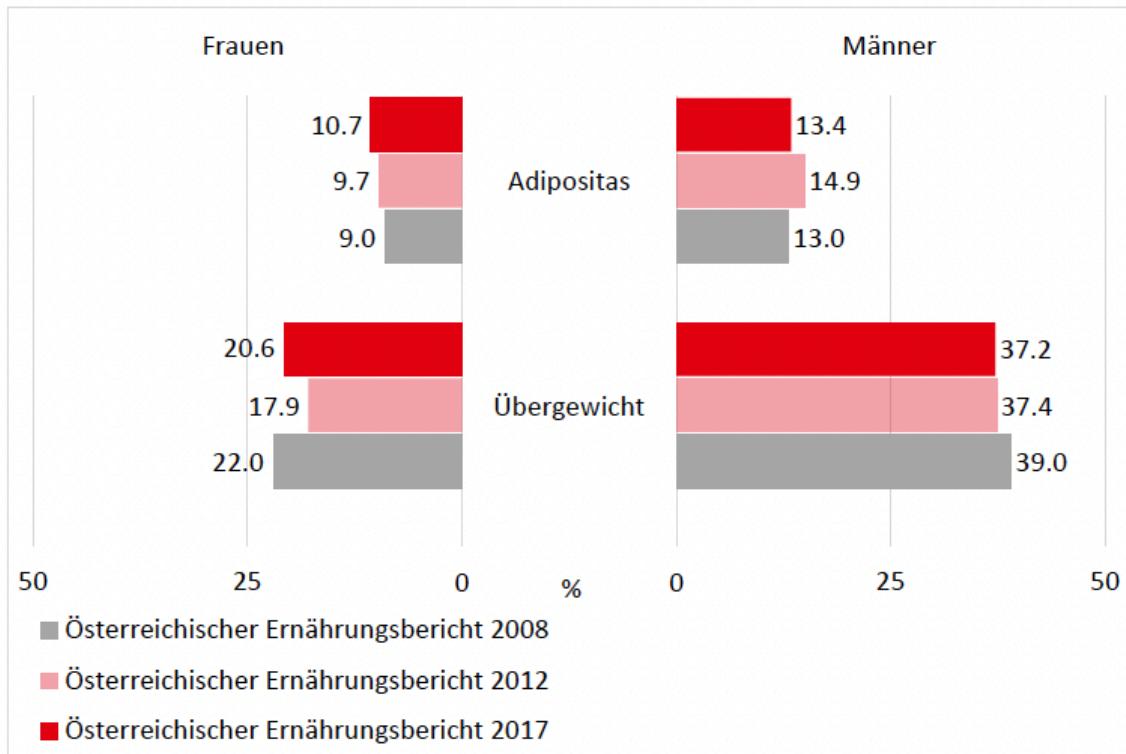


Abbildung 3: Ergebnisvergleich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas 2008, 2012, 2017 (Rust et al., 2017, S.15).

Einen Anstieg der Prävalenz zeigt die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Laut der WHO-Definition waren 18,1% der Männer und 15,2% der Frauen adipös. Seit der letzten Befragung im Jahr 2014 ist der Anteil an fettleibigen, männlichen Personen um 2,2 Prozent gestiegen und bei Frauen um 1,9 Prozent. Eine genaue Auflistung nach Alter und Geschlecht kann der Abbildung 3 entnommen werden. Auch hier wird deutlich, dass mehr ältere Menschen übergewichtig und adipös sind, wobei ab 75 Jahren der Anteil an adipösen Menschen wieder zurückgeht. Die Statistik zeigt außerdem, dass bei der Gesundheitsbefragung 2019 fast 30% der Männer im Alter zwischen 15 und 29 Jahren übergewichtig und fast 10% der Männer adipös waren. Bei den weiblichen Personen gaben 16% an übergewichtig zu sein und fast 7% waren adipös. Wird die Prävalenz von Übergewicht bei älteren Menschen betrachtet, so wird deutlich, dass der Anteil an übergewichtigen und fettleibigen Personen im Alter zunimmt. Männer zwischen 45 und 74 Jahren und Frauen zwischen 60 und 72 Jahren waren am häufigsten adipös. Wobei gesagt

werden muss, dass ab 75 Jahren der Anteil an adipösen Menschen wieder zurückgeht. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen der Österreichischen Ernährungsberichte.

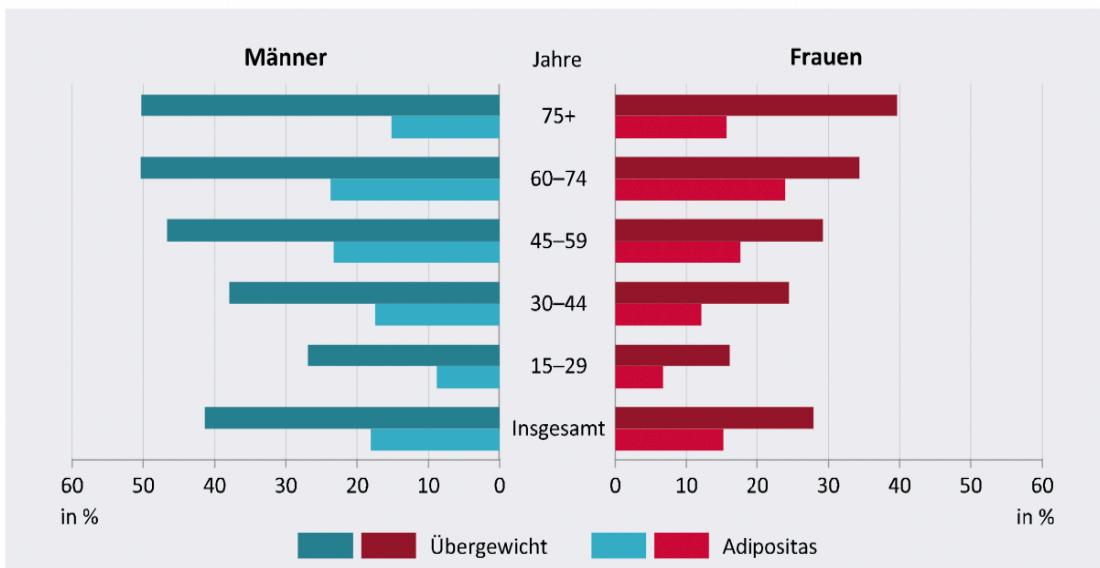


Abbildung 4: Prävalenz von Übergewicht bzw. Adipositas 2019 nach Alter und Geschlecht (Statistik Austria, 2019).

Die Gesundheitsbefragung 2019 lieferte noch weitere interessante Ergebnisse im Hinblick auf Übergewicht und Adipositas. Körperliche Beschwerden wurden von adipösen Menschen häufiger erwähnt als von normalgewichtigen. Erkrankungen, wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Probleme und Gelenksbeschwerden sind teilweise auf ein starkes Übergewicht zurückzuführen. Adipöse Menschen litten häufiger unter einem erhöhten Blutdruck. 43,5 % waren davon betroffen, im Gegensatz dazu nur 11,7% der Normalgewichtigen und 26% der Übergewichtigen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Weitere Auswirkungen, aber auch die Ursachen von Adipositas, werden im nächsten Unterkapitel näher ausgeführt.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Zahl der übergewichtigen und adipösen Menschen im Alter steigt, wie auch anhand der Statistik herauszulesen ist. Daher ist es wichtig, schon in frühen Jahren zu schauen, wie Kindern und Jugendlichen in dieser Thematik geholfen werden kann und wie man diese unterstützen kann.

2.2.2 Ursachen und Auswirkungen von Adipositas

Zu den Hauptursachen für die weltweit rasche Zunahme von Übergewicht und Fettleibigkeit gehören der Wandel der Ernährungssysteme und eine Verringerung der körperlichen Aktivität. Dazu gehört der globalisierte Markt und kommerzielle Interessen, die die Produktion und den Vertrieb von energiereichen Lebensmitteln begünstigen, aber auch ein eingeschränkter politischer Wille, die wirtschaftlichen Ursachen für dieses Problem zu

bekämpfen. Energiereiche und preiswerte Lebensmittel und Getränke lassen sich oft leichter produzieren und vermarkten als frische Lebensmittel. Die Inaktivität bei Kindern und Jugendlichen steigt durch einen sitzenden Lebensstil und durch weniger Möglichkeiten zur aktiven Bewegung im Alltag. Gerade Jugendliche entscheiden immer mehr selbst, welche Lebensmittel sie zu sich nehmen wollen und wie viel Sport sie treiben (Di Cesare et al., 2019).

Weiters spielen auch genetische Faktoren eine Rolle bei einer Gewichtserhöhung (Di Cesare et al., 2019). Studien an Zwillingen, welche in unterschiedlichen Umgebungen aufgewachsenen sind, haben gezeigt, dass die genetische Veranlagung zu 60-80% für eine Gewichtszunahme verantwortlich sein könnte, jedoch werden die Gene für Übergewicht bei den meisten Kindern dort zum Ausdruck gebracht, wo die Umwelt ihre Ausprägung begünstigt. Diese fettleibigkeitsfördernden Umweltfaktoren werden als *obesogen* bezeichnet. Grafisch ausgedrückt lässt es sich so erklären: „a child's genetic make-up 'loads the gun' while their environment 'pulls the trigger' (Lobstein, Baur & Uauy, 2004, S.5). Das bedeutet, dass der Wandel der Umwelt Übergewicht und Adipositas begünstigen kann (Lobstein et al., 2004). Weitere Faktoren für die Fettleibigkeit bei Kindern sind auch der Gesundheits- und Gewichtszustand der Mutter in der Schwangerschaft und schnelle Veränderungen des Gewichtsstatus im Säuglingsalter (Lobstein et al. 2004, Di Cesare et al., 2019). Das Zusammenspiel dieser genetischen Faktoren, der Umweltfaktoren, verhaltensbedingten Faktoren, sozialkulturellen und psychosozialen Faktoren sind ausschlaggebend für die weltweite Erhöhung der Fettleibigkeit.

Gerade in der Kindheit und im Jugendalter hat Übergewicht und Adipositas erhebliche Folgen (Di Cesare et al., 2019). Zu den meist verbreiteten negativen Auswirkungen von Adipositas gehören die psychosozialen Folgen (Dietz, 2002). Zu diesen Folgen gehören psychische Begleiterscheinungen wie Depressionen, Angstzustände, ein geringes Selbstwertgefühl und verschiedene emotionale Verhaltensauffälligkeiten (Di Cesare et al., 2019). Ursache dieser Folgen sind Diskriminierungen und Mobbing. Gerade dicke Kinder und Jugendliche werden oft das Ziel von Mobbing, welches negative Auswirkungen für alle Beteiligten hat, jedoch sind direkte Opfer besonders geschädigt und erleiden psychosoziale Folgen (Rothblum, 2017). Weiters kann Mobbing zu lebenslangen Folgen führen und die körperliche Gesundheit beeinträchtigen. Mobbing trifft nicht isoliert auf, sondern in komplexen Beziehungen zwischen der Familie, Gleichaltrigen, der Schule und der Gemeinschaft. Solange eine gewichtsbezogene Unterdrückung akzeptiert wird und Körpergrößen und das Gewicht des Körpers so eng definiert bleiben, werden Jugendliche, welche nicht der Norm entsprechen, weiterhin in den Mittelpunkt gestellt und Ziel für Mobbing sein (Weinstock & Krehbiel, 2020). Weitere Folgen von Übergewicht und Adipositas sind Asthma, Entzündungen und Muskel-Skelettplaeme. Langfristige Folgen

betreffen vor allem das kardiovaskuläre System. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Probleme, Typ-2-Diabetes mellitus und verschiedene Krebsarten wird durch Übergewicht und Fettleibigkeit ebenfalls erhöht (Manson, Skerrett & Willett, 2002, Di Cesare et al., 2019). Diesen Auswirkungen von Adipositas sollte entgegengewirkt werden, um Kinder und Jugendliche zu schützen und zu unterstützen.

3 Forschungsstand

Im theoretischen Teil der Arbeit werden einerseits die herkömmlichen Sichtweisen zum Thema Übergewicht und Adipositas näher beschrieben und mit Studien belegt, andererseits werden die neuesten Perspektiven und Ansichten genauer erläutert und in Opposition gestellt.

3.1 Traditionelle Perspektiven

Traditionelle Sichtweisen zum Thema Adipositas sehen Fettleibigkeit als Problem der Gesellschaft, welches gelöst und behandelt werden muss. Wie das Thema genau betrachtet wird und welche Interventionen bisher durchgeführt wurden, werden in weiteren Unterkapitel erläutert und diskutiert.

3.1.1 Adipositas als globale Epidemie

Im Jahr 1994 wurde in den USA durch den unerwarteten Anstieg des BMIs und dessen Zusammenhang mit einem hohen Körpergewicht zum ersten Mal von einer Epidemie gesprochen (Schorb, 2022b; Wright, 2009). Einerseits wurde von einer Epidemie wegen der hohen Prävalenzen und der Daten des BMI gesprochen, andererseits wegen der gesundheitlichen und ökonomischen Folgen (Schorb, 2008). Fettleibigkeit wurde zum ersten Mal als ernsthaftes Gesundheitsproblem deklariert. Zahlreiche Artikel erschienen und der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gewicht und die Auswirkungen auf die Wirtschaft wurden verdeutlicht (Wright & Harwood, 2009). Drei Jahre später übernahm auch die WHO diesen Ausdruck und führte daraufhin neue BMI-Grenzwerte ein. Die Definition einer Epidemie wurde jedoch bald wortwörtlich genommen. Von einer Epidemie wird normalerweise nur dann gesprochen, wenn es sich um eine Infektionskrankheit handelt. Natürlich wurden keine Viren gefunden, jedoch obesogene Umweltfaktoren, das heißt, Stoffe und Faktoren, welche dick machen können, wie zum Beispiel wenig sportliche Freizeitangebote, fettige und süße Ernährung in Schulen, wenig Obst und Gemüseversorgung in den Geschäften und viele Fastfood-Restaurants. In den USA wurden in einigen Städten und Stadtteilen Fastfood Ketten untersagt, um somit „Ansteckungsherde“ (Schorb, 2022b: 40) zu neutralisieren. Dieser Versuch scheiterte jedoch und die Erhöhung des BMIs der Menschen stieg weiter an. Im Anschluss gab es verschiedene Varianten der Epidemie-Bekämpfung, die einen sprachlos werden ließen. Der Gipfel dieser „Bekämpfung“ waren Behauptungen, dass dicke Menschen nicht nur für den Zusammenbruch des Gesundheitswesens und den Rückgang der Lebenserwartung verantwortlich seien, sondern auch für den Welthunger und der Klimaerwärmung. Es gibt noch heute absurde Schuldzuweisungen an dicke Menschen (Schorb, 2022b). Der Begriff der Adipositas-Epidemie kann jedoch nur bestehen bleiben, solange Fettleibigkeit als Katastrophe

angesehen wird. Wenn es „nur“ als Problem oder sogar als Phänomen betrachtet wird, ist dieser Begriff nicht angemessen (Schorb, 2008). Kritische Ansichten plädieren für das Umdenken und Aufbrechen dieser Epidemie (Brownell, 2002, Gard & Wright, 2005b, Rich et al., 2011).

3.1.2 Adipositas als selbstverschuldetes Fehlverhalten

Dicksein wurde lange Zeit positiv assoziiert mit Gesundheit und Wohlstand (Rose & Schorb, 2017), da sich nur reiche Menschen gutes und viel Essen leisten konnten. Dadurch galt der dicke Körper als schön und gesund. Als sich jedoch die breite Masse viel Essen leisten konnte, änderte sich das ideale Bild des Körpers und der dicke Körper wurde mit negativen Zuschreibungen, wie dumm und hässlich, assoziiert (Rothblum, 2017, Rose & Schorb, 2017). Diese Einstellung war vor allem im 20.Jahrhundert sehr präsent, als sich immer mehr Menschen an einem Idealgewicht orientierten und sich mit Schönheitsidealen verglichen (Goebel & Schulz, 2006). Dicke Menschen gelten als Belastung und werden in die persönliche Verantwortung gezogen, selbst an ihrem Körper zu arbeiten, um dieses Idealgewicht zu erreichen. Neben den Begriffen wie Rassismus und Sexismus wird über einen *Fatismus* gesprochen, welcher dicke Menschen negativ stigmatisiert (Rose & Schorb, 2017). Vor allem Anfang des 20.Jahrhunderts wurde Übergewicht pathologisiert und nicht nur als Gefahr für die individuelle und gesellschaftliche Gesundheit angesehen, sondern auch als Scheitern des Individuums betrachtet (Mackert, 2022b). Ernährung und das Essen spielen bei der Regulierung des Körpergewichts eine große Rolle. Gerade in westlichen Ländern ist dieses Thema weit verbreitet und wird in Verbindung mit Gesundheit gebracht. Oft wird nur auf die Input- und Output-Regelung geschaut, anstatt genauer hinter die Zusammenhänge von Nahrung, Körperfett, und Gesundheit zu blicken. Die Input- und Output-Regelung beschreibt die Beziehung zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch. Ist diese Beziehung ausgeglichen, bleibt das Körpergewicht konstant, ist diese im Ungleichgewicht, kann es zu Untergewicht oder Übergewicht kommen. Die Autoren Wright und Harwood kritisieren den Ansatz, dass dicke Menschen oft als Figuren des Scheiterns verstanden werden, weil diese eine Regulierung ihres Essverhaltens nicht schaffen und ihre Energiebilanz nicht ausbalanciert ist (Wright & Harwood, 2009, Möhring, 2022b). Man ist der Meinung, dass nur ganz bestimmte Menschen adipös werden, nämlich die, welche auch sonst im Leben an Herausforderungen scheitern würden. Dadurch, dass das ein Übergewicht und Adipositas als ein Scheitern in der Öffentlichkeit angesehen werden, gibt es für eine gewichtsbedingte Diskriminierung kaum Sanktionen. Gerade in einer Leistungsgesellschaft, so wie wir sie heute kennen, gelten Selbstkontrolle und Eigenverantwortung als Rechtfertigung für die Begründung von sozialer Ungleichheit

(Schorb, 2017). Studien zeigen, dass gerade sozial benachteiligte Personen überdurchschnittlich oft von Übergewicht betroffen sind (Schorb, 2008).

3.1.3 Interventionen bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Da Übergewicht und Adipositas zu den größten globalen Problemen der Gesundheitssysteme zählen und unterschiedliche Erkrankungen zur Folge haben, spielt Prävention eine große Rolle und gilt als wichtige und wirksame Maßnahme zur Bekämpfung von Fettleibigkeit (Wabitsch & Moß, 2019, Schmidt-Semisch, 2022b). Laut WHO lässt sich die Prävention in eine universelle oder allgemeine, selektive und gezielte oder indizierte Prävention unterscheiden. Eine universelle Prävention richtet sich an große Populationen. Dabei werden Maßnahmen in unterschiedlichen Settings durchgeführt, wie Schulen, Kindergärten, Vereinen und Familien. Im Gegensatz dazu richtet sich die selektive Prävention an bestimmte Individuen, welche zu Risikogruppen zählen. Dazu gehören Kinder und Jugendliche von übergewichtigen Eltern, aber auch Kinder und Jugendliche, welche schon übergewichtig sind. Zu der gezielten oder indizierten Prävention zählen ebenfalls Risikogruppen, welche jedoch einen gesicherten Risikofaktor aufweisen (Graf & Starke, 2009). Weiters unterscheidet man zwischen der kontextbezogenen und der individuumbezogenen Prävention. Ersteres richtet sich an die unterschiedlichen Settings und das gegebene Umfeld. Ziel dabei ist die Beeinflussung von potenziellen Risikofaktoren im Lebensumfeld. Zweiteres richtet sich auf das Individuum selbst (Graf & Starke, 2009). Gerade Kinder und Jugendliche sind immer mehr in das Blickfeld der Forschungen gerückt, da es gerade in diesem Alter besonders wichtig ist, präventiv zu handeln. Viele Länder intervenieren bereits und Schulen und Kindergärten versuchen gesündere Ernährung und Sport zu etablieren und viele Personen für dieses Problem zu sensibilisieren (Schmidt-Semisch, 2022b).

Verschiedene Expertengruppen in Deutschland haben sich zusammengeschlossen und Leitlinien zur Therapie und Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter erstellt. Ziele davon sind die Stärkung des Bewusstseins für die Krankheit Adipositas, die Hilfestellung für Therapeuten und Patienten und die Bereitstellung von „Informationen und Empfehlungen zur Prävention und Therapie der Adipositas für alle im Gesundheitswesen sowie in der Gesundheitspolitik tätigen Personen“ (Wabitsch & Moß, 2019: 8). Wenn Adipositas als Krankheit angesehen wird, wird selbstverständlich auch immer von einer Behandlung und Bekämpfung der Krankheit gesprochen. Im Erwachsenenalter wird die Behandlung von Adipositas als schwierig erachtet. Daher sind viele Experten der Meinung, dass damit im Kindesalter begonnen werden und präventiv gehandelt werden sollte, um Übergewicht und Adipositas zu verhindern (Di Cesare et al., 2019). Hochwertige

Erkenntnisse über wirksame Strategien und Maßnahmen zur Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen werden benötigt, um die steigende Prävalenz und die gravierenden gesundheitlichen Folgen zu minimieren und bestenfalls zu stoppen (Mulrine, 2013). Die WHO hat als eines der sechs globalen Ernährungszielen das Ziel „keine Zunahme von Übergewicht bei Kindern bis 2025“ gesetzt. Das gleiche Ziel wurde für Fettleibigkeit und Diabetes zwischen 2010 und 2025 im Globalen Aktionsplan für die Prävention und Kontrolle von nicht übertragbaren Krankheiten gesetzt (Di Cesare et al., 2019). Einige Untersuchungen zur Prävention von Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen ergaben nur uneinheitliche Ergebnisse (Wang et al., 2015).

2013 untersuchten Kelley und Kelley in einer Metaanalyse verschiedene Studien, welche sich mit den Auswirkungen von Bewegung auf die Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen befassten. Ergebnisse zeigten, dass durch Bewegung der prozentuale Körperfettanteil verringert wurde. Jedoch ergab die Analyse auch, dass es keine aussagekräftigen und ausreichenden Belege dafür gibt, dass Bewegung und Sport auch die BMI-Werte, Körpergewicht und die zentrale Fettleibigkeit verbessert (Kelley & Kelley, 2013). Zwei Jahre später untersuchen Kelley, Kelley und Pate in einer weiteren Metaanalyse 20 Kontrollstudien und kamen dann zu dem Ergebnis, dass nur durch ein 13-wöchiges Training der BMI bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen reduziert wurde (Kelley et al., 2015). Im selben Jahr kamen Brown, Smith, Bhopas, Kasim und Summerbell (2015) bei ihren Metaanalysen jedoch zu anderen Ergebnissen. Obwohl sich Trainingsinterventionen bei Erwachsenen als wirksam erwiesen und eine Verbesserung des Gewichts erkennbar war, gab es keine repräsentativen Effekte bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich ihres BMIs, Taillenumfang oder Gewicht (Brown et al., 2015).

Diese dargestellten Ergebnisse liefern ein uneinheitliches Bild hinsichtlich der Wirksamkeit von Bewegungsinterventionen. Somit lässt sich vermuten, dass eine Reduktion des Gewichts bei Kindern und Jugendlichen nicht nur durch Interventionsmaßnahmen, welche Bewegung und Sport beinhalten, zu erwarten ist. Jedoch ist eine Gewichtserhöhung nicht nur das Ergebnis einer fehlenden Bewegung. Fettleibigkeit bei Kindern ist auch auf ein Energieungleichgewicht zurückzuführen, bei dem die aufgenommene Energie die verbrauchte Energie übersteigt. Die Prävention von Fettleibigkeit ist daher von Faktoren abhängig, welche dieses Ungleichgewicht beeinflussen. Zu diesen Faktoren gehören auch Ernährungsgewohnheiten (Jago, Thompson, O'Donnell, Cullen & Baranowski, 2009). Studien über Interventionen zum Ernährungsverhalten sind jedoch schwieriger durchzuführen als Bewegungsinterventionen, da es einfacher ist, Menschen zum Sport zu motivieren als sie zu einer Veränderung ihrer Ernährungsgewohnheiten zu bringen oder eventuelle Essstörungen zu behandeln. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist eine

Änderung ihrer Essgewohnheiten schwierig, da diese meistens von den Eltern herbeigeführt und bestimmt werden (Höger, 2018). Als eine weitere Interventionsmaßnahme werden oft Diäten verschrieben. Historisch betrachtet waren zunächst einmal Diäten nur für weiße Männer gedacht, um so auch ihre Macht zu zeigen. Andere Personen, welche keine Diäten hielten und somit vielleicht auch ein höheres Körpergewicht hatten, unterlagen ihnen. Später begannen auch Frauen sich durchzusetzen und Diäten zu führen. So wurde ein schlanker Körper dann auch mit der Zeit ein Schönheitsideal. Versteckt sind Diäten heutzutage auch in unterschiedlichen Ernährungsapps und Fitnesstracker (Vester, 2022b). Eine Gewichtsveränderung sowie das Abnehmen sind nur Mittel, um den Fortschritt bei fettleibigen Personen bewerten. Das perfekte Ergebnis wäre, wenn eine Person ihr persönliches Idealgewicht erreicht und behält, sich gesund ernährt, sich mehr bewegt und Veränderungen im psychosozialen Bereich vornimmt. Jedoch ist ein perfektes Ergebnis nur selten. Die Berücksichtigung von Veränderungen in allen relevanten Bereichen ist wichtig, um fettleibige Personen mehr als nur als Gewicht und Risikofaktoren zu sehen (Brownell & Stunkard, 2002).

Mulrine (2013) gibt einen evidenzbasierten Überblick über verschiedene Metaanalysen, welche die Wirksamkeit von Strategien zur Prävention von Fettleibigkeit bei Kindern im Alter bis zu 12 Jahren aufzeigen. In diesen Metaanalysen geht es um Interventionen, welche die körperliche Aktivität und die Ernährung betreffen. Große Wirksamkeit zeigten Interventionen, welche sowohl die Ernährung als auch die körperliche Aktivität kombinierten, aber auch mehrere Settings umfassten. Diese Untersuchungen zeigten, dass ein in den Lehrplan integrierter Ernährungs- und Sportunterricht, mehr Bewegungseinheiten, ein großes Angebot an nahrhaften Lebensmitteln in den Schulen, Schulungen für Lehrer*innen und Kontakt zu den Eltern zu den vorteilhaften Interventionen gehören. In den meisten Studien wurden nur adipöse Kinder im Grundschulalter untersucht, und viel weniger Jugendliche. Außerdem wurde in fast allen Studien der Fokus auf körperliche Aktivität und Ernährung gelegt, die psychosoziale Komponente wurde ausgelassen (Mulrine, 2013). Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie von Wang, Cai, Wu, Wilson, Weston, Fawole, Bleich, Cheskin, Showell, Lau, Chiu, Zhang und Segal (2014), bei der sie systematisch die Wirksamkeit von Programmen zur Prävention von Adipositas bei Kindern untersucht haben und Ergebnisse über unterschiedliche Adipositas Präventionen liefern. Weiters haben sich die Autoren auf Länder innerhalb Amerikas mit hohem Einkommen und auf verschiedene Settings konzentriert. Die Adipositas Programme zielten speziell auf Ernährung und körperliche Aktivität ab. Interventionen, welche nur die Ernährung oder die körperliche Aktivität betroffen haben und in einer reinen Schulumgebung stattgefunden haben, ergaben eine mäßige Beweiskraft, Fettleibigkeit zu verhindern. Etwa die Hälfte dieser Studien berichtete über signifikante positive

Auswirkungen (Wang et al., 2015). Interventionen, welche nicht nur schulbasiert waren, sondern auch eine Heimkomponente miteingeschlossen haben, zeigten die besten Ergebnisse, nämlich eine Verringerung des BMIs (Wang et al., 2015). Generell wurde in dieser Studie herausgefunden, dass Interventionen mit mehreren Settings signifikant positive Ergebnisse erzielten. Ernährungsbezogene Interventionen zeigten positive Auswirkungen, während reine Sport-Interventionen einen geringeren Anteil an Erfolgen verzeichneten. Im Allgemeinen stimmen die Ergebnisse dieser Studie mit früheren Übersichten überein, wonach schulische Interventionen nicht dazu beitragen können, Übergewicht und Adipositas bei Kindern zu verhindern, jedoch zumindest zu minimieren (Wang et al., 2015).

Die meisten Interventionen betreffen Verhaltensänderungen vor allem in den Bereichen Ernährung und körperlicher Aktivität. Die Förderung von körperlicher Aktivität in Schulen mit ausreichenden Ressourcen ist wichtig für die Prävention von Übergewicht und Fettleibigkeit. Dies sind jedoch nur kleine Interventionen, die gesetzt werden können. Um das globale Problem zu lösen, braucht es Änderungen in der Werbung für Lebensmittel und eine Neuformulierung von Lebensmittel. Außerdem müssten politische Maßnahmen gesetzt werden, wie zum Beispiel die Einführung von Steuern auf zuckerhaltige Getränke. Mexiko war das erste Land, welches Steuern eingeführt hat und die Konsumierung zuckergesüßter Getränke war innerhalb der nächsten zwei Jahre um 8,2% gesunken. In Chile wurden Lebensmittelkennzeichen für Lebensmittel und Getränke mit hohem Zuckergehalt eingeführt. Lebensmittel und Getränke mit dieser Kennzeichnung wurden in Schulen verboten und die Vermarktung an Kinder unter 14 Jahren ebenfalls. Weiters bräuchte es Erleichterungen der Gewerbesteuer für die Erzeugung und den Vertrieb von frischen Lebensmitteln (Di Cesare et al., 2019).

Da man leider wenig Einfluss auf die politischen Maßnahmen zu diesem Thema hat, ist es umso wichtiger dort Maßnahmen zu setzen, wo es möglich ist (Di Cesare et al., 2019). Die Auswirkungen der Maßnahmen zur Prävention von Adipositas scheinen oft nur gering zu sein, jedoch haben auch schon kleine Effekte einen großen Einfluss auf die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung. Wichtig ist, dass die Maßnahmen und Strategien langfristig und konsequent durchgeführt werden (Mulrine, 2013). Gerade Kinder und Jugendliche sind in der Schule am leichtesten zu erreichen und daher ist die Schule ein ausgezeichneter Ort, um präventiv zu diesem Thema arbeiten zu können (Di Cesare et al., 2019).

Weiters gibt es einige Therapiestudien, welche zeigen, dass eine Therapie möglich ist, jedoch sind die erreichten Effekte auch eher gering. Das Problem bei diesen Studien waren eine geringe Teilnehmeranzahl und eine hohe Abbrecherquote (Wabitsch & Moß, 2019). Wie schon in den vorigen Studien ersichtlich wurde, zeigen jene Studien, welche

„kombinierte verhaltensorientierte Lebensstil-Interventionen“ (Wabitsch & Moß, 2019: 22) beinhalten, die meisten Erfolge bei der Reduktion von Übergewicht. Dazu gehören verschiedene Möglichkeiten zur Verhaltensänderung, wie zum Beispiel eine ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivitäten, eine Reduktion eines sitzenden Alltags, eine medizinische und interdisziplinäre Betreuung, Schulungen für die zuständigen Berater, Unterstützung des sozialen Umfeldes und Motivation aller Beteiligten (Wabitsch & Moß, 2019). Wichtig bei der Intervention ist die Kombination von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie (Goldfield & Epstein, 2002; Wabitsch & Moß, 2019) und das Einschließen der Familie je nach Alter (Wabitsch & Moß, 2019). Bei Studien dieser Art konnten langfristige Effekte, wie Gewichtsreduktion, welche zu einer Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren führte, eine Reduktion des Körperfettanteils und vor allem eine Steigerung der körperlichen Fitness und der aeroben und anaeroben Kapazität erzielt werden. Vor allem die Familie kann signifikant positiv dazu beitragen, wie die Therapieprogramme verlaufen und wirken (Wabitsch & Moß, 2019).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es Evidenz dafür gibt, dass Trainingsinterventionen allein keine aussagekräftigen, positiven Veränderungen erzielen können und daher eine Mischung aus verschiedenen Interventionen, welche unterschiedliche Faktoren, die Übergewicht und Adipositas beeinflussen, notwendig ist (Lobstein et al., 2004). Verhaltenspräventive Maßnahmen, wie die Steigerung der körperlichen Aktivität und eine gesunde Ernährung müsste man mit verhältnispräventiven Maßnahmen, wie die Veränderung von obesogenen Umweltfaktoren verbinden (Schmidt-Semisch, 2022b). Es wäre demnach zu hinterfragen, ob es wirklich ausreicht, nur Übergewicht und Adipositas präventiv zu behandeln oder „ob diese nicht durch eine Stigmatisierungsprävention ergänzt werden muss“ (Schmidt-Semisch, 2022b). Dabei ginge es dann wirklich um eine „Verhältnisprävention, nämlich um die Kritik und Überwindung der gesellschaftlichen Obesophobie“ (Schmidt-Semisch, 2022b). Diese kritischen Ansichten werden in einem späteren Kapitel noch genauer diskutiert und erläutert.

3.1.4 Herkömmliche Lösungswege in der Schule

Studien haben gezeigt, dass es einen positiven Fortschritt bei der Verbesserung in amerikanischen Schulen bezüglich des Schulessens und der körperlichen Aktivität gibt, jedoch noch viel mehr gemacht werden muss. In Amerika wird ganz genau beobachtet, was gegessen wird, um Übergewicht einzudämmen. Es bedarf noch strengerer Maßnahmen, um den Schüler*innen gesunde Mahlzeiten bereitzustellen und energiereiche und nährstoffarme Lebensmittel einzuschränken. Auch die Intensität und Dauer von sportlicher Betätigung an den Schulen muss erhöht werden (Story, Nanney & Schwartz, 2009).

Um Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern, aber auch zu behandeln, braucht es verschiedene Akteur*innen aus verschiedenen Bereichen. Schulen sind ein wichtiges Umfeld für Gesundheitsstrategien, um die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zu senken und zu verhindern. Natürlich können Schulen allein eine angebliche Adipositas „Epidemie“ bei Kindern und Jugendlichen nicht lösen, jedoch ist es auch unwahrscheinlich, dass das Problem ohne starke schulische Maßnahmen und Programme zur Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität aufgehoben wird. Kinder und Jugendliche verbringen die meiste Zeit im schulischen Setting, deshalb hat auch keine andere Institution so intensiven Einfluss auf diese Zielgruppe. Die Aufgabe der Schule ist es, die Schüler und Schülerinnen auch in sozialer Verantwortung zu unterrichten. Gesundheit und Bildungserfolg sind stark miteinander verbunden. Die primäre Aufgabe der Bildung kann nur stattfinden, wenn die Schüler und Schülerinnen gesund und fit sind. Die Schule kann einen Raum schaffen, in dem sich Kinder und Jugendliche gesund ernähren und sich aktiv und sportlich betätigen, aber auch lebenslange Fähigkeiten für ein gesundes und aktives Leben erwerben (Story et al., 2009).

Gerade die Verpflegung in der Schule hat einen großen Einfluss auf die Ernährung der Kinder und Jugendlichen. Zwischen 19 und 50 Prozent ihres Kalorienanteiles nehmen Kinder und Jugendliche in der Schule zu sich. Es gibt nicht nur Essensprogramme, wie zum Beispiel das Schulessen zu Mittag, sondern auch Lebensmittel und Getränke außerhalb dieser Programme, wie das Schulbuffet oder auch Verkaufsautomaten. Studien haben gezeigt, dass sich Verkaufsautomaten in Schulen oft negativ auf das Ernährungsverhalten auswirken und Schüler*innen weniger Früchte, Gemüse und Milchprodukte zu sich nehmen, dafür aber umso mehr Süßigkeiten und Softgetränke (Story et al., 2009). Körperliche Aktivität ist ein zweiter wichtiger Faktor im Bereich Adipositasprävention und – „behandlung“. Sie ist nicht nur für die körperliche Fitness und Gesundheit ein wichtiger Parameter, sondern unterstützt und verbessert auch die Lerneffizienz der Schüler*innen (Story et al., 2009).

Die Messung des Body-Mass-Index ist eine Hilfestellung bei der Findung von Maßnahmen zur Prävention. Die Messung zeigt nur den Stand der Körpermasse auf, die daraus abgeleiteten Folgeaktivitäten, wie zum Beispiel das Einbeziehen der Eltern, werden zur Prävention herangezogen. Die Messung des BMIs kann entweder durch eine Überwachung allein oder mit einem Screening durchgeführt werden. Diese Screenings sind jedoch umstritten, da diese nicht anonym sind und es daher zu ethischen Problemen kommen kann. Hierbei werden stark gefährdete Schüler*innen ermittelt und die erhobenen Informationen werden an die Eltern weitergegeben. Ziel der aus den Messungen abgeleiteten Sensibilisierungsmaßnahmen ist die Förderung des Verständnisses für die Gewichtsproblematik. Die Weitergabe von Gewichtsdaten ist nicht routinemäßig und wurde

auch kritisiert, da es unbeabsichtigte negative Folgen haben könnte, wie zum Beispiel strikte Diäten der Eltern für die Kinder. In Amerika wurden diese Messungen jedoch 2003 das erste Mal eingesetzt. Der BMI wurde im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen aber auch im Rahmen des Sportunterrichts gemessen. Leider gibt es nur wenige Studien, welche die Effektivität und die Auswirkungen untersucht haben, jedoch gibt es Ergebnisse, die gezeigt haben, dass in der Zeit von 2003 bis 2007 in Arkansas die Fettleibigkeitsrate bei Schulkindern nicht zugenommen hat. Ob dafür die Screenings und Messungen des BMI ausschlaggebend waren, ist dahingestellt, da es zu wenig aussagekräftige Beweise dafür gibt (Story et al., 2009).

Auch in England wurden Daten über die Körper der Schüler*innen erhoben und ihr Lebensstil überwacht, um die Ziele der Regierung zu erreichen. Dazu gehören Verfahren wie zum Beispiel die Einschränkung des Schulessens, ein regelmäßiges Wiegen, das Berechnen des BMIs, um diese mit anderen zu vergleichen, Schrittzähler, Herzfrequenzmessungen und viele weitere Überwachungsmethoden. Beschrieben wurden solche Verfahren von Wright mit dem Begriff der Biopädagogik (Rich, Evans & De Pian, 2011). Dieses Programm wurde unter dem Namen „National Child Measuring Programme“ in England in den Jahren 2005 und 2006 geführt. Im Jahr 2007 gab es Veränderungen, wobei die Ergebnisse dieser Messungen den Eltern übermittelt wurden, um zu Hause daran zu arbeiten. Die Studie von Rich et al. (2011) dokumentiert Aussagen von Teilnehmern über ihre Erfahrungen mit Überwachungsinstrumenten, wie das Wiegen oder Fingerabdruck-Screening zur Überwachung von Lebensmitteleinkäufen. Sie erzählten, dass Ernährungsgewohnheiten, Aktivitätslevel und das Gewicht auf verschiedene Weise überwacht wurden und die Beobachtungen aufgezeichnet und abstrahiert wurden, um zu einer Aussage über die Person zu gelangen. Die Person wurde aufgrund dieser Messungen bewertet und kategorisiert. Wenn ein Kind als übergewichtig eingestuft wurde, wurde es stärker überwacht, um Risiken vorzubeugen. Das große Problem dahinter war, dass Schüler*innen dadurch nicht die komplexe Beziehung zwischen Gewicht und Gesundheit verstanden haben, sondern der Körper einfach durch die Energieeingangs und Energieausgangs-Gleichung gelesen und eingestuft wurde. Diese Überwachungspraktiken warfen eine Reihe von ethischen Fragen auf, wie diese Techniken überhaupt eingesetzt werden und über die Folgen der Daten. Der Körper wird mit diesen Techniken auf eine „Wahrheit“ reduziert, welche die Grundlage für Entscheidungen über die Gesundheit der Kinder darstellt. Darum sollten und müssen Überwachungsstrategien gegen Fettleibigkeit, aber auch konzeptionelle Strategien dazu, überdacht werden (Rich et al., 2011).

Das „Centre for Disease Control and Prevention“ hat einige Maßnahmen zur Bekämpfung der Fettleibigkeit bei Kindern zusammengefasst. Am wichtigsten ist ein Schulgesundheitsprogramm, welches körperliche Aktivität und die Ernährung

berücksichtigt. Schulen können außerdem Ernährungs- und Bewegungsrichtlinien einführen und den Schüler*innen mehr Möglichkeiten geben, sich sportlich zu betätigen. Weiters können Schulen festlegen, dass gesundes Essen und Getränke zur Verfügung stehen und weniger Süßigkeiten greifbar sind (Story et al., 2009).

Geringe Effekte zeigen Setting-basierte edukative und verhaltenspräventive Maßnahmen, erforderlich sind deshalb die verhältnispräventiven Maßnahmen. Positive Effekte zeigen schulbasierte Interventionen, die gesunde Ernährung und körperliche Aktivität beinhalten, vor allem solche, die eine Umwelt schaffen, in der sich Kinder und Jugendliche wohl fühlen, motiviert werden, sich körperlich zu betätigen und sich gesund zu ernähren und dass Eltern auch zu Hause ein Umfeld zu schaffen, welches Kinder und Jugendliche motiviert, in der Freizeit körperlich aktiv zu sein, ausgewogen zu essen und weniger soziale Medien zu konsumieren. Da die Effekte solcher Interventionen meistens sehr gering waren und als eher wenig erfolgreich bewertet werden, ist das Augenmerk mehr auf verhältnispräventive Maßnahmen zu richten. Eine obesogene Lebenswelt wirkt negativ auf das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen (Wabitsch & Moß, 2019) und muss geändert werden. In der folgenden Tabelle gibt die Autorin eine zusammenfassende Darstellung der Ursachen und traditionellen Interventionen.

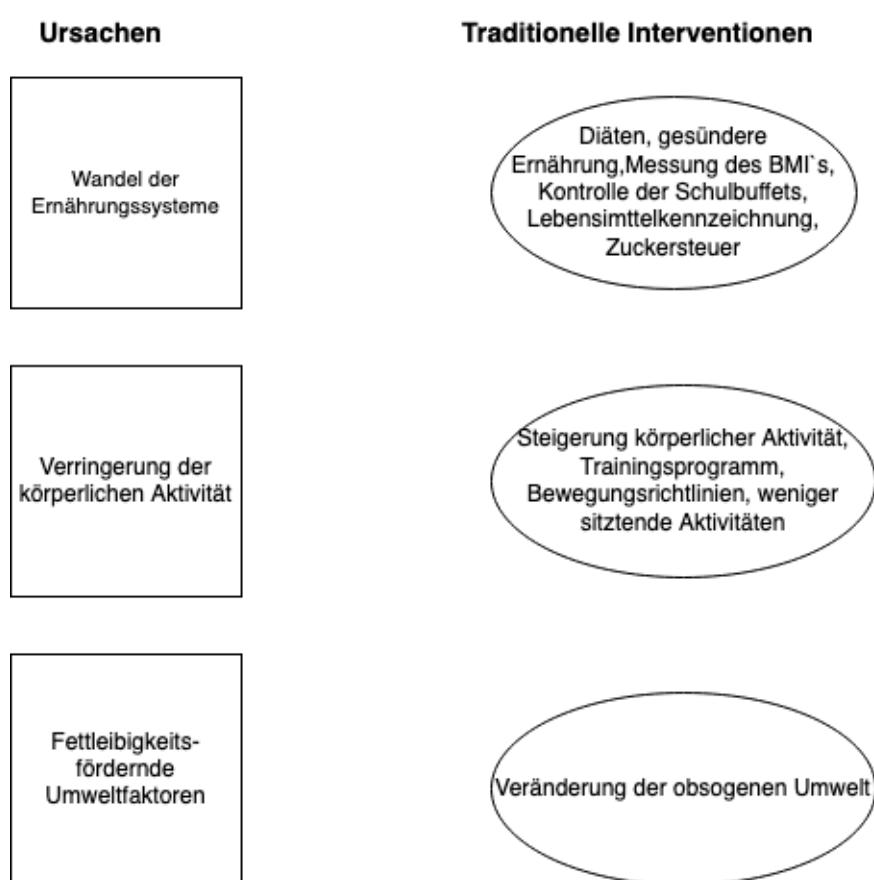


Abbildung 5: Zusammenfassende Darstellung der Ursachen und traditionellen Interventionen

3.2 Kritische Perspektiven

Es muss gesagt werden, dass die kritische Auseinandersetzung mit den traditionellen Perspektiven nicht als Verharmlosung der Gesundheitsgefahren von extremer Fettleibigkeit verstanden werden soll. Jedoch wird in Frage gestellt in welcher Art und Weise übergewichtige und mäßig fettleibige Menschen in Statistiken eingeschlossen werden, welche dafür verwendet werden, um eine Gesundheitskatastrophe darzustellen. Es geht nicht darum, dass eine starke Fettleibigkeit ein Problem darstellt, sondern ob die Welt wirklich in einer Adipositas Krise steckt (Gard & Wright, 2005b) und inwieweit ein hohes Gewicht mit Gesundheitsrisiken und verschiedenen Krankheiten in Verbindung steht.

3.2.1 Überdenken der Adipositas Epidemie

Es wird immer wieder über eine Adipositas Krise oder Epidemie gesprochen, welche auf einen inaktiven Lebensstil und falsche Ernährung zurückzuführen ist. Problematisch hinter diesem Thema ist jedoch wie die Medizin das Dicksein gesellschaftlich als pathologischen und moralischen Zustand, welcher behoben werden muss, darstellt (Rich et al., 2011). Brownell (2002) hat schon 2002 einen eindeutigen Standpunkt vertreten, nämlich, dass die Adipositas Epidemie durch die Umwelt verursacht wird. Er ist der Meinung, dass wenn es kein toxisches Ernährungs- und Bewegungsumfeld gäbe, es auch keine Fettleibigkeit gäbe. Forschungen zur Genetik und wieso manche Menschen anfälliger sind, stark zuzunehmen, gibt es schon seit vielen Jahren. Jedoch ist Brownell (2002) der Meinung, dass die Aufregung über die Genetik das Offensichtliche verdeckt, nämlich, dass eine genetische Anfälligkeit, egal wie stark die genetische Veranlagung ist, nur selten zur Fettleibigkeit führt, wenn kein schlechtes Umfeld vorhanden ist. In unserem Umfeld sind energiereiche Lebensmittel verfügbar, welche preiswert und stark beworben sind, während andere Veränderungen, wie ein sitzender Lebensstil, verstärkt werden. Er ist der Meinung, dass die einzige Hoffnung auf eine Änderung der Adipositasprävalenz darin besteht, die Umweltursachen zu bekämpfen. Durch den Fokus auf schlechte Ernährung und einer körperlichen Inaktivität und deren Wechselwirkung übt die Umwelt einen starken Druck auf die Gesellschaft beziehungsweise einzelne Individuen aus. Laut Brownell (2002) liegt die Ursache mehr in der Umwelt als im Verhalten einzelner Menschen, und so müssen auch die Lösungen sein (Brownell, 2002).

Oft wird die Fettleibigkeitsdebatte als Dichotomie gesehen, welche eine differenzierte Auseinandersetzung außen vorlässt. Entweder sind die Menschen für oder gegen die Einstellung, dass Adipositas ein selbstverschuldetes Problem ist. Die Konzentration liegt meistens auf dem Suchen und Finden von Lösungen für dieses Problem, anstatt die soziale Konstruktion von Adipositas und dessen Folgen zu hinterfragen. Es braucht ein kritisches Denken über den Adipositas-Diskurs (Rich et al., 2011). Statt Fat Studies wird der Begriff

der „critical weight studies“ (Rich et al., 2011) verwendet, wenn der Adipositas Diskurs hinterfragt wird. Einerseits weil die Adipositas-Epidemie in der sozialen Konstruktion vom Gewicht abhängt, andererseits weil Rich et al. (2011) versuchen sich von den pathologisierenden Begriffen wie fett und dick zu distanzieren und weil diese Begriffe oft beleidigend für Menschen im Alltag sind (Rich et al., 2011).

Die meisten Gesundheitsmaßnahmen, welche die Adipositas-Epidemie ansprechen, beruhen auf der Überzeugung, dass es eine starke Verbindung zwischen Gewicht und Gesundheitsrisiken gibt und dass Menschen, welche dem idealen Körpergewicht entsprechen, gesünder sind, als welche, die ein höheres Körpergewicht haben. Laut Campos (2011) müssen diese Annahmen richtig sein, um die Debatte des öffentlichen Gesundheitswesens über Übergewicht zu rechtfertigen. Wenn sich diese Korrelation zwischen Gewicht und Gesundheit als schwach erweist, dann ist es nicht gerechtfertigt, dass Gewicht den Mittelpunkt in der Gesundheitspolitik darstellt (Campos, 2011).

Fettleibigkeit wurde auch lange Zeit in Verbindung mit einer erhöhten Sterblichkeitsrate im Vergleich zum Normalgewicht gebracht. Jedoch haben sich einerseits die Auswirkungen der Adipositas im Laufe der Zeit verringert. Grund dafür könnten die allgemeinen Verbesserungen der öffentlichen Gesundheit und der medizinischen Versorgung sein (Flegal, Graubard, Williamson & Gail, 2005). Andererseits lässt sich zum Zusammenhang zwischen Sterblichkeitsrate und Fettleibigkeit sagen, dass es Belege gibt, dass es kein erhöhtes Risiko für einen Tod im Zusammenhang mit Übergewicht gibt, mit Fettleibigkeit das Risiko nur gering ist, bis man ein extrem hohes Gewicht oder ein extrem niedriges Gewicht erreicht hat (Flegal et al., 2005b). Natürlich ist die Mortalitätsrate nicht identisch mit Gesundheitsrisiken im Allgemeinen, aber es stellt einen guten Näherungswert dar. Es muss jedoch schon gesagt werden, dass schwere Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko für einige Krankheiten haben, wie zum Beispiel Diabetes Typ 2 oder Arthrose, aber es stimmt auch, dass sie auch ein geringeres Risiko bei anderen Krankheiten haben, wie zum Beispiel Osteoporose oder Atemwegserkrankungen. Der wichtigste Punkt jedoch ist, dass ein erhöhtes allgemeines Gesundheitsrisiko und ein überdurchschnittlich hohes Gewicht keine kausale Beziehung aufweisen (Campos, 2011). Es gibt jedoch Störvariablen, die den größten Teil des assoziierten Risikos zwischen einem hohen Körpergewicht und einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausmachen. Zu diesen Faktoren gehören Bewegungsmangel, schlechte Ernährung, ein niedriger sozioökonomischer Status, Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung, allgemeine soziale Diskriminierung und der Konsum von Diätmitteln.

Die aerobe Fitness und das Aktivitätsniveau dicker Menschen haben einen höheren Einfluss auf die Gesundheit als ihre Körpermasse. Wenn dicke Menschen sich regelmäßig bewegen und ein moderates Level an Fitness haben, haben sie ein geringeres Risiko krank

zu werden als dünne, unfitte Menschen und die gleiche Mortalitätsrate wie normalgewichtige, fitte Menschen. Das zeigt, dass egal mit welchem Körpergewicht, eine aerobe Fitness am wichtigsten ist und so gesundheitlichen Risiken vorgebeugt werden kann (Campos, 2011).

3.2.2 Dekonstruktion des Body-Mass-Index

Die Bemessung des BMI wurde ursprünglich von dem belgischen Statistiker Quetelet begründet, jedoch erst ein Jahrhundert später vom Ernährungswissenschaftlichen Keys ausgerufen, der ihm auch den Namen Body-Mass-Index gegeben hatte. Obwohl er diese Formel eigentlich befürwortete, kritisierte er sie dennoch, da er wusste, dass der BMI nicht viel über die Fettmasse und nichts über die Fettverteilung aussagt, gerade diese Werte aber für gesundheitliche Risiken wichtig wären. Trotzdem hat sich der BMI durchgesetzt und bildet auch eine numerische Grundlage für die Bestimmung von Übergewicht oder Adipositas. Die Grenzwerte wurden in den 1990 Jahren von der WHO getroffen, obwohl man wusste, dass der BMI wenig aussagekräftig im Hinblick auf gesundheitliche Risiken ist. Durch diese Grenzwerte wurden damals „Normalgewichtige“ plötzlich als übergewichtig bezeichnet (Schorb, 2022b). Kritik am BMI wird auch deshalb geäußert, da er es Forschern, Behörden und Einzelpersonen ermöglicht, sich selbst und andere nach ihrem Gewicht zu klassifizieren. Es werden so verschiedene Kategorien von Menschen konzipiert, nämlich Untergewichtige, Normalgewichtige, Übergewichtige und Fettleibige. Somit dient der BMI nicht nur als Instrument zur Einstufung eines körperlichen Zustands, sondern auch von Menschen (Anderson, 2012). Menschen werden nicht nur in die Gewichtsklassifizierungen geteilt, sondern auch in Gruppen, und zwar in richtig und falsch oder in gesund und ungesund. Dies hat wiederum negative Folgen auf das Selbstwertgefühl und die Stellung in der Gesellschaft. Außerdem führt er zu einer Gewichtsdiskriminierung und zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit (Schorb, 2022b).

3.2.3 Stigmatisierung von Dicken und Auswirkungen von Gewichtsdiskriminierung

Jahrelange Forschung hat gezeigt, dass das Stigma der Fettleibigkeit weit verbreitet ist. In einer Gesellschaft, in der körperliches Aussehen Priorität hat und welche dicke Menschen selbst verantwortlich für ihren Zustand macht, ist anzunehmen, dass fettleibige Personen emotional unter Vorurteilen und Diskriminierung leiden (Friedman & Brownell, 2002, Lobstein et al., 2004). Adipositas ist vor allem in westlichen Kulturen negativ stereotypisiert und diese negative Stereotypisierung scheint schon früh im Leben zu beginnen (Lobstein et al., 2004). Studien haben gezeigt, dass schon Kinder im Alter von 3 Jahren negative Eigenschaften wie „faul“, „dumm“ und „hässlich“ übergewichtigen und adipösen

Altersgenoss*innen zuschreiben. In anderen Studien wurden Kindern sechs Zeichnungen von Kindern gezeigt, die ein gesundes Kind, ein fettleibiges Kind und vier Kinder mit verschiedenen körperlichen Einschränkungen abgebildet haben. Dabei mussten sie einstufen, wie sehr sie jedes Kind mochten. Die Kinder bewerteten das fettleibige Kind in Bezug auf Sympathie an letzter Stelle. Es muss jedoch gesagt werden, dass es unklar ist, inwieweit solche hypothetischen Szenarien die Erfahrungen von adipösen Kindern im wirklichen Leben widerspiegeln. Es gibt auch Studien, welche zeigen, dass die Einstellungen in realen Situationen weniger negativ sind als in den abstrakten Situationen. Dennoch haben zahlreiche Studien ergeben, dass übergewichtige Jugendliche verschiedenen Formen der Misshandlung und Diskriminierung durch ihre Gleichaltrigen ausgesetzt sind, einschließlich sozialer Isolation oder Ausgrenzung, gewichtsbezogener Hänseleien und Mobbing (Haines & Neumark-Sztainer, 2009). Eine Studie von Haines und Neumark-Sztainer (2009) zeigt, dass von 151 Schülerinnen der vierten bis sechsten Klasse 45% der übergewichtigen Kinder Hänseleien und Mobbing durch Gleichaltrige erfahren haben, verglichen mit nur 15% der Kinder mit Normalgewicht (Haines & Neumark-Sztainer, 2009). Weitere Studien zeigten, dass übergewichtige Jugendliche das Gefühl haben, aufgrund ihres Gewichts anders behandelt zu werden. Qualitative Interviews mit jugendlichen Mädchen wurden durchgeführt, um ihre Erfahrungen mit dem Gewicht zu erforschen. Viele der Teilnehmerinnen beschrieben verletzende und ungenaue Aussagen, die Menschen aufgrund ihrer Größe machen. Weiters beschrieben sie, dass sie aufgrund ihres Gewichts gesellschaftlich ausgegrenzt werden (Haines & Neumark-Sztainer, 2009). Weitere Ergebnisse gaben Hinweise, dass fettleibige Jugendliche nicht nur seltener Zeit mit Freunden verbringen, sondern auch weniger Gelegenheit für romantische Beziehungen haben. Übergewichtige junge Menschen, vor allem aber weibliche Jugendliche gelten als weniger wünschenswerte Partnerinnen für Beziehungen (Haines & Neumark-Sztainer, 2009). Diese Studien verdeutlichen, dass übergewichtige und adipöse Menschen weniger beliebt sind und als weniger wohlwollend betrachtet werden als normalgewichtige Personen. Diese negativen Haltungen führen häufig zu Vorurteilen gegen und Diskriminierung von dicken Menschen (Friedman & Brownell, 2002).

Diskriminierung von fettleibigen Personen tritt in verschiedenen und wichtigen Lebensbereichen, wie zum Beispiel im Arbeitsumfeld, in der medizinischen Versorgung und im Gesundheitsbereich und im Bildungswesen auf (Puhl & Brownell, 2002).

Schon vor einem Jobinterview haben es übergewichtige Personen schwieriger, da sie negativer bewertet werden als durchschnittlich gewichtige Mitarbeiter*innen. Diese Voreingenommenheit ist besonders ausgeprägt bei Verkaufspositionen, bei denen übergewichtige Bewerber*innen als ungeeignet wahrgenommen werden. Die Diskriminierungen werden jedoch auch nach einer Einstellung fortgesetzt. Übergewichtige

und fettleibige Mitarbeiter*innen werden oft als faul, schlampig, weniger kompetent und selbstdiszipliniert, unsympathisch und als schlechte Vorbilder wahrgenommen. Außerdem werden fettleibige Menschen oft aufgrund ihres Gewichts entlassen (Puhl & Brownell, 2002, Rothblum, 2017).

Auch bei Ärzt*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und Medizinstudent*innen wurden fettfeindliche Einstellungen und Meinungen dokumentiert. Zu den meistgenannten Zuschreibungen gehören die Wahrnehmungen fettleibiger Personen als unintelligent, erfolglos, willensschwach, nachsichtig und faul. Vorurteile und negative Einstellungen können zu einer schlechteren medizinischen Versorgung führen oder auch dazu, dass fettleibige Menschen oft gar keine oder erst später eine Behandlung in Anspruch nehmen (Puhl & Brownell, 2002, Haines & Neumark-Sztainer, 2009, Rothblum, 2017).

Diskriminierungen finden sich auch im Bildungsbereich wieder. Gerade in Bildungseinrichtungen sollten Kinder und Jugendliche, die mit gewichtsbedingter Stigmatisierung konfrontiert sind, die Möglichkeit haben, Trost und Rat zu finden. Vor allem Erzieher*innen und Lehrer*innen haben großen Einfluss auf übergewichtige Kinder und Jugendliche, da sie ständig in Kontakt mit ihnen sind. Studien haben jedoch gezeigt, dass auch sie negative Einstellungen gegenüber Fettleibigkeit haben. Dies kann zu einer Hinderung von Hilfestellungen für übergewichtige Jugendliche führen (Haines & Neumark-Sztainer, 2009). Schon 1999 wurden gewichtsbezogene Einstellungen von Lehrer*innen der Mittel- und Oberstufe untersucht. Ein Fünftel der Befragten vertrat die Ansicht, dass fettleibige Jugendliche unordentlicher und emotionaler sind, weniger Erfolg in der Schule haben und eine andere Persönlichkeit besitzen als nicht fettleibige Personen. Ein Viertel der Teilnehmer*innen waren der Meinung, dass adipöse Personen mehr familiäre Probleme haben als normalgewichtige. Diese negativen Einstellungen wurden auch bei Universitätsstudent*innen, welche Sportwissenschaften studierten, festgestellt. Diese fettfeindlichen Einstellungen und Vorurteile könnten ein Hindernis für die Freude an körperlicher Bewegung sein (Haines & Neumark-Sztainer, 2009). Am schlimmsten für die meisten Schüler*innen ist jedoch die Ablehnung durch Gleichaltrige im schulischen Umfeld. Untersuchungen haben gezeigt, dass Gleichaltrige die häufigsten Kritiker*innen von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sind und, dass die Schule der häufigste Ort für Mobbing und Diskriminierungen ist. Übergewichtige Kinder werden als die am wenigsten erwünschten Freunde und Spielkameraden eingestuft. Selbst übergewichtige und adipöse Kinder deuten darauf hin, dass sie selbst die Ausgrenzung bei sozialen Aktivitäten und ihr Mangel an Freundschaften auf ihr Gewicht zurückführen. Diskriminierungen in der Kindheit können dauerhafte negative Auswirkungen haben (Puhl & Brownell, 2002).

Es ist von großer Wichtigkeit, dass übergewichtige Personen Unterstützung erfahren und bekommen. Studien lieferten Ergebnisse, dass übergewichtige Jugendliche, die in

unterstützenden Familien aufwuchsen, belastbarer waren und bessere psychosoziale Erfolge haben als übergewichtige Jugendliche, welche in nicht unterstützenden Familien waren. Einerseits ist es wichtig, dass Familien und das soziale Umfeld sich nicht negativ über das Aussehen oder das Gewicht der Kinder und Jugendliche äußern, andererseits ist es von Vorteil, wenn Familien übergewichtiger Kinder Möglichkeiten zu gesunder Ernährung und körperlichen Aktivitäten bieten. Familien haben einen großen Einfluss auf das Verhalten und die Einstellung ihrer Kinder. Um Kinder zu Hause zu unterstützen, wäre es notwendig, gesunde Verhaltensweisen vorzuleben, ein Umfeld zu schaffen, in dem Kinder gesunde Entscheidungen treffen, sich weniger auf das Gewicht und mehr auf das Verhalten und die allgemeine Gesundheit zu konzentrieren. Außerdem wären viele Gespräche, aber auch aktives Zuhören hilfreich (Haines & Neumark-Sztainer, 2009).

Haines und Neumark-Sztainer haben Interviews mit Grundschulkindern, Lehrer*innen und Eltern durchgeführt, um ihre Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie gewichtsbedingte Stigmatisierung im Rahmen einer schulischen Intervention angegangen werden kann. Eltern und Lehrer*innen waren der Meinung, dass explizite Regeln für Hänseleien und Mobbing eingeführt werden müssten. Lehrer*innen schlugen außerdem vor, dass die Akzeptanz unterschiedlicher Körpergrößen und -formen unter den Schüler*innen gefördert werden müsste. Schüler*innen schlugen vor, andere Schüler*innen darüber in Kenntnis zu setzen, welche Auswirkungen Mobbing haben kann. Außerdem wurden Strategien für den Umgang mit Hänseleien erörtert, wie zum Beispiel die Vermittlung von Fähigkeiten sich selbst oder andere gegen Spott zu verteidigen, um Schüler*innen zu helfen damit umzugehen (Haines & Neumark-Sztainer, 2009). Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Forschung entwickelte die Forschungsgruppe von Haines und Neumark-Sztainer (2009) die schulbasierte Intervention „Very Important Kids“, welche die Stigmatisierung des Gewichts verhindern sollte und ein gesundes gewichtsbezogenes Verhalten bei allen Schüler*innen der vierten bis sechsten Klasse unabhängig vom Gewichtsstatus fördern sollte. Das Programm umfasste vier Komponenten, ein außerschulisches Programm, eine Theaterproduktion, die Arbeit in der Schule und die Einbeziehung der Familie. Es gab interaktive Sitzungen nach der Schule, in denen Rollenspiele und Diskussionen in Kleingruppen durchgeführt wurden, um das Einfühlungsvermögen aller Schüler*innen zu fördern und um Fähigkeiten zu entwickeln, um in Situationen, in denen sie gehänselt werden, zu intervenieren. Weiters umfassten diese Sitzungen Aktivitäten zur Förderung eines gesunden Körperbildes und gesunden Verhaltensweisen in Bezug auf das Gewicht. In der Schule gab es einen Aufklärungsworkshop für das Schulpersonal über die Auswirkungen der gewichtsbedingten Stigmatisierung, eine schulweite Kampagne gegen Mobbing und eine schulweite Lesung eines fiktiven Buches über Hänseleien, gefolgt von einer Diskussion, die von Lehrer*innen geführt wurde. Dieses Programm beinhaltete auch

eine Familienkomponente, welche Elternabende einschloss. Die Wirksamkeit dieser Interventionen wurde in einer Pilotstudie bewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass die Interventionen in der Reduktion von Mobbing wirksam waren. Auch die Selbstwirksamkeit bei der Beeinflussung von Mobbing war gestiegen und ein Rückgang, der von Gleichaltrigen wahrgenommenen gewichtsbezogenen Normen war zu verzeichnen. Um die Ergebnisse zu bestätigen, bräuchte es eine größere Anzahl von Schulen. Jedoch liefern diese Ergebnisse vielversprechende Belege dafür, dass Interventionen, die individuelle, häusliche und schulische Strategien umfassen, wirksam zur Verringerung der gewichtsbezogenen Stigmatisierung unter Jugendlichen beitragen können (Haines & Neumark-Sztainer, 2009).

3.3 Neue Bewegungen und alternative Modelle

In diesem Unterkapitel geht es um neue Bewegungen und alternative Modelle, welche dem Adipositas Diskurs kritisch entgegenwirken und andere Zielsetzungen haben als die traditionellen Sichtweisen, bei welchen das Gewicht im Vordergrund steht. Bei diesen neuen, modernen Ansichten geht es vielmehr um die generelle Gesundheit unabhängig vom Körpergewicht und die Akzeptanz individueller Körperperformen. In dieser Arbeit werden deshalb die Fat-Acceptance Bewegung, die Fat Studies und das Modell *Health at Every Size* näher erläutert, um ihre Ansichten und Einstellungen zum Thema Adipositas kennen zu lernen.

3.3.1 Fat-Acceptance Bewegung

Die Fat-Acceptance Bewegung entwickelte sich in den späten 1960er Jahren. Im Jahre 1967 fand der erste große Protest im Central Park in New York statt. 500 Menschen trafen sich, um gegen Vorurteile gegen Fett zu protestieren, indem sie Schilder trugen mit den Worten „Fat Power“ oder „Buddha Was Fat“, um zu verdeutlichen, dass auch dicke Menschen akzeptiert werden sollen, so wie sie sind. 1969 wurde dann die wahrscheinlich größte und bedeutendste Fat Acceptance Organisation, die National Association for the Advancement of Fat Acceptance, kurz NAAFA, gegründet, welche als Ziel die Verbesserung der gesellschaftlichen Akzeptanz dicker Menschen hatte und sie vor Diskriminierung und Spott schützen wollte. Die Fat-Acceptance Bewegung stand eng in Verbindung mit anderen Bewegungen, die sich für Chancengleichheit einsetzten und gegen Unterdrückungen kämpften vor allem in den 1960er Jahren (Kim, Kindinger, Mackert, Rose, Schorb, Tolasch & Villa, 2022b). Diese Fettaktivisten haben einen wichtigen Grundstein für die Fat Studies gelegt, welche sich 2009 zu einem eigenständigen Feld entwickelt haben (Russell, 2020).

3.3.2 Fat Studies

Fat Studies charakterisiert sich als ein „multidisziplinäres wissenschaftliches Forschungsfeld [...], das sich kritisch damit beschäftigt, wie Körpergewicht zu einer sozial gewichtigen Chiffre werden konnte und wie sich dies möglicherweise überwinden ließe“ (Kim et al., 2022b, S.14).

In the tradition of critical race studies, queer studies, and women's studies, fat studies is an interdisciplinary field of scholarship marked by an aggressive, consistent, rigorous critique of the negative assumptions, stereotypes, and stigma placed on fat and the fat body. (Solovay & Rothblum, 2009, S.2, zit. n. Kim et al., 2022b, S.17).

Die Fat Studies sehen das Dicksein nicht als Problem, sondern untersuchen, wie es überhaupt zum Problem wird. Sie wollen den traditionellen und normativen Konzepte von Übergewicht und Fettleibigkeit entgegenwirken und rücken neue Sichtweisen und Perspektiven des Dickseins in den Vordergrund (Kim et al., 2022b). Fat Studies kritisieren die lang bestehende Abwertung von Fett in den USA und anderen Kulturen und die modernen Modelle der Medizin, die Fett pathologisieren und Gewichtsabnahme als Heilmittel ansehen (Watkins, Farrell & Hugmeyer, 2012).

Ihre Anfänge haben die Fat Studies, wie bereits erwähnt, in der starken Verbindung zur Fat Acceptance Bewegung, deren Anfänge sich schon 1960 in den USA finden. Bereits 1969 setzte sich eine der wichtigsten Fat Acceptance Organisationen, die National Association for the Advancement of Fat Acceptance (NAAFA) für eine Verbesserung der Akzeptanz des Dickseins ein. Historisch etablierte sich dann die Gruppe „Fat Underground“, die eine dickenfeindliche Gesellschaft und nicht dicke Menschen zum Ausgangspunkt für aktivistisches Handeln machte (Kim et al., 2022, Rothblum, 2017). Beide Gruppen verwendeten das Wort *fat* (dick) für übergewichtige und adipöse Menschen. Übergewichtig und adipös sind medizinische Begriffe und implizieren, dass es ein Idealgewicht geben muss, wobei es eher normal ist, dass sich das Körpergewicht verändert und bei jeder Person unterschiedlich ist. Deshalb werden die Begriffe übergewichtig und adipös in diesen Bewegungen eher vermieden und das Wort *dick* verwendet (Rothblum, 2017).

Aus diesen und weiteren aktivistischen Projekten entstand die Bewegung Health at Every Size (HEAS), welche dicke Menschen auch als gesund und fit betrachtet. All diese Entwicklungen waren ausschlaggebende Faktoren für die Entstehung der Fat Studies. Die Entwicklungen nahmen besonders nach der Jahrtausendwende stark zu und das Feld der Fat Studies etablierte sich an Universitäten und Forschungseinrichtungen vor allem in den

englischsprachigen Ländern, wo das Feld mittlerweile sehr präsent ist (Kim et al., 2022). Universitäten in den United States, Canada und Neuseeland bieten mittlerweile Fat Studies Kurse an, welche kritisch über die Adipositas Epidemie nachdenken (Cameron & Watkins, 2018). Die Veröffentlichung des *Fat Studies Readers* 2009 und des Journals *Fat Studies* 2012 waren große Meilensteine in dieser Richtung (Kim et al., 2022).

Die Fat Studies setzen sich kritisch mit Stigmatisierungsprozessen, welche Körpergewicht normieren, auseinander. Das Feld ist multidisziplinär und multithematisch, da es sich mit unterschiedlichen Fragen und Themen beschäftigt, wie zum Beispiel der Entstehung von Schlankheitsnormen, der historischen Bedeutung von Körperfett oder der Erfindung von Kalorien. Weiters finden sich die Studien in Kultur- und Medienwissenschaften, in denen die Repräsentation dicker Körper behandelt wird, im medizinischen Bereich, in dem es um Adipositas Prävention geht oder auch in den Sozialwissenschaften, wo es um die Vorurteile und Stigmatisierung von dicken Menschen geht. Das Ziel, eine Akzeptanz für übergewichtige und fettleibige Menschen, welche stigmatisiert und diskriminiert werden, zu schaffen, steht dabei immer im Vordergrund (Kim et al., 2022). Weiters sehen die Fat Studies Gewicht als ein Körpermerkmal an, welches in jeder Gesellschaft unterschiedlich betrachtet wird. Es geht darum, wie mit diesen Gewichtsunterschieden umgegangen wird und wieso dicke Menschen überhaupt diskriminiert und stigmatisiert werden (Rothblum, 2017).

Kritisiert werden solche Bewegungen, wie die Fat Acceptance Bewegung, HAES oder die Fat Studies, aufgrund ihrer Einstellung, dass der Körper natürlich und genetisch konstituiert sei, und eine Gewichtsänderung ein Eingriff in die Natur wäre. Gegenstimmen sind jedoch der Meinung, dass der Körper auch immer gesellschaftlich geprägt sei. Spannend ist auch der Begriff des Feldes, nämlich Fat Studies. Das Wort „fat“ ist negativ konnotiert und wird oft als Schimpfwort gesehen, da es mit einem unerwünschten Körper und einem unerwünschten Aussehen in Verbindung gebracht wird. Die letzten Jahre wurde dieses Wort deshalb auch gerne umschrieben, wie zum Beispiel mit dem Wort „curvy“. Fat Acceptance-Aktivist*innen kämpfen jedoch dafür, dass das Wort „fat“ als „Ausdruck von Stolz und Identität“ (Kim et al., 2022, S.23) zurückerobert wird. Auch im deutschsprachigen Raum wird das Wort „dick“ als „Selbstbezeichnung von der Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung“ (Kim et al., 2022, S.25) benutzt.

Das Ziel in Deutschland ist es, das Feld der Fat Studies auch in den deutschsprachigen Ländern voranzutreiben und die Erkenntnisse, welche schon in den englischsprachigen Ländern erforscht wurden, zu verankern und daran weiterzuarbeiten. Das Hauptziel ist jedoch immer das gleiche, nämlich „die gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung dicker Menschen sichtbar zu machen und zu kritisieren“ (Kim et al., 2022, S.25).

3.3.3 Health at Every Size

Health at Every Size, auf Deutsch Gesundheit in jeder Größe, bedeutet so viel, dass „alle Körper, unabhängig von ihrer Größe, eine gute Gesundheit erlangen und erhalten können“ (Gibson, 2022: 145). Es gilt als ein alternatives Modell der öffentlichen Gesundheit für Menschen aller Größen, welches von Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, in Zusammenarbeit mit Aktivist*innen entwickelt wurde (Rothblum, 2017, Burgard, 2020). Dieser Ansatz hat sich als Antwort auf den fehlenden Erfolg der traditionellen Ansätze eines Gewichtsmanagements herauskristallisiert. Studien haben gezeigt, dass übergewichtige Personen, welche den HAES-Ansatz gewählt haben, langfristigere positive Auswirkungen haben, als Personen, welche nach traditionellen Ansätzen behandelt wurden (Penney & Kirk, 2015). Der HAES-Ansatz konzentriert sich nicht auf eine Messung von Körpergewicht-, -form oder -größe, sondern ermutigt zu einem erfüllenden Lebensstil, indem man sich entsprechend gesund ernährt, auf die inneren Hunger- und Sättigungssignale hört und sich körperlich betätigt. Demnach liegt der Schwerpunkt bei diesem Modell nicht auf dem Gewicht sondern auf Selbstakzeptanz, Gesundheit und gesunden Alltagspraktiken, unabhängig von der Veränderung des Gewichtes einer Person (Penney & Kirk, 2015). Die Gesundheit soll verbessert werden, indem das emotionale, körperliche und geistige Wohlbefinden beachtet wird, ohne Konzentration auf ein Idealgewicht, dabei auch sich selbst und andere akzeptiert und mit allen Körperperformen und Körpergrößen schätzt (Rothblum, 2017, Burgard, 2020). HAES hat Gesundheit deshalb auch für dicke Menschen beanstandet und ist der Meinung, dass dick nicht gleich krank bedeutet (Wright & Harwood, 2009, Iwen, Perwitz, Lehnert & Klein, 2011, Kim et al., 2022b). Das Körpergewicht ist kein zuverlässiger Indikator für einen allgemeinen Gesundheitszustand und eine Diät oder die Reduzierung des Körpergewichts bedeutet nicht gleich, dass ein Mensch ein gesünderes Leben führt (Vester, 2022b). Weiters kritisieren die Vertreter*innen dieses Ansatzes die Annahme, dass Körpergewicht und Gesundheit in einem Ursache-Wirkungsverhältnis zueinander stehen (Kim et al., 2022b). Dicke Menschen werden gerade in westlichen Ländern oft pathologisiert, vor allem im Gesundheitsbereich und der Medizin. In diesen Bereichen werden dicke Menschen oft gar nicht nach ihren richtigen Beschwerden behandelt, sondern es wird in erster Linie immer auf das Gewicht geschaut und als Heilmittel das Abnehmen empfohlen, egal um welche gesundheitlichen Probleme es sich handelt. HAES setzt sich besonders dafür ein, dass dicke Menschen eine Gleichberechtigung im Gesundheitssystem erfahren, und stellt diese Menschen mit ihren Erfahrungen in den Mittelpunkt (Gibson, 2022b). Die Hintergründe der HAES lassen sich aus den Einstellungen der aktivistischen Gruppe „Fat Underground“ ableiten (Gibson, 2022b). Diese Gruppe kritisierte vor allem die Medizin und Ärzt*innen, welche dicke Körper

abwerteten. Außerdem argumentieren sie, dass nicht die Folgen des Gewichtes gesundheitliche Risiken bergen würden, sondern die gesellschaftliche Diskriminierung das Problem wäre (Kim et al., 2022). Sie behaupteten, dass die medizinische Pathologisierung der Mehrheit der US-Bürger*innen der Gesundheit schadet, indem Stigmatisierung und Diskriminierungen bei Versicherungen, Arbeitsplätzen und der medizinischen Versorgung häufig im Vordergrund stehen würden. Man müsse vielmehr die gesundheitlichen Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund des Gewichts erforschen (Burgard, 2020).

HAES lehnt den Gesundheitsbegriff nicht ab, möchte ihn jedoch vom Körpergewicht trennen und „als körperliches, emotionales und geistiges Wohlbefinden auch für dicke Körper“ (Kim et al., 2022b: 19) beanspruchen. Dazu gehört eben eine adäquate Gesundheitsversorgung, welche nicht den dicken Körper in den Mittelpunkt stellt, sondern das Individuum mit seinen gesundheitlichen Beschwerden unabhängig vom Gewicht (Kim et al., 2022b). Ein wichtiger Bekenner dieser Bewegung ist Bacon, welcher aufzeigt, wie Gesundheit ohne Abnehmen und Diäten angestrebt werden kann und welcher für eine Gesundheitsversorgung kämpft, die jede Größe akzeptiert (Gibson, 2022b). Health at Every Size steht vor allem für das Ende der Gewichtsvorurteile und stellt noch einmal in den Mittelpunkt, dass Körpergröße und Gewicht kein Beweis für eine bestimmte Ernährungsweise, ein bestimmtes Maß an körperlicher Betätigung, eine bestimmte Persönlichkeit oder psychologische Probleme sind (Burgard, 2020).

Kritiker von HAES meinten, durch den Gesundheitsbegriff, wie ihn HAES definiert, werde zwischen guten und schlechten dicken Menschen unterschieden, nämlich denen, die, die sich gesundheitsbewusst verhalten, und denen, die es nicht tun (Gibson, 2022b). Weiters gilt HAES als ein umstrittenes Konzept, da sie nicht mehr das Ziel der Gewichtsabnahme im Vordergrund steht. Dieses ist jedoch in einer Gesellschaft, in der das Streben nach Schlankheit für Gesundheit und Glück, essenziell. Doch gerade die verheerenden Folgen einer Gewichtsabnahme haben die Entwickler dieses Modells als Antrieb gesehen. Negative Folgen einer Gewichtsabnahme sind vor allem das Scheitern von Diäten oder auch die Entstehung von Essstörungen durch das Streben nach Schlankheit (Burgard, 2020). Weiters ist man sich auch unter Fachleuten und Aktivist*innen nicht sicher, wem diese Bewegung gehört und wer ausschlaggebend dafür war. Es gibt Behauptungen, dass die Bewegung von Ärzt*innen ausgegangen sei, welche von der ungleichen Gesundheitsversorgung deprimiert und enttäuscht waren (Gibson, 2022b). Egal wer nun hinter den Anfängen der Bewegung steht, es ist wichtig zu erwähnen, dass HAES es geschafft hat, dass auch in der Medizin einige Personen die traditionellen Methoden zur Gewichtsreduktion und den Zusammenhang zwischen Gewicht und Krankheit kritisch hinterfragen (Kim et al., 2022b).

3.4 Pädagogik

Der Begriff Pädagogik wird als komplexe und kulturelle Praxis verstanden, durch die Wissen produziert wird und bezieht sich daher nicht nur auf das Setting Schule, sondern auch auf andere Orte der Kommunikation und des Wissensaustausches an denen Identitäten geformt werden (Wright, 2009). Demnach beinhaltet Pädagogik alle Praktiken, die belehren, wie man leben sollte und die unterstützen, die Regeln einer Gesellschaft festzulegen. Körperpädagogik bedeutet daher „any conscious activity [under]taken by people, organisations or the state, that are designed to enhance individuals' understandings of their own and others' corporeality“ (Bernstein, Evans, Rich, Davies & Allwood 2008, S.17, zit. n. Wright, 2012, S.8). Körperpädagogik ist sozial und kulturell verankert, da sie die vorherrschenden körperlichen Orientierungen und die gesundheitsbezogenen Anliegen einer bestimmten Zeit und Kultur widerspiegelt. Sie stellt eine Reihe von Ressourcen zur Verfügung, durch die jedes Individuum die Beziehung zwischen Körper und Gesundheit in Bezug auf die sozialen und kulturellen Kontexte verstehen lernt. Körperpädagogik definiert die Bedeutung, den Wert und das Potenzial des Körpers, die Pädagogik selbst und das Verständnis von Körperlichkeit unterscheidet sich jedoch je nach Zeit, Raum und Ort, an dem sie eingesetzt wird (Cliff & Wright, 2010).

3.4.1 Biopedagogy

Der Begriff Biopädagogik (Biopedagogy) geht auf das Konzept der Biomacht (Biopower) von Foucault zurück. Biomacht bedeutet die Steuerung und Regulierung von Individuen und der Bevölkerung durch Praktiken, die mit dem Körper verbunden sind (Wright, 2009). Der Begriff Biopädagogik, wie ihn Wright und Harwood (2009) in ihrem Buch beschreiben, soll die Idee der Biomacht und Pädagogik verbinden. Im Mittelpunkt stehen die Bedeutungen von Körper und wie diese in unterschiedlichen pädagogischen Settings konstituiert werden. Zu diesen Orten zählen einerseits Schulen, welche Einfluss darauf haben, wie Lernende auf sich selbst und andere wirken, andererseits aber auch das Umfeld, wie das Internet, Fernsehen, Radio, Poster und Broschüren. Dabei gibt es einige Bestrebungen dabei, das Verhalten zu verändern, wie zum Beispiel Gesundheitskampagnen, andere sind subtiler und dadurch noch wirkungsvoller, wie zum Beispiel Reality Shows, welche aufzeigen, dass sich das Verhalten dicker Menschen unbedingt ändern muss, da es sonst zu gravierenden negativen Folgen kommen kann (Wright & Harwood, 2009). Websites zur öffentlichen Gesundheit, welche mittlerweile auch Kinder und Jugendliche ansprechen, dienen als Wissensquelle wie man über Essen, Gesundheit und seinen Körper denken solle. Diese Kinder-Websites zeigen den Kindern und Jugendlichen, was als normal angesehen werden kann in Bezug auf Größe, Gewicht und Körperform. Sie geben Ratschläge, was sie tun können, um nicht dick zu werden und

bieten Möglichkeiten, ihr Gewicht mit anderen Gleichaltrigen zu vergleichen. Außerdem ermutigen sie Kinder, ihr Verhalten aktiv zu überwachen und zum Beispiel Tagebücher über Lebensmittel und Aktivitäten zu führen. Die Praktiken, die auf den Websites gefördert werden, schaffen Werte und Haltungen über normative Körper und diskriminierenden Urteilen (Wright & Halse, 2014). Wright und Halse (2014) argumentieren, dass die starke Konzentration auf das Thema der Fettleibigkeit bei Kindern nicht hilfreich ist und die Gesundheit der Kinder beeinträchtigt wird. Biopädagogische Praktiken, welche eine Förderung von Gesundheit fokussieren, bewirken jedoch oft negative Denkweisen über den dicken Körper (Wright & Halse, 2014). Wenn Kinder über Gesundheit sprechen, sind sie der Meinung, dass durch das äußere Erscheinungsbild eines Menschen auf seinen Gesundheitszustand geschlossen werden kann. Außerdem wird Gesundheit oft mit der Balance zwischen Nahrungsaufnahme und Bewegung gleichgesetzt oder in Verbindung gebracht, nicht dick zu sein. Die Körperform und das Gewicht sind Symbole für eine gute oder schlechte Gesundheit geworden und der Körper ein Maß für die Identität (Wright & Halse, 2014).

Die Biopädagogik geht demnach von einem Zusammenhang zwischen *bios* und Gesundheit aus, bei dem es um weit mehr geht als nur um das Gesundsein. Anleitungen zu *bios* sind zum Beispiel wie man lebt, wie man isst, wie viel man isst, wie und wie oft man sich bewegt (Harwood, 2009). Der Begriff Biopädagogik wird auch verwendet, um regulierende Praktiken in Schulen zu erklären, welche durch soziale Medien verbreitet werden und aus der Besorgnis über die „Adipositas-Epidemie“ entstanden sind. Zu diesen normalisierenden Praktiken zählen zum Beispiel die ständige Überwachung des Einzelnen in Bezug auf seine Gesundheit, Ernährung und körperliche Aktivitäten. Auch der Druck, sich selbst zu überwachen und das Wissen über Übergewicht, Fettleibigkeit, gesunde Ernährung und einen aktiven Lebensstil zu erweitern und zu verbessern, zählt dazu. Diese pädagogisierte Gesellschaft, aber auch die sozialen Medien bieten den Individuen Möglichkeiten an, sich und ihr soziales Umfeld zu verändern (Wright, 2009). Die Biopädagogik erfüllt zwei wichtige Aufgaben. Einerseits wird die Aufmerksamkeit auf die pädagogischen Praktiken, welche dem Biopolitischen inhärent sind, gelenkt. Andererseits bietet das Konzept die Möglichkeit, die verborgenen pädagogischen Praktiken der Biomacht zu analysieren und zu hinterfragen. Die Biopädagogik hat durch ihren Beitrag zur Regulierung von Populationen und zur Disziplinierung des Individuums eine zentrale Funktion in der Biomacht (Harwood, 2009). Die Ideen und Einstellungen zum Thema Fettleibigkeit werden durch persönliche Erfahrungen, die eigene Verkörperung, die Interaktion mit anderen und andere Wissensformen und Wahrheiten produziert (Wright, 2009).

3.4.2 Fat Pedagogy

Durch den Adipositas-Diskurs, der sich in Medien, Gesundheitskampagnen und in Werbungen für die Abnehmproduktion finden lässt, werden schlanke Menschen bevorzugt und dicke Menschen in den Mittelpunkt für Hass und Spott gestellt. Die Bildung spielt hier eine wichtige Rolle, dennoch hat sich die kritische Pädagogik bis vor Kurzem eher zurückgehalten. Mittlerweile schaltet sich diese in den Adipositas-Diskurs und kritisiert die Adipositas-Krise. Fat Pedagogy, übersetzt Fettpädagogik, hat sich zu einem neu entstehenden Feld entwickelt, welches sich auf Fettaktivismus, Fat Studies und auf weitere verschiedene kritischen Pädagogiken aufbaut (Russell, 2020).

Der Begriff der Fat Pedagogy wurde zum ersten Mal von Russell, Cameron, Socha und McNinch (2013) in einem Journal erwähnt. Er soll dazu beitragen, Vorurteile, Fettphobie und Hass gegen dicke Menschen sichtbar zu machen (Wright & Harwood, 2009), um das Leben übergewichtiger und fettleibiger Menschen positiv zu verändern (Cameron & Russell, 2016). Die Fettpädagogik ist entstanden, weil Pädagogen besser verstehen wollen, wie sie die vorherrschenden Adipositas-Diskurse unterbrechen können, aber gleichzeitig auch alternative Ansätze bieten wollen, welche die Körperakzeptanz und Gesundheit für Menschen aller Formen und Größen fördern. Auch die Erfahrungen dicker Schüler*innen sollen sich dadurch verbessern (Cameron & Watkins, 2018). Die Fettpädagogik sollte daher auch die Unterdrückung der Fettleibigkeit zum Thema machen. In Gesundheitsbereichen stellt Adipositas noch immer ein Problem dar, welches es zu lösen gilt. Die Pädagogik der Fettleibigkeit ist eine Mischung aus Theorie, Bildungspraxis und Aktivismus. Sie hilft das Bewusstsein zu schärfen und kritisches Denken zu fördern. Es muss bedacht werden, dass viele Lernende vielleicht nur wenig über Gewichtsvorurteile gehört haben und nicht wissen, dass Gegenbewegungen wie Health At Every Size existieren. Daher ist es wichtig, die Lernenden zu unterstützen, Fähigkeiten zu entwickeln um über den Adipositas-Diskurs kritisch urteilen zu können (Cameron & Russell, 2021). Die Fat Pedagogy beinhaltet aber nicht nur Veränderungen im Unterricht, wie zum Beispiel die Förderung des Modells Health at Every Size, sondern auch Veränderungen der physischen Umgebung. Traditionell gewichtsorientierte Räume, wie Fitnesseinrichtungen, sollten in gewichtsneutrale Räume umgewandelt werden, die mehr die Gesundheit als das Schlanksein fördern (Cameron & Watkins, 2018).

Da das Feld der Fat Pedagogy relativ neu ist, gibt es noch einige Lücken, welche noch nicht erforscht sind (Cameron & Russell, 2021). Dadurch wurden auch schon mehr praktische Ressourcen für Pädagog*innen angefordert, da Fat Pedagogy auch in der Lehrer*innenausbildung fehlt und sich bisher vor allem auf die postsekundäre Bildung richtet und die primäre und sekundäre Bildung bislang noch außen vorlässt (Cameron &

Watkins, 2018; Cameron & Russell, 2021). Gerade die Bildung junger Menschen sollte in den Vordergrund gerückt werden, da schon im jungen Alter negative Folgen von Diskriminierung auftreten können und sich diese bis ins Erwachsenenalter ziehen kann (Cameron & Watkins, 2018).

3.5 Einstellungen gegenüber adipösen Schüler*innen

Die Art und Weise, wie Menschen über das Gewicht anderer Personen denken und sprechen ist wichtig, denn dies kann ihr Verhalten gegenüber übergewichtigen und adipösen Menschen beeinflussen. Studien haben gezeigt, dass Lehrer*innen, Sportstudent*innen, das Gesundheitspersonal und Physiotherapeuten negative Einstellungen zu übergewichtigen Menschen haben. Eine Datenanalyse von Scetchell, Gard, Watson und Jones (2015), welche Daten bei Diskussionen zwischen Physiotherapeuten über das Gewicht sammelte, ergab, dass die Teilnehmer*innen übergewichtige Patienten als schwierig zu behandeln einstuften, und dass die negativen Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen und das Verständnis von Gewicht zu negativen Interaktionen mit Patient*innen führen kann. Physiotherapeut*innen, aber auch Ärzt*innen und Personen, welche im Gesundheitsbereich arbeiten, bräuchten ein differenzierteres Verständnis, wie komplex die Ursachen für Übergewicht sind und wie sich übergewichtige Patient*innen fühlen (Setchell et al., 2016).

Für diese Arbeit sind besonders die Einstellungen von Lehrer*innen, vor allem von Sportlehrer*innen, gegenüber übergewichtigen und adipösen Schüler*innen wichtig, da sie einen starken Einfluss auf den Unterricht haben. Es gibt Studien, die zeigen, dass negative Einstellungen überwiegen und, dass dicke Kinder und Jugendliche negativer wahrgenommen und bewertet werden (Greenleaf & Weiller, 2005, Wilson, Smith & Wildman, 2015)

Greenleaf und Weiller (2005) untersuchten in ihrer Studie die fettfeindlichen Einstellungen von Sportlehrer*innen, die Leistungs- und Kompetenzerwartungen an normal- und übergewichtige Jugendliche, die Wahrnehmung des Problems von Adipositas bei Jugendlichen und die Rolle von Schule und Sportunterricht. Die Teilnehmer*innen waren Sportlehrer*innen von der Grundschule bis ins College. Sie zeigten eine moderate fettfeindliche Einstellung gegenüber übergewichtigen Schüler*innen und eine starke persönliche Überzeugung zur Gewichtskontrolle. Weiters gaben sie an, dass Jugendliche mit gesundem Gewicht über bessere körperliche und soziale Interaktions- und Kooperationsfähigkeiten verfügen als ihre übergewichtigen Mitschüler*innen. Auch die generelle Erwartungshaltung war bei normalgewichtigen höher als bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen. Die Ergebnisse zeigten außerdem, dass sie mit einer signifikant hohen Mehrheit zustimmten, dass Adipositas bei Jugendlichen ein Problem darstellt und

80% der befragten Lehrer*innen waren der Meinung, dass die Schule zwar eine geeignete Plattform für den Umgang mit Gewichtsproblemen sei, die Schulen aber nicht genug tun, um übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zu helfen (Greenleaf & Weiller, 2005).

2008 machten Greenleaf, Martin und Rhea eine Studie, in welcher die Einstellungen und Wahrnehmungen von Sportstudent*innen und Student*innen von gesundheitsbezogenen Studiengängen untersucht und mit denen von Student*innen aus anderen Studienrichtungen verglichen wurden. Vier Fragen wurden beantwortet, nämlich welche Einstellungen die Student*innen zu einem normalen Körpergewicht bei Kindern haben, wer bei der Behandlung von Fettleibigkeit bei Kindern eine wichtige Rolle spielt, wenn man die verschiedenen Personen im schulischen Umfeld betrachtet, welche Rolle der Sportunterricht in der Behandlung von Fettleibigkeit darstellt und inwieweit sich die Studenten ausgebildet fühlen, Bewegungsprogramme und Programme zur Gewichtsreduzierung für übergewichtige Jugendliche zu entwickeln. Untersucht wurden auch die Meinungsunterschiede zwischen den Student*innen aus dem Sport- und Gesundheitssektor und Student*innen aus anderen Gebieten, außerdem die Unterschiede zwischen Student*innen, die Fettstereotypen zustimmten und denen, die nicht zustimmten (Greenleaf et al., 2008). Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer*innen der Studie stark der Meinung sind, dass ein „normales“ Gewicht wichtig für die körperliche und mentale Gesundheit der Schüler*innen ist. Außerdem stimmten die meisten Teilnehmer*innen zu, dass Sportlehrer*innen, Schulärzt*innen und Klassenlehrer*innen in die Behandlung von Fettleibigkeit bei Kindern einbezogen werden sollten. Sportlehrer*innen sollten ein Vorbild sein, indem sie selbst ein Normalgewicht haben. Außerdem sollten sie die Aufgabe haben, die Eltern über Fettleibigkeit der Kinder aufzuklären. Erschreckend war jedoch das Ergebnis, dass Student*innen, welche im Sport- und Gesundheitsbereich ein Studium belegten, stereotypisch über übergewichtige und fettleibige Menschen dachten. Übergewichtige Kinder wurden im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern als weniger sozial geschickt eingeschätzt, während normalgewichtige Kinder als gesünder, sozial kompetenter und als besser aussehend eingeschätzt wurden. Diese Art von Überzeugungen kann problematisch sein, weil die Erwartungen von Lehrer*innen die Quantität und Qualität von Feedback und Unterricht beeinflussen können, was wiederum die Leistung, Motivation und Freude der Schüler*innen beeinflussen kann. Die Überzeugung, dass übergewichtige Kinder faul und ungesund seien, kann zu geringeren Erwartungen der Lehrkräfte führen, was wiederum zu weniger Rückmeldungen und zu einer geringeren Qualität des Unterrichts führen kann (Greenleaf et al., 2008).

Eine andere Studie von Wilson, Smith und Wildman (2015) untersuchte, wie sich die Ansichten von Lehrer*innen über fettleibige Schüler*innen von den Ansichten über Kinder mit einer weniger stigmatisierten chronischen Erkrankung, wie Asthma, unterscheiden.

Kinder und Jugendliche mit Adipositas aber auch mit Asthma sind oft mit akademischen und sozialen Herausforderungen in der Schule konfrontiert. Forschungen haben gezeigt, dass Eigenschaften wie körperliche Attraktivität, Sportlichkeit und schulische Kompetenzen wichtig für ein positives psychosoziales Funktionieren bei Jugendlichen sind. Übergewichtige und fettleibige Jugendliche passen nicht in diese Kategorien und sind daher sozial ausgegrenzt und dem Spott von Gleichaltrigen ausgesetzt, was sich einerseits auf die schulischen Leistungen, andererseits auch auf die Psyche negativ auswirken kann (Wilson et al., 2015). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Lehrpersonen übergewichtige Jugendliche als belastender empfinden als Jugendliche mit Asthma. Außerdem gaben die Teilnehmer*innen an, dass auch Gleichaltrige ihre Mitschüler*innen mit Asthma mehr akzeptieren als ihre übergewichtigen Mitschüler*innen. Diese Ergebnisse sind ähnlich zu anderen Forschungsergebnissen, die darauf hindeuten, dass Lehrer*innen eine negative Wahrnehmung von Jugendlichen mit Fettleibigkeit haben (Wilson et al., 2015).

Da Lehrkräfte einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern haben, sollten Interventionen darauf abzielen, mit Lehrer*innen zusammenzuarbeiten, um positive Peer-Interaktionen für übergewichtige und fettleibige Kinder zu ermöglichen. Studien belegen, dass Jugendliche der Meinung sind, dass Lehrer*innen wichtige Interventionspartner*innen zum Schutz vor gewichtsbedingter Diskriminierung sind. Schüler*innen befürworten eine zielgerichtete Unterstützung und auf Mobbing ausgerichtete Maßnahmen (Wilson et al., 2015).

In einer Studie von Müller, Beverborg und Glock (2017) wurde untersucht, ob die negativen, stereotypischen Erwartungen von angehenden Lehrer*innen zu ihrer akademischen Beurteilung der Leistungen übergewichtiger Schüler*innen beitragen. Durch die angeführte Theorie und die bisher durchgeführten Studien wurde erwartet, dass die akademischen Urteile durch die stereotypischen Erwartungen verzerrt werden, wenn die Schülerinformationen erwartungskonform waren. Urteile sind genauer sind, wenn die Informationen der Schüler*innen nicht mit den Erwartungen übereinstimmten. Übergewichtige Menschen gelten als faul, erfolglos und unintelligent und diese Stereotypisierung wird in der Gesellschaft akzeptiert. Überraschenderweise wurden übergewichtige Schüler, unabhängig ob die Informationen erwartungskonform oder erwartungskonsistent waren, durchwegs als leistungsstärker in Mathematik und in den Sprachkenntnissen beurteilt. Im Gegensatz zu früheren Forschungen sind in dieser Studie die stereotypen Erwartungen an adipöse Schüler*innen recht positiv vor allem in Bezug auf die akademischen Leistungen. Dieses Ergebnis kann mehrere Gründe haben. Es könnte sein, dass die Teilnehmer*innen generell keine negativen stereotypen Erwartungen an übergewichtige Schüler*innen haben. Außerdem hat die Forschung gezeigt, dass eine

positive Voreingenommenheit gegenüber Schlankheit eher für die häufig anzutreffenden Vorurteile gegenüber Übergewichtigen verantwortlich sind (Müller et al., 2017).

4 Qualitative Erhebung

In der qualitativen Sozialforschung und für die Erzeugung von qualitativen Daten gelten leitfadengestützte Interviews als bewährte und effektive Methode, welche auch für diese Arbeit geeignet sind (Helfferich, 2019, Rosner & Ostermayer, 2017). Interviewleitfäden helfen den Interviewablauf gut zu strukturieren und zu gestalten und trotzdem recht offen zu lassen. Die Offenheit im Interview muss aufgrund eines speziellen Forschungsinteresses und der Forschungsfragen in einem gewissen Maß gesteuert werden. Jedoch kann ein Leitfaden auch optionale Elemente, wie Erzählaufforderungen beinhalten. Offenheit ist besonders wichtig und bedeutet, dass die Interviewten das sagen können, was sie möchten und wie sie es möchten (Helfferich, 2019).

Als Erhebungsmethoden für diese Arbeit wurden das Experteninterview und das narrative Interview gewählt, welche in Unterkapiteln näher erklärt werden.

4.1 Expert*inneninterview

4.1.1 Erhebungsmethode und Leitfaden

Als erste Erhebungsmethode wurde das Experteninterview gewählt. Experteninterviews werden „über die spezielle Zielgruppe der Interviewten und über das besondere Forschungsinteresse an Expertenwissen als besondere Art von Wissen bestimmt“ (Helfferich, 2019, S.670). Der Name dieser Interviewart entstand aus ihrer angezielten Untersuchungsgruppe und nicht anhand der Erhebungsart. Eingeführt wurde das Experteninterview 1991 von Meuser Michael und Nagel Ulrike. Erzählungen über Biographien rücken bei dieser Interviewart in den Hintergrund, und spezialisiertes Wissen in den Vordergrund (Mey & Mruck, 2011). Expert*innen treten als Wissensvermittler*innen und Ratgeber*innen auf, welche „Fakten- und Erfahrungswissen“ (Helfferich, 2019, S.671) überliefern, um so einen guten Zugang zu Wissensbereichen zu schaffen. Experteninterviews werden ebenso mit Hilfe eines Leitfadens strukturiert. Bei diesen Interviews werden weniger Erzählimpulse gesetzt, dafür aber Fragen spezifischer gestellt (Helfferich, 2019). Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) gliedert sich in vier Fragemodule, nämlich Wissensfragen zu Adipositas generell (1), Fragen zur Arbeit im Reha-Zentrum (2), konkreten Fragen zu den schulischen Interventionen (3) und Fragen zu den neuen Perspektiven, wie Body Positivity (4). Fragemodul 1 beinhaltet Wissensfragen zu Übergewicht und Adipositas generell, bei denen es um die Gründe und Ursachen für Adipositas, um Hindernisse im Alltag von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, um Auswirkungen und Risiken und um die besten Interventionen geht. Modul 2 fokussiert sich auf die Arbeit im Reha-Zentrum und setzt sich aus Fragen zu den genauen Therapien, Methoden und Zielen im Therapiezentrum zusammen. Modul 3 konzentriert sich besonders

auf den Einfluss der Schule auf das Thema und erfragt gleichzeitig die Meinung und Einstellung der Expertinnen zu den schulischen Handlungsmöglichkeiten. In Modul 4 wird die Meinung der Expertinnen zu den neuen Perspektiven, wie Body Positivity abgefragt. Diese Fragen sind offen formuliert und lassen Spielraum offen für weitere Ansichten. Zum Abschluss können die Expertinnen noch Ergänzungen geben und Bereiche ansprechen, welche eventuell noch wichtig sind.

4.1.2 Untersuchungskollektiv und Durchführung

Die erste Kontaktaufnahme mit einer Expertin, welche im ausgewählten Therapiezentrum arbeitet, erfolgte mittels persönlicher E-Mail-Anfrage. Der weitere Kontakt erfolgte dann telefonisch, bei dem unter Aufklärung der Ziele der Arbeit und Rahmenbedingungen der Erhebung um Interviewgespräche mit Expert*innen, welche im Therapiezentrum arbeiten, gebeten wurde. Die Expertin, mit welche der Kontakt stattfand, arbeitet als Sportwissenschaftlerin im Reha-Zentrum und war bereit, bei der Auswahl von weiteren Expert*innen zu unterstützen. Drei weitere Expertinnen (weiblich) erklärten sich für ein Interview bereit. Die Interviewtermine wurden mit den Expertinnen durch Absprache mit ihnen eingeteilt. Insgesamt wurden vier Interviews geführt, dabei waren zwei Sportwissenschaftlerinnen/ Trainingstherapeutinnen, eine Physiologin und eine Ärztin. Die vier Interviews fanden in unterschiedlichen Räumen des Therapiezentrums statt und starteten mit kurzen informellen Gesprächen. Die Interviewten waren aufgeschlossen und offen und zeigten Interesse und Neugierde an der geplanten Arbeit. Schon vorab wurde das Du-Wort angeboten, welches eine entspannte Gesprächsatmosphäre ermöglichte. Diese trug positiv zu den Interviews bei, da sich die Interviewten offen über ihre Meinungen und Einstellungen ohne Hemmungen zu den einzelnen Fragen äußerten. Die Interviewten verwendeten außerdem ihren eigenen Dialekt. Vor Beginn der Aufzeichnung wurden die Expertinnen über die Zielsetzung der Erhebung aufgeklärt und nochmals die Anonymisierung der Daten betont. Anschließend wurden die Interviews mit Hilfe des Leitfadens durchgeführt und mittels Aufnahmegerät (Apple iPhone 13) aufgezeichnet. Das Aufnahmegerät erwies sich als besonders praktikabel, da durch eine passende Platzierung eine gute Aufnahmequalität erreicht werden konnte. Die Abfolge der Fragemodule wurde durch die Interviewerin vorgegeben, wurde jedoch im Erzählfluss der Interviewten manchmal nicht eingehalten. Wurden schon vorab Aspekte thematisiert, welche erst später im Interviewleitfaden geplant waren, unterbrach die Interviewerin nicht. Diese Fragen wurden danach einfach übersprungen. Die Interviews dauerten durchschnittlich 30 bis 40 Minuten.

4.2 Narratives Interview mit Jugendlichen

4.2.1 Erhebungsmethode und Leitfaden

Als weitere Erhebungsmethode wurde das narrative Interview gewählt, welches in den 1970er Jahren von Fritz Schütze entwickelt wurde. Diese Interviewform wurde gewählt, da bei diesem die Interviewten durch erzählgenerierende Impulse ohne Unterbrechungen und ohne Vorgaben durch den Interviewer/der Interviewerin antworten können und zu einem bestimmten Thema oder mit Hilfe einer Eingangsfrage ihre Sichtweise erzählen können (Küsters, 2019). Das bedeutet, dass es beim narrativen Interview um die „Reproduktion von eigenen Erlebnissen in Form von Erzählungen“ (Küsters, 2019, S.688) geht. Dadurch wird eine große Offenheit erreicht, da der/die Interviewende wenig Einfluss auf die Interviewten hat. Zu Beginn wird durch einen Erzählimpuls die Eingangserzählung oder auch Haupterzählung eingeleitet. In dieser Phase erzählt der/die Interviewende alles was und wie er/sie möchte ohne Unterbrechungen des Interviewendens/der Interviewenden. Dieser/Diese hat die Aufgabe zuzuhören. Erst in der zweiten Phase, der Nachfragephase, kann der/die Interviewende durch immanentes Nachfragen eingreifen. Jedoch können auch hier wieder erzählgenerierende Fragen gestellt werden. Im Anschluss kommt die Phase des exmanenten Nachfragens, bei welcher mit gezielten Fragen Begründungen und Argumentationen erfragt werden (Küsters, 2019, Mey & Mruck, 2011). Die Aufgabe des Interviewers/der Interviewerin ist demnach, in den ersten Phasen aktiv zuzuhören, um zum Schluss aktiver handeln zu können und durch Fragen noch Unbeantwortetes klären zu können. Kennzeichen des narrativen Interviews ist vor allem die große Offenheit (Mey & Mruck, 2011).

Um jedoch auch bei diesen Interviews einen roten Faden zu haben, wurde vorab ein sehr offener und mit Erzählimpulsen generierender Interviewleitfaden entwickelt. Der Hauptteil wurde in sechs Bereiche gegliedert, welche den Alltag zu Hause, den Aufenthalt im Rehazentrum, die Schule, Sport und Bewegung, den Sportunterricht und Gefühle und Wünsche betreffen. Bei jedem Bereich bekamen die Jugendlichen einen Erzählimpuls, wonach sie frei und offen erzählen konnten. Im Anschluss wurden durch einzelne Fragen wichtige Informationen nachgefragt.

4.2.2 Untersuchungskollektiv und Durchführung

Die Expertin, welche die Termine für die Experteninterviews geplant hat, unterstützte auch bei der Suche nach potenzielle Interviewpartner*innen für das narrative Interview. Sie fragte vorab nach, welche Jugendlichen für ein Interview bereit wären. Die Einverständniserklärung, welche ihr vorab von der Interviewerin geschickt wurde, wurde den Eltern bei einem Gespräch übergeben und unterschrieben. Drei Jugendliche (1

weiblich, 2 männlich) im Alter von 14 bis 17 Jahren bestätigten die Teilnahme an den Interviews. Die drei Interview-Gespräche fanden in ihren Zimmern im Reha-Zentrum statt und starteten auch hier mit informellen Gesprächen. Da die Jugendlichen in ihrer gewohnten Umgebung waren, fühlten sie sich wohl und waren gegenüber der Interviewerin sehr aufgeschlossen. Auch bei diesen Interviews entstand eine sehr angenehme Gesprächsatmosphäre, welche sich positiv auf die Interviewverläufe auswirkte. Die Jugendlichen erzählten offen über ihre Erfahrungen mit Übergewicht und gaben Einblicke über ihre Ziele und Wünsche. Vor Beginn der Gesprächsaufzeichnung wurden die Interviewten noch einmal über die Anonymisierung der Daten aufgeklärt. Die Befragung fand dann mit Hilfe des Interviewleitfadens statt und wurde auch hier mit einem Aufnahmegerät (Apple iPhone 13) aufgenommen. Durch die Erzählimpulse erzählten die Jugendlichen alles, was sie sagen wollten. Dabei wurden oft schon einige Aspekte vorweggenommen, welche dann übersprungen wurden.

4.3 Auswertungsmethode

Für diese Arbeit wurde ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem verwendet, da es einen leichten und schnellen Zugang zum Inhalt des Interviews zulässt. Der Fokus bei dieser Transkription liegt nicht auf den Details der Aussprache, sondern bei einer einfachen Lesbarkeit. Dafür wird wörtlich transkribiert, jedoch der Text geglättet um den Fokus auf den Inhalt zu setzen (Dresing & Pehl, 2018). Da bei den Interviews teilweise umgangssprachlich bzw. in einem Dialekt geantwortet wurde, erwies sich diese Transkription durch die Glättung des Textes als sinnvoll. Die Transkription und die Codierung erfolgte mit dem Programm MAXQDA 12.

Für die Auswertung der Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet. Mayring gilt als Begründer dieses Ansatzes im deutschsprachigen Raum (Dresing & Pehl, 2018). Die qualitative Inhaltsanalyse ist „ein Verfahren zur systematischen und zusammenfassenden Beschreibung von Datenmaterial durch Zuordnung von relevanten Dateneinheiten in Kategorien mit relevanten Bedeutungsaspekten“ (Dresing & Pehl, 2018, S.35). Das analysierende Material wird nicht isoliert betrachtet, sondern in ein Kommunikationsmodell eingeordnet. Aspekte dieses Kommunikationsmodells sind die Kommunikation zwischen dem Interviewenden und der Interviewten, deren Hintergründe und die Interviewsituation. Diese werden in den Vordergrund gerückt, während der Text an sich in den Hintergrund gerückt wird. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse wird der Text zusammengefasst, um so wichtige und notwendige Bestandteile herausfiltern zu können. Dies geschieht durch die Kategorienbildung, welche im Mittelpunkt der Analyse steht (Mayring, 2010). Beeinflusst wird die Relevanz der Kategorien vom Forschungsinteresse und den Forschungsfragen. Die Kategorienbildung erfolgt nicht automatisch, sondern

regelgeleitet. Dabei gibt es zwei unterschiedliche Formen. Einerseits deduktiv, wobei die Kategorien schon im Vorfeld erstellt werden, andererseits induktiv, wobei die Kategorien erst aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden (Mayring, 2010). Die Kategorienbildung in dieser Arbeit erfolgte deduktiv. Die Kategorien wurden im Vorhinein durch theoretische Überlegungen, welche anhand der Literatur und der Forschungsfragen generiert wurden, festgelegt. In weiterer Folge wurde das Interviewmaterial diesen Kategorien zugeordnet (Rosner & Ostermayer, 2017). Im ersten Auswertungsdurchgang wurden relevante Textpassagen den vordefinierten Kategorien zugeordnet, um sie inhaltlich zu strukturieren und zu ordnen (Mayring, 2010). In diesem Schritt sind nach Mayring „Rückkoppelungsschleifen in der Festlegung der Kategoriendefinitionen“ (Mayring, 2010, S.603) möglich, was bedeutet, dass nachträgliche Änderungen und Anpassungen der Kategorien vorgenommen werden können, was bei dieser Arbeit auch der Fall war. Weiters wurde eine Intra-Coderreliabilitätsprüfung durchgeführt, bei der die Autorin nach Abschluss der Codierphase Teile des Datenmaterials noch einmal überprüft wurden. Da es zu einer hohen Übereinstimmung mit dem ersten Durchgang kam, kann von einer hohen „Stabilität des Verfahrens“ (Mayring, 2010, S.603) ausgegangen werden.

Die Kategorien für dieses Projekt orientieren sich an den Interviewleitfäden und ihren Hauptbereichen. Für das Experteninterview haben sich folgende Kategorien entwickelt: Übergewicht und Adipositas, Interventionen, die Arbeit im Reha-Zentrum, Neue Perspektiven. Für das narrative Interview sind folgende Kategorien definiert worden: Alltag der Jugendlichen, Alltag im Reha-Zentrum, Sporttreiben, Schule, Sportunterricht, Gefühle und Emotionen.

5 Darstellung und Auswertung der Daten

In der folgenden Tabelle werden die Hauptkategorien mit ihren Unterkategorien und den dazugehörigen Definitionen und Ankerbeispielen dargestellt. Die Abkürzung „E“ in den Ankerbeispielen steht für die befragten Expertinnen, die Abkürzung „J“ für die befragten Jugendlichen.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel
Übergewicht und Adipositas	Gründe	Ursachen von Übergewicht und Adipositas	„Es ist viel der Gesellschaft geschuldet“ (I E4: 2).
	Auswirkungen & Risiken	Negative Folgen und Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas	„Zusatzerkrankungen, Komorbiditäten beginnend von Diabetes Typ 2 im Volksschulalter aufgrund dieser Adipositas, Insulinresistenzschwächen, orthopädische Probleme, kardiovaskuläre Probleme“ (I E3: 6).
Reha-Zentrum	Aufnahmekriterien	Gründe, wieso jemand im Reha Zentrum aufgenommen wird.	„Anpassungsstörung, Adipositas mit HäNSELEien, Mobbing, dann teilweise ein bisschen Fettleber oder Hypertonie. Das wäre so der Klassische, den wir auch aufnehmen“ (I E1: 14).
	Therapien	Behandlungen oder Methoden zur Verhaltensänderung	„recht viel Schwimmen, recht viel Bewegungsgruppen im Turnsaal und sehr viel Outdoor“ (I E3: 18)

	Ziele und Wünsche	Der Punkt, den jemand erreichen möchte und etwas, was sich jemand wünscht.	„die Freude an der Bewegung, das steht halt im Vordergrund“ (I E4: 16).
	Erfolgsmessung und Erfolge	Positives Ergebnis einer Bemühung und die Ermittlung davon	„viel wichtiger wie die Kinder spüren, dass es gut tu und da höre ich dann, Stiegen steigen fällt leichter, sie sind einfach schneller, es geht die Luft nicht so leicht aus, oder die T-Shirts werden schon locker“ (I E2: 52).
	Schwierigkeiten	Probleme und Hindernisse	„wo ich ganz viel überlege, wie ich unsere Jugendlichen im Nachhinein anbinden könnten und ich hab bis jetzt noch keine Lösung gefunden“ (I E3: 30).
Interventionen	Schulische Interventionen	Schulische Maßnahmen, um etwas vorzubeugen oder zu beheben	„Thema Mobbing kann man in der Schule unterbringen“ (I E2: 22). „Gesunde Ernährung gehört geschult“ (I E2: 22). „tägliche Turnstunde“ (I E1:10, I E2: 22, I E4: 6).

	Sonstige Interventionen	Andere Maßnahmen, um etwas vorzubeugen oder zu beheben	„Zusammenwirkung von Ernährung, Psychologie und Sport“ (I E1: 10).
	Grenzen	Der Punkt, an dem es schwierig ist, weiterzukommen.	„Wenn man nur an einer Schraube dreht, wird sich nichts verändern“ (I E1: 10).
	Schwierigkeiten	Probleme und Hindernisse	„wo ich ganz viel überlege, wie ich unsere Jugendlichen im Nachhinein anbinden könnten und ich hab bis jetzt noch keine Lösung gefunden“ (I E3: 30).
Neue Perspektiven		Erst kürzlich entstandene Sichtweisen	„Also ich finde es schon gut weil es ganz viel Awareness bei den Jugendlichen auch schafft und da finde ich es schon wichtig, dass sich was tut aber es ist eine zweigleisige Sache“ (I E3:42).

Tabelle 1: Kategorienbildung mit Definition und Beispiel (Expertinneninterviews)

Alltag der Jugendlichen	Alltag zu Hause	Gewohnheitsmäßige Abläufe der Jugendlichen im Tages- oder Wochenzyklus, welche zu Hause und in der Freizeit stattfinden.	„Wahrscheinlich am Abend nach dem Essen, dass ich dann gerne im Bett chille und mit Leuten schreibe oder telefoniere oder so“ (I J1: 20).
	Alltag in der Arbeit / Ausbildung	Gewohnheitsmäßige Abläufe der Jugendlichen im Tages- oder Wochenzyklus, welche in der Arbeit oder Ausbildung stattfinden.	„Ich bin gerade über das AMS angestellt und bin in der BFI Produktionsschule Steyr“ (I J3: 8).
	Herausforderungen im Alltag	Schwierigkeiten oder Probleme in den gewohnheitsmäßigen Abläufen.	„du kannst nicht immer alles machen, was jetzt deine Freunde machen können, außer sie sind gleich wie du“ (I J2: 30).
Alltag im Reha-Zentrum	Lieblingstherapien	Behandlungen oder Methoden zur Verhaltensänderung, die gerne gemacht werden.	„Auf jeden Fall Kunsttherapie, und Lehrküche“ (I J2: 96).
	Bedeutung der Bewegung	Der Sinn, weshalb Bewegung gemacht wird und wofür Bewegung wichtig ist.	„Ja definitiv. Also hier ist ein sehr großer Fokus auf Bewegung. Vor allem in diesem Turnus. Und ja wir haben fast jeden Tag Bewegung also eigentlich jeden

			Tag bis auf am Wochenende, weil da sind keine Therapien“ (I J1: 58).
	Ziele und Wünsche	Der Punkt, den jemand erreichen möchte und etwas, was sich jemand wünscht.	„Abnehmen, psychische Stabilität und Tagesstruktur“ (I J1: 88).
Sporttreiben	Gründe für kein Sporttreiben	Alle Nennungen von Gründen für die Nichtausführung des Sporttreibens	„Einfach keinen Antrieb, ich hab einfach keinen richtigen Nutzen dahinter gesehen“ (I J3:46).
	Lieblingssportarten	Alle Nennungen von Sportarten, die gerne gemacht werden.	„Basketball“ (I J3: 48).
Schule	Thema Übergewicht und Adipositas	Eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts	„ich finde bin der Meinung, dass man es schon ansprechen sollte weil es is halt Normalität und es gibt halt Menschen, die übergewichtig sind und die meisten können halt gar nichts dafür“ (I J1: 44).
	Herausforderungen in der Schule	Schwierigkeiten oder Probleme in der Schule	„Also richtig Probleme wo ich sag dass es wirklich schon was Arges ist, ist Mobbing“ (I J3: 26).

	Wünsche für die Schule	Etwas, was sich die Jugendliche von der Schule erwarten und haben möchten.	„Viele übergewichtige Kinder und Jugendliche sagen es nicht, wenn sie Hilfe brauchen, weil sie einfach Angst haben, dass es schlimmer werden kann. Und deshalb, also bei mir hat es früher eine sehr tolle Lehrerin gemacht, dass sie hat mich mit etwas abgelenkt und dann hat sie mich Fragen gestellt“ (I J2: 146).
Sportunterricht	Inhalte	Übungen, Spiele, Dinge, welche im Sportunterricht durchgeführt werden	„entweder Zirkeltraining gemacht oder irgendwelche Spiele gespielt oder halt so Stationen gemacht wo der eine über den Bock springt, die anderen machen Hochsprung und die dritten machen ich weiß es nicht irgendwas anderes halt“ (I J1: 50).
	Meinung und Einstellung der Jugendlichen	Persönliche Ansicht und Überzeugung, welche die Jugendliche vom Sportunterricht haben	„Und ich nehm absichtlich nicht meine Turnsachen mit“ (I J2:40).

	Wünsche für den Sportunterricht	Etwas, was sich die Jugendliche vom Sportunterricht erwarten und haben möchten.	„Einfach akzeptieren, dass manche Manchen manche Sachen nicht machen können weils körperlich einfach nicht geht und dass man vielleicht irgendwelche Alternativen versucht zu finden und nicht sagt, komm probiers doch nochmal wenns nicht geht“ (I J1: 58).
Gefühle und Emotionen		Wahrnehmung durch Sinne und Empfindungen	„Im Moment fühl ich mich etwas wohler weil ich weiß, dass ich hier schon abgenommen habe und ich merke, dass die Kleidung etwas größer wird. Und zum Beispiel ich hab ziemlich viel Selbstbewusstsein bekommen hier durch, weil ich sehe, dass es auch Gleichgesinnte gibt wie mich“ (I J1: 94).

Tabelle 2: Kategorienbildung mit Definition und Beispiel (narrative Interviews mit Jugendlichen)

5.1 Ergebnisdarstellung und Interpretation

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Interviews präsentiert, interpretiert und in Kontext gebracht, um im Anschluss die Forschungsfragen dieser Arbeit zu beantworten. Die Ergebnisse der Interviews werden getrennt für die Expert*innen und Jugendlichen dargestellt und interpretiert und erfolgt entlang der identifizierten Kategorien.

5.1.1 Expert*innen

Bei diesen Interviews stand vor allem die Expertise der Interviewpartnerinnen zum Thema Übergewicht und Adipositas im Vordergrund. Gründe für Adipositas und ihre Auswirkungen und Risiken wurden aus ihrer Sicht diskutiert, ihre Arbeit im Reha-Zentrum analysiert und die Ansätze, Ziele und Wünsche, die sie damit verfolgen, erläutert. Vor allem aber die Interventionen, sowohl schulisch als auch allgemein, wurden von den Expertinnen anhand ihres Wissens dargelegt. Diese sind auch ausschlaggebend für die Beantwortung der Forschungsfragen.

5.1.1.1 *Übergewicht und Adipositas*

Zu Beginn der Interviews wurden die Gründe für Übergewicht und Adipositas hinterfragt und das Wissen der Expertinnen darüber in den Vordergrund gerückt. Alle vier Expertinnen sind der Ansicht, dass maßgebliche Faktoren für Übergewicht und Adipositas in der Gesellschaft liegen und insbesondere Kinder und Jugendliche nicht für ihre Situation verantwortlich gemacht werden können. Diese Ansicht vertreten auch die Expert*innen der kritischen und neuen Perspektiven und geben der Umwelt Schuld an dem Anstieg der übergewichtigen und adipösen Personen (Brownell, 2002). Die Betonung dieser umweltbedingten Ursachen der Fettleibigkeit kann dazu führen, dass es einerseits schwierig wird, Erfolge bei der Behandlung von Fettleibigkeit zu erzielen, da man sich oft nur mit dem Kind beschäftigt und die Umwelt außen vor lässt. Andererseits, erfordert die Prävention von Adipositas ein breit angelegtes Gesundheitsprogramm (Lobstein, Baur & Uauy, 2004). Weiters steht, laut der befragten Expertinnen, der hohe Anstieg an Bewegungsmangel ganz oben auf der Liste der Ursachen für Übergewicht und Adipositas. Dieser hat jedoch auch viele unterschiedliche Gründe. Die fehlende Motivation zum Sporttreiben ist nur ein kleiner Teil davon. Teilweise gibt es nur wenige Angebote in der näheren Umgebung, welches auch kostspielig sind. „Vielleicht auch die Angebote, die es gibt, für Bewegung irgendwie schwerer sind zu erreichen oder schwerer anzunehmen sind“ (I E3: 2). In vielen ländlichen Ortschaften ist der Weg zu einem Sportangebot zu weit und Kinder müssten von ihren Eltern gefahren werden. Dies ist oft mit einem großen Zeitaufwand verbunden und viele Eltern können sich diesen nicht leisten. Außerdem sind viele Sportvereine in Österreich leistungsorientiert. Ein „gesundheitsfördernder Breitensport

so als Verein auf Vereinsebene ist sehr wenig vertreten“ (I E3: 2). Das Problem dabei ist, dass bereits übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche keine Chance haben, dabei zu sein und einen Sport beginnen zu können. Es wäre wichtig, dass es auch Hobbyvereine gibt und alle Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit hätten, einen Sport rein aus Freude und Spaß in einer Gemeinschaft betreiben zu können. Kosten und Leistungsdruck müssten reduziert werden. Weiters steigt die Verwendung der sozialen Medien und die Zeit vor dem Bildschirm, welches dazu führt, dass Kinder und Jugendliche weniger Zeit draußen oder mit Freunden verbringen, wo sie sich bewegen würden.

Natürlich spielt auch die Ernährung eine große Rolle, jedoch liegt gerade bei Kindern und Jugendlichen die Verantwortung größtenteils bei den Eltern, „so wie man es vorlebt, glaub ich, leben die Jugendlichen dann auch nach“ (I E4: 2) und meistens ist es der Fall, dass „die Eltern, also ich sehe es bei der Aufnahme, auch schon übergewichtig sind“ (I E2: 2). Dies macht deutlich, dass auch das Gewicht der Eltern ein Prädikator für Übergewicht und Adipositas ist. Übergewichtige Jugendliche im Alter von 10 bis 14 Jahren, welche auch übergewichtige oder adipöse Eltern haben, haben ein erhöhtes Risiko auch im Erwachsenenalter übergewichtig oder adipös zu sein, da sich das Gewicht im Jugendalter kaum noch verändert, wenn man nicht frühzeitig etwas dagegen macht (Warschburger & Petermann, 2008). Weiters werden durch Essen auch oft schlechte Erfahrungen, vor allem Mobbingerfahrungen, kompensiert und „emotionales Essen“ (I E2: 2) findet statt. Die Expertinnen berichten von Fällen, wo Kinder und Jugendliche einfach nur essen, weil es ihnen nicht gut geht, weil sie gestresst sind oder eben gemobbt werden. Dadurch beginnt ein Teufelskreis, aus dem die meisten Kinder und Jugendliche selbst nur schwer herauskommen. Außerdem gibt es zu viel Werbung für ungesunde Lebensmittel, „die keine Lebensmittel sind, sondern einfach nur füllen und gut schmecken“ (I E2: 2). Auch die Coronakrise wird als eine der Gründe angeführt, wieso mehr Kinder und Jugendliche übergewichtig und adipös sind. Die Expertinnen haben während der Corona-Maßnahmen Gewichtszunahmen von 10 bis 30 Kilogramm bei den Kindern und Jugendlichen, welche in das Reha-Zentrum kommen, wahrgenommen. Diese sind auf die Schulschließungen, den Ausfall von Sportvereinen und den Ausfall an Treffen mit Freunden zurückzuführen. Außerdem wird die Rolle der psychologischen Aspekte betont: „Es gibt ganz viele Kinder, die einfach einen Rucksack zum Tragen haben“ (I E2: 2). Eine andere Expertin betont in diesem Zusammenhang auch, dass es oft schwer ist herauszufinden, was zuerst da war. Es kann nie klar gesagt werden, ob zuerst die psychischen Probleme oder zuerst das Übergewicht da war. Die meisten Jugendlichen, welche in das Reha-Zentrum aufgenommen werden, kommen aus schwierigen Verhältnissen und „bringen ganz andere Pakete mit außer ihren Körper“ (I E3: 13) und beides beeinflusst und begünstigt sich gegenseitig.

Zuletzt wurde auch die Rolle der Schule angesprochen: „Es wird weniger teilweise angeboten. In den Schulen ist schon dieses Hauptaugenmerk auf „ich sitze da und bete den Unterricht runter, aber die Bewegung kommt einfach definitiv zu kurz“ (I E4: 2). Da in vielen Schulen der Sportunterricht bereits auf zwei Wochenstunden reduziert ist, ist vor allem die Bewegung zwischendurch von großer Wichtigkeit und notwendig. Die Lehrkräfte sollten daher aufmerksam gemacht werden, wie wichtig körperliche Aktivität ist und wie schlecht das durchgehende Sitzen ist. Es sollte daher in allen Fächern darauf geachtet werden, dass sich die Schüler*innen zwischendurch bewegen. Das könnten zum Beispiel auch nur fünf Minuten zu Beginn des Unterrichts sein, bei denen die Schüler*innen aufstehen, herumgehen und kurze Übungen gemacht werden. Auch in den Pausen sollte darauf geachtet werden, dass die Schüler*innen herumgehen und vielleicht auch den Pausenhof oder Garten benutzen dürfen.“

Die größte Auswirkung von Übergewicht und Adipositas ist das Mobbing im Alltag, in der Schule und durch die Gesellschaft. Immer wieder sind Schüler*innen auch vom Sportunterricht befreit, da sie körperlich nicht mehr leistungsfähig sind. Häufig sind die betroffenen Schüler*innen auch „schwer motivierbar, weil sie einfach keine Leistungen erbringen können oder mit den anderen nicht mitkommen“ (I E2: 6). Ein großes Problem ist auch die Notengebung in der Schule. Es kommt dazu, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen „schlechte Noten bekommen, weil sie das und das nicht schaffen“ (I E1: 4). Diese Ergebnisse decken sich auch mit den Ergebnissen einer ähnlichen Studie von Tolasch (2017), bei der betroffene Personen interviewt wurden. Dabei wurde betont, dass durch eine schlechtere Notengebung, aber auch durch das Nichteinschreiten bei Mobbing durch Gleichaltrige, die Diskriminierungen, welche Betroffene oft erfahren, von Lehrpersonen vorangetrieben wurden (Tolasch, 2017). Viele Kinder und Jugendliche merken, dass sie Gleichaltrigen nicht folgen können und grenzen sich daher sozial ab. Daraus ergeben sich psychische Auswirkungen, wie Depressionen oder es kommt vor, dass Jugendliche Suizidgedanken entwickeln. Außerdem kommen verschiedene Zusatzerkrankungen und körperliche Schäden hinzu, wie Fettleber, Hypertonie, Diabetes Typ 2, hoher Blutdruck, kardiovaskuläre Probleme und orthopädische Probleme, wie Fehlhaltungen, Knie- und Gelenksprobleme, Meniskusschäden, Kreuzbandschäden oder Seitenbänderproblematiken. Die Expertinnen bestätigen dadurch die Aussagen, welche auch die traditionellen Sichtweisen darstellen, dass ein hohes Übergewicht und Fettleibigkeit zu körperlichen Schäden und Problemen führen können (Manson, Skerrett & Willett, 2002, Di Cesare et al., 2019). Natürlich kann diese Aussage nicht pauschalisiert werden und die Expertinnen betonten, dass man nicht genau sagen kann, ab welchem Körpergewicht bestimmte körperliche Risiken auftreten, da dies bei jedem Kind und jedem Jugendlichen unterschiedlich ist. Grundsätzlich kann aber gesagt werden, je höher das

Körpergewicht ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu körperlichen Problemen kommt. Jedoch bestätigen die Expertinnen auch kritische Stimmen, dass einerseits die Häufigkeit und Intensität von psychischen Problemen jene von körperlichen Problemen oft sogar überwiegt, und andererseits die Gesellschaft und ihre Einstellung gegenüber dicken Personen verantwortlich sei (Friedman & Brownell, 2002, Lobstein et al., 2004). Diskriminierungen und Mobbing gegenüber übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, aber auch gegenüber Erwachsenen müssen bekämpft werden, um die Betroffenen zu schützen und zu unterstützen. Die Expertinnen bestätigen, dass alle Jugendlichen, welche zu ihnen kommen, leider schon Mobbingfahrungen gemacht haben und diese massive Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat.

5.1.1.2 *Die Arbeit im Reha-Zentrum*

Im ausgewählten Reha-Zentrum gibt es einen Bereich für Adipositas, in welchem Kinder und Jugendliche, je nach Turnus, für jeweils 5 Wochen untergebracht sind und täglich unterschiedliche Therapien durchführen. Diese Therapien werden angewendet, um nicht die Adipositas per se zu behandeln, sondern um den Kindern und Jugendlichen Werkzeug mit für den Alltag zu geben, um ihre Gesundheit zu fördern und um ihr Verhalten und ihre Lebensweise so zu ändern, dass sie sich wohlfühlen und gesund leben können. Es werden auch Jugendliche mit psychischen Erkrankungen („F-Diagnose“) aufgenommen: wie „Anpassungsstörung, Adipositas mit Hänseleien, Mobbing, dann teilweise ein bisschen Fettleber oder Hypertonie. Das wäre so der Klassische, den wir auch aufnehmen“ (I E1: 14). Zu Beginn jedes Turnus wird eine Bewegungsanalyse gemacht, um zu schauen, was die Kinder und Jugendliche schaffen oder inwieweit sie körperlich eingeschränkt sind. Im Adipositas-Bereich gibt es unterschiedliche Gruppen- und Einzeltherapien. Ein großer Schwerpunkt liegt auf den Bewegungseinheiten. Dazu zählen Krafttrainings im Geräteraum mit zusätzlichem Gerätetraining, sodass die Jugendliche auch selbstständig in ihrer Freizeit trainieren können. Weiters gibt es Outdoorgruppen, bei denen draußen Bewegungsspiele ausgeführt werden oder ein Spaziergang gemacht wird, Schwimmgruppen und Turnsaalgruppen, bei denen „klassische Schulspiele, wie Abschießen in allen Variationen, Basketball, Landhockey“ (I E1: 24) gespielt werden oder auch Ausdauertraining betrieben wird. Zusätzlich zu den Bewegungstherapien gibt es die Lehrküche, wo gemeinsam gekocht wird und über gesunde Ernährung gelehrt wird, Termine bei der Diätologie, die Kunsttherapie, bei der sich die Kinder und Jugendliche kreativ austoben können, Beratungen bei der Sozialarbeit und Psychotherapie. Die Kinder und Jugendlichen haben immer wieder Termine bei einem Psychologen oder einer Psychologin, um sie bei ihren psychologischen Problemen zu unterstützen. Ein Tagesplan hilft den Kindern und

Jugendlichen ihren Tag strukturiert führen zu können und mit Unterstützung meistern zu können.

Um zu sehen, ob und welche Erfolge erreicht werden, gibt es objektive und subjektive Erfolgsmessungen. Zu den objektiven Erfolgsmessungen zählen einmal die Woche Gewichtskontrollen. Diese Gewichtsveränderungen sind oft nur Mittel, um den Fortschritt bei fettleibigen Personen zu bewerten. Das perfekte Ergebnis ist, wenn eine Person ihr Idealgewicht erreicht und behält, sich gesund ernährt, sich mehr bewegt und Veränderungen im psychosozialen Bereich vornimmt. Jedoch ist ein perfektes Ergebnis nur selten. Die Berücksichtigung von Veränderungen in allen relevanten Bereichen ist wichtig, um fettleibige Personen als mehr als nur das Gewicht und die Risikofaktoren zu sehen (Brownell & Stunkard, 2002). Deshalb steht das Gewicht im Reha-Zentrum auch nicht an erster Stelle. Diese objektive Messung ist für die Kinder und Jugendliche trotzdem wichtig, damit sie sehen, ob und wie sich ihre Bemühungen auszahlen. Objektiv gibt es außerdem noch die BIA-Messungen, bei denen die Körperzusammensetzung betrachtet wird. Diese ist sinnvoller, da man sehen kann, ob Muskeln zugelegt werden und Fett reduziert wird, auch ohne, dass sich das Gewicht ändert. Subjektiv werden durch Beobachtungen Verbesserungen erkannt. „Viel wichtiger, wie die Kinder spüren, dass es guttut und da höre ich dann, Stiegen steigen fällt leichter, sie sind einfach schneller, es geht die Luft nicht so leicht aus, oder die T-Shirts werden schon locker“ (I E2: 52). Wichtig ist auch ein guter Umgang miteinander und zu sehen, wie sich die Kinder und Jugendlichen in ihrer Sozialkompetenz verbessern. Diese Erfolgserlebnisse im ausgewähltem Reha-Zentrum decken sich mit Ergebnissen von Kurzzeitstudien, welche zeigen, dass Kurzzeitprogramme positive kurzfristige Effekte auf die körperliche Aktivität und das Körpergewicht haben (Wabitsch & Moß, 2019). Die befragten Expertinnen berichten von guten Ergebnissen in diesen fünf Wochen, wobei sie ansprechen, dass eine Reduzierung des Körpergewichtes nicht an erster Stelle steht und eine Gewichtskontrolle nur als objektive Messung verwendet wird, jedoch nicht als endgültige Erfolgsmessung angesehen wird. Das Allerwichtigste, was die Therapeut*innen im Reha-Zentrum anstreben, ist „die Freude an der Bewegung, das steht halt im Vordergrund“ (I E4: 16). Alle vier Expertinnen haben unabhängig voneinander den Spaß und die Freude an der Bewegung erwähnt und betont. Es geht darum, dass die Kinder und Jugendlichen etwas finden, was ihnen Spaß macht, sodass sie es nach ihrem Reha-Aufenthalt auch weiterhin fortsetzen. Weiters sollen auch Stärken erkannt werden, damit sie merken „ich bin nicht alleine, ich bin nicht nur die Dicke, sondern ich bin auch eine gute Zuhörerin, und ich bin auch in der Gruppe eine, die sehr lustig ist, dass einfach auch hier, dieses Leben hier bisschen was anderes zeigt über mich selber, das ich zu Hause nicht mitbekomme, weil ich zu Hause nur die Dicke bin“ (I E3: 38). Dabei soll das

Selbstwertgefühl gesteigert werden, sodass sie durch dieses auch außerhalb des Reha-Zentrums den Alltag meistern können.

Ein Hauptziel ist auch das Lehren der drei Säulen, nämlich gesunde Ernährung, die Steigerung an Bewegung und eine stabile Psyche. Diese drei Säulen werden auch in der Literatur präsentiert und aufgezeigt, dass isolierte Trainingsprogramme zu einer geringeren Erfolgsquote und zu keinen langfristigen Erfolgen führen. Deshalb ist es wichtig, dass die Therapie eine Kombination aus allen drei Bereichen darstellt (Warschburger & Petermann, 2008). Das Reha-Zentrum ist wichtig für den Anstoß, damit die Kinder und Jugendlichen lernen, was sie zu Hause und in ihrem Alltag verändern können, um sich wohlzufühlen. Dafür ist es wichtig, dass sie „ein gutes Netzwerk haben und dass sie das, was sie da gelernt haben, einfach zu Hause umsetzen können“ (I E2: 62) und mit einem gesteigerten Selbstbewusstsein aus dem Reha-Zentrum entlassen werden. Ergebnisse von Kurzzeitstudien zeigen jedoch auch, dass bei Nachuntersuchungen ein Jahr nach einer Therapie keine Behandlungseffekte angezeigt werden (Wabitsch & Moß, 2019). Das ist auch die Schwierigkeit im ausgewählten Reha-Zentrum, bei dem ein Aufenthalt nur fünf Wochen dauert. Eine Expertin betont, dass „die psychologischen Themen wären sicher bei uns nicht gelöst also das ist Fakt, das dauert länger als fünf Wochen“ (I E2: 62). Außerdem gibt es keine Nachfolgetermine und keinen fixen Anschluss für die Kinder und Jugendlichen nach ihrem Aufenthalt im Reha-Zentrum. Das ist auch ein Grund dafür, dass die Behandlungseffekte und das Gelernte nachlassen und nach ein paar Monaten die Kinder und Jugendlichen oft wieder in alte Lebens- und Verhaltensweisen zurückfallen. Zu den Schwierigkeiten im Alltag außerhalb des Reha-Zentrums zählen auch die zu teuren Angebote oder auch die bereits erwähnten leistungsorientierten Sportvereine. Ebenso spielt die Gesellschaft eine wichtige Rolle, welche oft negativ zum Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen beiträgt. „Fitnesscenter ist schon wieder was Spezielles. Jeder Körper wird genau betrachtet, manche rennen, also es ist ja eine Show des eigenen Körpers“ (I E3: 30). Oft gefallen den Jugendlichen die Kraftübungen und wären bereit sich außerhalb in Fitnessstudios anzumelden, jedoch ist der „Cut zu arg, weil auch das Umfeld hier auch ein sehr sicheres ist“ (I E3: 36). Das ist oft das größte Problem, dass Betroffene „einfach wieder in alte Muster“ reinfallen (I E2: 64). Gerade nach einem Aufenthalt im Reha-Zentrum bräuchten die Kinder und Jugendlichen eine sichere Unterstützung, welche die Schule zu einem Teil bieten kann. Diese kann teilweise das weiterführen, was im Therapieaufenthalt gelernt und gemacht wurde. Studien haben gezeigt, dass eine verhaltenstherapeutische Adipositastherapie positive Auswirkungen auf das Körpergewicht haben kann, jedoch andere Studien zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen und aufzeigen, dass solche Maßnahmen weniger effektiv und nicht nachhaltig sind (Prohl, Ott & Albrecht, 2015). Deshalb wird gerade im ausgewählten Reha-Zentrum nicht nur auf das Körpergewicht

geschaut, sondern vielmehr auf Maßnahmen, wie den Kindern und Jugendlichen auch in ihrem Alltag geholfen werden kann, wie sie mit Diskriminierungen besser umgehen können, wie sie selbst ihre Lebensweise ändern können, um zufriedener zu sein, sich wohler zu fühlen und gesund leben zu können. Weiters zeigen die Ergebnisse der Studie von Prohl, Ott und Albrecht (2015), dass eine Verdeutlichung von Gewichtsproblemen und eine Behandlung in einem Therapiezentrum als ausschließliche Maßnahme zur Entgegenwirkung von Fettleibigkeit wenig bis keinen nachhaltigen Erfolg zeigt. Aus diesem Grund ist es wichtig, im Anschluss an einen Reha-Aufenthalt auch außerhalb Unterstützung zu bekommen und dort anzuschließen, was die Kinder und Jugendliche gelernt haben.

5.1.1.3 Interventionen

Die Frage nach wirksamen Interventionen, welche getroffen werden können, um übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche zu unterstützen, waren ein zentraler Bestandteil der Interviews. Generell wurde betont, dass Crash Diäten und Abnehmcamps nicht sinnvoll wären und übergewichtige Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene davon Abstand nehmen sollten. Grund dafür ist der entstehende Jo-Jo-Effekt und der zu große Fokus auf die Gewichtsabnahme, welche bei der Unterstützung von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen nicht im Fokus stehen sollte. Die traditionellen Diäten haben glücklicherweise Ende des 20.Jahrhunderts durch den Einfluss der neuen Perspektiven und dem Thema Body Positivity an Interesse verloren und gesunde Ernährung steht mittlerweile im Fokus (Vester, 2022b). Auch im Reha-Zentrum stehen Gewichtsabnahmen nicht im Mittelpunkt: „Das Gewicht ist uns eigentlich egal“ (I E1: 10). Viel wichtiger ist eine Veränderung des Lebensstils und eine längerfristige Begleitung der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen als Unterstützung. Die drei Säulen stehen im Vordergrund, besonders das „Zusammenwirken von Ernährung, Psychologie und Sport“ (I E1: 10). Betont wurde außerdem noch einmal die Wichtigkeit von günstigen Sportangeboten in den Gemeinden und Städten, welche leicht erreichbar sind, um den Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten zu geben, Freude an der Bewegung kennen zu lernen.

Im Bereich der schulischen Interventionen wurden über 40 Vorschläge und Ideen von den Expertinnen eingebbracht. „Aber was den Sport betrifft ja, natürlich die tägliche Turnstunde“ (I E1: 48). Eine tägliche Turnstunde wurde unabhängig von allen Expertinnen gleich zu Beginn dieses Themas genannt. „Und wenn ich wissen würde, okay, wir haben jeden Tag, zumindest in der Schule diese Stunde, dann würde das, glaube ich, sehr viel abfedern“ (I E1: 10). Diese Änderung umzusetzen steht jedoch nicht in der Macht der Schule, sondern ist Thema in der Gesellschaft und Politik. Weiters sind sie der Meinung, dass die Bewegungseinheiten, welche im Therapiezentrum durchgeführt werden, eins zu eins in der

Schule umsetzbar wären. Es werden unterschiedliche Spiele gespielt, welche auch im Sportunterricht durchgeführt werden können. Auch die Ideen und Vorstellungen der Jugendlichen werden berücksichtigt, was auch in der Schule ein Vorschlag wäre. Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Voraussetzungen, Differenzieren auch im Sportunterricht und das Schaffen einer angenehmen Gruppendynamik ist für alle Kinder und Jugendliche vor allem im Turnunterricht wichtig. Jedoch ist es gerade bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen essenziell, damit sie sich auch wohl fühlen können. Ebenso sollte man die individuellen Hintergründe der Jugendlichen berücksichtigen. „Ich finde es gut, dass man das in den Lehrerköpfen verankert, dass es nicht der faule kleine Dicke ist, sondern vielleicht „Was steckt dahinter und was braucht er?“, „weil das ist für die halt auch nicht lustig, weil sie auch immer der letzte sind beim Laufen oder so“ (I E1: 56). In diesem Zusammenhang betonen die Expertinnen weiters, dass die Benotung individueller sein müsste und gerade bei übergewichtigen jungen Leuten auf keine vorgegebenen Limits geschaut werden sollte. Jedes Kind und jeder Jugendliche sollte nach seinen und ihren individuellen Stärken und Bemühungen benotet werden: „Dass ich mir viel mehr anschau, was ist dein Stand, was wäre sehr gut für dich zu leisten, wo schaffst du es gut mitzumachen, dass da viel mehr differenziert wird“ (I E3: 50). Auch die Wichtigkeit von abwechslungsreichen Bewegungseinheiten wird verdeutlicht, damit kann man „vielleicht herausfinden was für jeden Einzelnen passt“ (I E2: 42). Oft sind gerade übergewichtige Kinder und Jugendliche vom Turnunterricht befreit. Wichtig dabei ist es, diese Entscheidungen auch einmal als Lehrperson zu hinterfragen, um herauszufinden was wirklich dahintersteckt. „Nicht Angst haben, okay, der hat einen hohen Blutdruck, okay, ja passt und deswegen ist er befreit“ (I E1: 48). Wichtig dabei ist auch eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation mit Schularzt oder Schulärztin. Weiters könnten unterschiedliche Vereine eingeladen werden und Schnuppertrainings anbieten, sodass die Kinder und Jugendlichen eventuell auch außerhalb der Schule in Berührung mit Bewegung und Sport kommen. Körperliche Aktivität hat bei den Expertinnen, wie man merkt, einen großen Stellenwert, da diese nicht nur speziell wichtig ist für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, sondern generell für die Gesundheit. Eine körperliche Betätigung trägt positiv zu einer Stärkung des Immunsystems und zu einer Steigerung des Wohlbefindens bei. Studien haben gezeigt, dass es nicht drauf ankommt, wie viele Kraftsportarten ein Mensch betreibt oder wie viele intensive Trainingseinheiten dieser macht, sondern viel wichtiger für einen langfristigen Erfolg sind die Minimierung von sitzenden Tätigkeiten und eine generelle Bewegungsintegration in den Alltag. Außerdem müssen Spaß und Freude ganz oben stehen, damit Kinder und Jugendliche langfristig eine Sportart ausüben (Warschburger & Petermann, 2008). Deshalb betonen die Expertinnen auch die Bewegungs- und Sportinterventionen so stark, weil sie wissen, wie wichtig

körperliche Aktivität für Menschen ist. Wenn Bewegung und Sport in der Schule auch beiläufig ausgeführt wird und Freude dabei entsteht, kann es zu positiven Auswirkungen für alle kommen.

Die Schule kann außerdem viel zu einer gesunden Ernährung beitragen. Viele Kinder und Jugendliche verbringen den ganzen Tag in der Schule, gerade deshalb spielt die Schule eine große und wichtige Rolle bei diesem Thema. „Gesunde Ernährung gehört geschult“ (I E2:22), betont eine Expertin. Ernährungsschulung kann im Unterricht gelehrt werden, sei es als Teil des Bewegungs- und Sportunterrichts oder als eigenständiges Fach, so wie es in manchen Schulen üblich ist: „In der Lehrküche gute Sachen, die uns guttun, lernen, was es heißt, wenn der Körper gut versorgt ist“ (I E2: 42). Getränke- und Essensautomaten gehören kontrolliert und vor allem hier ist es einfach, etwas Gutes für die Ernährung beizutragen und zuckerhaltige und kalorienreiche Lebensmittel nicht anzubieten. Auch das Schulbuffet oder die Mensa sollte den Kindern und Jugendlichen gesunde Lebensmittel zur Verfügung stellen und das Angebot verbessert werden. Gesunde Jausen oder gesunde Pausen könnten eingeführt werden und leicht und mit wenig Aufwand umgesetzt werden. Eine allgemeine Änderung von Ernährungsgewohnheiten ist natürlich schwierig durchzuführen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, da diese meistens von den Eltern herbeigeführt und bestimmt werden (Höger, 2018). Jedoch kann die Schule einen Teil dazu beitragen und die Schulung eines gesunden Lebensstils, welche im Vordergrund stehen sollte, ist auf jeden Fall möglich.

Themen wie Mobbing oder Übergewicht und Adipositas, aber auch andere psychologische Themen sollten im Unterricht Platz finden und angesprochen werden. Diese Themen können auch ohne Notwendigkeit thematisiert werden, um Kinder und Jugendliche dafür zu sensibilisieren, bevor es überhaupt so weit kommt. Auch der Schularzt / die Schularztin spielt hier eine große Rolle, da er /sie ebenso auf diese Themen, wenn es die Gesundheit betrifft, „hinweist und da einfach seine Pflichten erfüllt und nicht wegschaut“ (I E2: 40) und auch die Eltern dürfen nicht vergessen werden, sondern unbedingt miteinbezogen werden. Eine gute Kommunikation zwischen Eltern und Lehrer*innen ist unbestritten. Eine Expertin ist auch der Meinung, dass es sinnvoll wäre, dass Expert*innen in der Schule einerseits Elternprogramme anbieten, welche die gesunde Ernährung und die Wichtigkeit von Bewegung und Sport für die Gesundheit thematisieren, andererseits aber auch für die Schüler*innen unterschiedliche Themen präsentieren. Das Wichtigste ist das Schaffen einer Awareness und die Sensibilisierung für dieses Thema. Schüler*innen sollten eine andere Sichtweise kennenlernen, damit sie ihre Einstellung gegenüber übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen aber auch generell allen betroffenen Personen gegenüber überdenken und ändern.

5.1.1.4 Neue Perspektiven

Die neuen Perspektiven, wie Body Positivity, welche auch im Literaturkapitel näher erklärt wurden, wurden auch im Interview thematisiert und die Meinung und professionelle Einstellung der Expertinnen erfragt. Alle Expertinnen finden es gut, dass der ganze Mensch mehr in den Fokus gerückt wird, dass nicht nur mehr der schlanke Körper angesehen wird und generell der Körper nicht mehr einer Norm entsprechen müssen. „Ich finde es definitiv gut, dass man weggeht von diesem so hat ein Körper auszusehen und was ist schön“ (I E3: 64). Die neuen Perspektiven schaffen eine Awareness bei den Jugendlichen und es ist gut, dass sich in diese Richtung etwas tut. Jedoch meint eine Expertin, dass es eher eine „zweigleisige Sache“ (I E3: 72) ist, da einerseits Übergewichtige auch gesund sein können, aber ein zu hohes Körpergewicht trotzdem in Verbindung mit gesundheitlichen Problemen steht. Das merken sie ganz besonders bei den Kindern und Jugendlichen, die ins Reha-Zentrum kommen. Eine Bewusstseinsstärkung ist wichtig. Eine Steigerung des Selbstbewusstseins der Jugendlichen kann positive Auswirkungen im Alltag haben, jedoch ist es oft nur ein oberflächliches Selbstbewusstsein, „was ganz stark finde ich, von sozialen Medien übergestülpt ist, was aber gar nicht heißt, dass ich tatsächlich selbstbewusst bin, weil ich nicht meiner Selbst bewusst bin“ (I E3: 70). Viele Jugendliche zeigen nach außen, dass sie ihren Körper akzeptieren und selbstbewusst sind, um so nicht zur Zielscheibe für Mobbing zu werden. „Dieses Verherrlichen finde ich bisschen schwierig vom gesundheitlichen Thema“ (I E1: 60) meint eine Trainingstherapeutin. In ihren Augen ist ein gesundes Maß ausschlaggebend und alle Expertinnen betonen, dass die Gesundheit immer im Fokus stehen sollte, egal aus welchen Perspektiven das Thema betrachtet wird. Die Gesundheit steht auch bei Health at Every Size im Fokus. Laut diesem Ansatz kann jeder Mensch, egal mit welcher Körpergröße und egal mit welchem Körpergewicht gesund sein. Zum Teil sehen die Expertinnen dieses Themas genauso: „...das heißt nicht, dass jeder Übergewichtige ungesund ist“ (I E2: 82) und „nicht jeder braucht diese vorgegebenen Maßen um gesund zu sein“ (I E3: 64), jedoch sprechen sie auch ganz deutlich an, „dass es ja irgendwo mal gesundheitliche Schäden macht“ (I E1: 60) und es „trotzdem dieses gesundheitliche Problem ab einem gewissen Ausmaß“ (I E3: 64) gibt und sie in ihrer Arbeit sehen, mit welchen körperlichen Problemen die Kinder und Jugendliche zu kämpfen haben. Deshalb sollte man auch die neuen Perspektiven nicht einfach so hinnehmen. Man muss sie ebenfalls kritisch hinterfragen und bei den Kindern und Jugendlichen auch diesbezüglich eine Awareness schaffen.

5.1.2 Jugendliche

Bei diesen Interviews wurden erzählgenerierende Impulse eingesetzt, damit die Jugendlichen einfach drauf los von ihren Erfahrungen erzählen konnten. Bei zwei

Jugendlichen funktionierte diese Interviewart besonders gut und sie zeigten Interesse und Offenheit in ihren Erzählungen. Ein Jugendlicher tat sich etwas schwerer und brauchte mehr Zwischenfragen und Denkanstöße, um über die unterschiedlichen Themen zu reden. Um eine gute und entspannte Atmosphäre herzustellen, konnten die Jugendlichen zu Beginn einfach über ihren Alltag zu Hause, in der Arbeit oder in der Schule erzählen und auch über ihre Zeit im Reha-Zentrum. Besonderer Fokus wurde danach auf die Schwierigkeiten und Herausforderungen im Alltag und in der Schule gelegt. Gespräche über die Ziele und Wünsche für die Schule und den Sportunterricht waren von großer Bedeutung für die Beantwortung der Forschungsfragen.

5.1.2.1 Alltag der Jugendlichen

Zu Hause verbringen die Jugendlichen ihre Zeit gerne im Bett, um zu relaxen oder mit Freunden zu telefonieren oder auch vor dem PC, um ihre Onlinespiele zu spielen. Einer der Jugendlichen trifft sich auch sehr gerne mit Freunden im Jugendzentrum und hat fixe Termine für diese Treffen. Diese Treffen sind wichtig für ihn, da er ein soziales Netzwerk hat, welches ihn auffängt, falls es ihm nicht gut geht. Er fühlt sich so zugehörig zu einer Gruppe und kann so sein, wie er ist. Ein anderer geht jeden Tag zweimal mit seinem Hund spazieren und genießt die Zeit für sich. Eine Jugendliche hat einen Plan für eine bessere Organisation des Alltags zu Hause. Auf diesem Plan steht immer genau, was im Haushalt zu tun ist oder wer welche Aufgaben an welchen Tagen übernimmt. Diese Organisation ist vor allem für die Jugendlichen wichtig, welche sich beim Strukturieren ihres Alltages schwertun. Sie betonte die Notwendigkeit dieses Planes, durch den sie eine Aufgabe hat und sich gebraucht fühlt. Von den drei Jugendlichen geht nur einer in die Schule, die zwei anderen Jugendlichen gehen einerseits schon arbeiten und andererseits in eine bestimmte Produktionsschule. „Man geht dort hin für Leute, die sich schwer tun irgendwo einen Alltagsrhythmus zu haben“ (I J1: 6). Sie ist froh, dass es so eine Art Zwischenstelle gibt, die ihr eine Tagesstruktur bietet. Die Jugendlichen bekommen viel Selbstbestimmtheit und Vertrauen und können mitentscheiden, was pro Woche gemacht wird.

Leider haben die Jugendlichen nicht immer einen einfachen Alltag. Sie sind mit vielen Herausforderungen und Problemen aufgrund ihres Übergewichtes konfrontiert. Da die meisten „nicht im besten Zustand“ (I J3: 10) sind, haben sie oft Schwierigkeiten bei einfachen Tätigkeiten und können mit ihren Freunden nicht mithalten. Dadurch fehlt ihnen nicht nur die Motivation, sondern haben kein Durchhaltevermögen oder keine Willenskraft. „Auch mit den Stimmungsschwankungen ist es manchmal bisschen schwer“ (I J1: 14) äußert eine Jugendliche und spricht dabei ihre psychischen Krankheiten an. Corona war bei ihr ein ausschlaggebender Punkt: „Ich bin einfach abstürzt und dann bin ich nicht mehr nachgekommen. Ich hatte Stress und es war totales Chaos“ (I J1: 14). Weiters erzählen die

Jugendlichen von ihrer fehlenden Ausdauer, von fehlenden Muskeln, von einem ungünstigen Essverhalten und Training. Die größte Schwierigkeit im Alltag der übergewichtigen und adipösen Jugendlichen ist jedoch das Angestarrt-Werden von Menschen in der Öffentlichkeit und das verbale und körperliche Mobbing „Ich weiß nicht, warum es in letzter Zeit wieder so schlimm geworden ist in der Arbeit. Dort werde ich betatscht, sexualisiert somit und einfach gemobbt im Generellen, nur weil ich einfach dick bin“ (I J3: 20). Alle drei Jugendlichen erzählten von ihren Mobbing-Erfahrungen, welche verbal, aber auch körperlich waren. Diese Erfahrungen finden sich auch in einer anderen Studie, bei der Studierende im Bereich Soziale Arbeit Interviews mit Menschen mit hohem Körpergewicht geführt haben. Ein Teil der Befragten dieser Studie erzählte von leichten bis starken Diskriminierungen und psychischen und physischen Verletzungen, darunter Beschimpfungen, Ausgrenzungen und abwertende Blicke. Andere erfuhren aber auch Körperverletzungen durch Einzelpersonen, Gruppen und Selbstverletzungen. Dicksein ist für viele der Befragten ein Grund für Misserfolge im Arbeitsbereich, in der Schule oder im sozialen Umfeld (Tolasch, 2017). Auch die Jugendlichen, welche für diese Arbeit befragt wurden, berichteten von Schwierigkeiten und Misserfolgen in der Schule. Einige hatten Probleme mit der Motivation, andere konnten nicht mehr in die Schule gehen, weil es ihnen zu viel war.

5.1.2.2 Alltag im Reha-Zentrum

Einer der befragten Jugendlichen ist schon das zweite Mal im Reha-Zentrum, da er meinte, er hätte beim ersten Mal nicht selbst entschieden und hatte dadurch nicht so viel Motivation, um etwas in seinem Leben zu verändern. Nun wollte er von selbst ins Therapiezentrum. Dem zweiten Jugendlichen wurde ein Aufenthalt auf der Adipositas Station von seiner Arbeitsstelle empfohlen und gut zugesprochen, weil er seine Arbeit nach diesem Aufenthalt leichter ausführen könnte. Die dritte Jugendliche wollte selbst in das Reha-Zentrum, weil sie weiß, dass es ihr guttun wird und erhofft sich dadurch wieder Struktur und eine Leichtigkeit in ihren Alltag zu bekommen. Im Reha-Zentrum haben die Jugendlichen, wie die Expertinnen ebenfalls bereits angesprochen haben, jeden Tag unterschiedliche Therapien. Zu den Lieblingstherapien der Interviewten zählen vor allem die Kunsttherapie, da sie sich dort kreativ austoben können und die Lehrküche, bei der sie selbst kochen und lernen, was gesunde Portionen sind und was der Körper benötigt.

Die Bedeutung des Sports wird sehr großgeschrieben. Die Jugendlichen haben fast jeden Tag Bewegung, entweder Outdoor oder im Turnsaal, der Kraftkammer oder im Schwimmbad. Seit sie im Reha-Zentrum sind, macht ihnen die Bewegung auch mehr Spaß, da ihre Wünsche in die Trainingseinheiten einfließen und sie oft selbst entscheiden können, welche Spiele durchgeführt werden. Betreffend Ziele und Wünsche, welche die

Jugendlichen im Reha-Zentrum haben, lässt sich sagen, dass diese sehr unterschiedlich sind. Einerseits wollen sie abnehmen, andererseits auch psychische Stabilität und eine Tagesstruktur erreichen. Das Gewicht spielt bei den Jugendlichen eine größere Rolle als für die Expertinnen. „Dass es weiter mit dem Gewicht runter geht, das wünsche ich mir und hoffe ich“ (I J1: 96), betont eine Jugendliche. Auch ihre Erfolge, dass sie schon einige Kilogramm verloren haben, präsentieren sie stolz und möchten weiter motiviert bleiben. Vor allem aber steht ein besseres Wohlbefinden im Vordergrund und das wird bei den Jugendlichen oft mit einer Gewichtsabnahme assoziiert: „Dass ich halt schön abnehmen kann und sozusagen normal werden kann, also nicht, dass ich nicht normal bin, aber dass ich irgendwie mich wohler fühle“ (I J1: 86). Mit einem besseren Wohlbefinden kommt auch die generelle Erleichterung im Leben dazu. Sie wünschen sich wieder mehr Ausdauer und Kraft, um im Sport mithalten zu können, aber auch um ihren Alltag ohne große Anstrengung meistern zu können. Außerdem zählt zu den Zielen der Jugendlichen auch das Erlernen, die richtigen und notwendigen Nährstoffe zu sich zu nehmen und die Portionsgrößen einschätzen zu können. Generell möchten die Jugendlichen etwas lernen, was sie auch wirklich im Alltag umsetzen können, damit sie eine Balance im Alltag erreichen und gesund leben können.

5.1.2.3 Sporttreiben

Während des Aufenthalts im Reha-Zentrum lernen die übergewichtigen und adipösen Jugendlichen die Freude an Bewegung zu entwickeln und welche Sportarten für sie Spaß machen. Zu ihren Lieblingssportarten zählen vor allem Ballspiele, speziell Handball und Basketball. Es gibt jedoch Gründe, wieso sie bisher keinen Sport betrieben haben. Eine Jugendliche meint, dass es „wegen den Depressionen dann nicht mehr so gut funktioniert“ (I J1: 48) hat. Sie besuchte mit ihrer Mutter für eine kurze Zeit das Fitnessstudio, jedoch hat sie selbst schnell die Motivation und Freude verloren und konnte aufgrund ihrer psychischen Probleme keinen Sport mehr ausführen. Fehlende Motivation ist auch der Grund für alle drei befragten Jugendlichen, wieso sie keinen Sport betreiben. Weiters kommen auch körperliche Probleme dazu oder „weil ich einfach faul bin“ (I J3: 46), gibt ein Jugendlicher zu. Er hat den Sinn und Nutzen von Bewegung und Sport nicht gesehen: „Weil ich hab dann noch nicht gewusst, wie wichtig es ist, im Arbeitsleben fit zu sein“ (I J3: 48). Den Sinn hinter Bewegung und Sport ist den Jugendlichen im Reha-Zentrum durch die unterschiedlichen Therapien bewusst geworden.

5.1.2.4 Schule

Die Jugendlichen wurden gefragt, ob das Thema Übergewicht und Adipositas in der Schule angesprochen wird und ob es ihrer Meinung nach angesprochen werden sollte. Eine

Befragte betont, „dass man es schon ansprechen sollte, weil es ist halt Normalität und es gibt Menschen, die übergewichtig sind und die meisten können halt gar nichts dafür“ (I J1: 44). Sie ist der Meinung, dass man für das Thema in der Schule ansprechen und Awareness schaffen sollte, wieso manche Menschen übergewichtig sind und, dass man nicht alle in eine Schublade stecken sollte. Die Aufklärung über mögliche Ursachen für Übergewicht oder Fettleibigkeit wäre notwendig, um anderen Schüler*innen andere Perspektiven zu eröffnen und ihre Ansichten über übergewichtige Menschen zu ändern. Der zweite Befragte war der gegenteiligen Meinung und erklärt, dass sich die anderen Menschen selbst dafür interessieren sollten und, dass sich diese, auch nach Ansprechen des Themas, nicht darum kümmern würden. Er beschreibt seine Mitschüler*innen, welche sich überhaupt nicht für seine Gründe und sein Übergewicht interessieren und dass das Ansprechen in der Schule keinen Unterschied bringen würde. Der dritte befragte Jugendliche ist der Meinung, dass man es schon zum Thema machen sollte, jedoch sollte es nicht „übersensibilisiert“ werden. Er ist kein Freund von den neuen Perspektiven wie Body Positivity, da es für ihn in ein Extrem geht. Er betont, dass er es gut findet, dass man seinen Körper mag, jedoch muss man realistisch bleiben und erkennen, wenn es gesundheitliche negative Folgen mit sich bringt. „Es muss halt zu einer Art Zwischenmaß kommen“ (I J3: 32), ist er der Meinung. Wichtig ist, und das betont er zum Schluss, dass das Dicksein keine eigene Entscheidung ist, und diese Einstellung sollte man in der Schule thematisieren.

Nicht nur im Alltag sind die Jugendlichen mit Herausforderungen konfrontiert, sondern auch in der Schule. Eine Jugendliche spricht die Gruppenbildung in der Klasse an und, dass es ihr schwer fällt sich aufgrund ihres Übergewichtes zugehörig zu fühlen: „Ich glaub, weil ich einfach ein bisschen anders war und nicht wirklich in dieses Puzzleteil gepasst hab“ (I J1: 42). Sie würde sich wünschen, dass es nicht diese Gruppenbildung geben würde, da auch oft gelästert wird, wenn man nicht Teil einer Gruppe ist. Ein anderer Jugendlicher fühlt sich generell nicht wohl in der Schule, vor allem im Sportunterricht, weil er immer das Gefühl hat, angeschaut zu werden, weil er mit den anderen nicht mithalten kann. Er hat mittlerweile auch das Vertrauen in andere Personen verloren, da er schon oft ausgenutzt wurde: „Es gab immer diese Leute, die: „Ja, wir sind deine Freunde, du kannst mir etwas erzählen. Dann erzählst du es ihnen und dann sagen sie es jeden“ (I J2: 36). Er hat lieber keine Freunde als falsche Freunde. Der dritte Befragte äußert sich negativ gegen das generelle Schulsystem. Er sieht den Sinn hinter bestimmten Fächern nicht und meint, es wäre wichtiger für das Leben zu lernen und nicht für die Schule und für gute Noten. Er spricht aber auch von anderen Herausforderungen in der Schule. Einerseits hatte er aufgrund seines Übergewichtes keine Freunde, andererseits gibt er an, verbal immer gemobbt geworden zu sein. Das Mobbing hat schon in der 1.Klasse Unterstufe begonnen und sich nicht verbessert. Dieser Betroffene hätte sich gewünscht, dass es zum Thema im Unterricht

gemacht worden wäre und, dass generell mehr über mentale Gesundheit in der Schule gesprochen wird. Ein Jugendlicher äußert den Wunsch für die Schule, dass die Lehrer*innen viel öfter Elterngespräche führen sollten. Er meint, dass viele übergewichtige Kinder und Jugendliche es nicht sagen, wenn sie Hilfe brauchen, dass aber die Lehrpersonen eine wichtige Rolle spielen und Unterstützung bieten können, vor allem wenn die Eltern miteingebunden werden.

5.1.2.5 Sportunterricht

Ein wichtiger Teil des Interviews waren die Erzählungen und die Fragen zum Sportunterricht in der Schule. Einerseits ging es um die Inhalte, welche im Turnunterricht gemacht werden, andererseits um die Meinungen und Einstellungen der Jugendlichen zum Sportunterricht. Auch ihre Wünsche für einen besseren Sportunterricht auch als Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht wurden erfragt.

In ihren Turnstunden wurden meistens Ballspiele, Zirkeltrainings oder Stationenbetrieb gemacht, ebenso war Laufen am Plan. Erschreckend war, dass ein Jugendlicher nicht wusste, was im Sportunterricht gemacht wird, da er nie dort war und ist. Er vergisst mit Absicht seine Sportsachen, damit er nicht mitturnen muss. Die Nichtmitturner werden in eine Extraklasse gesetzt und beaufsichtigt. So konnte er auch nichts zu den Inhalten seines Sportunterrichts sagen. Den zwei Jugendlichen, welche mitturnen, machen Ballspiele am meisten Spaß. Jedoch äußert einer der Jugendlichen, dass ein zu großer Fokus auf Fußball liegt. Diejenigen, die kein Fußball wollen, sitzen daneben und schauen zu und es werden keine Alternativen angeboten.

Generell ist der Sportunterricht leider sehr negativ assoziiert. Eine Expertin meint: „Es ist sicher dieses Notenthema“ (I E3: 26), und ist der Meinung, dass „der ein oder andere Turnunterricht nicht adäquat ist, sowohl inhaltlich als auch pädagogisch“ (I E3: 26). Außerdem bedeutet der Sportunterricht für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche oft eine Herausforderung und eine Zeit des Schams. Manche Übungen können nicht mitgemacht werden und Lernziele können oftmals nicht oder nur teilweise erreicht werden. Hochgewichtige Schüler*innen erfahren gerade im Sportunterricht oft Momente der Beschämung, welche sich tief im Gedächtnis verankern und nicht vergessen werden (Körner, 2022b). Auch die befragten Jugendlichen fühlen sich im Sportunterricht nicht wohl, da sie merken, dass ihre normalgewichtigen Mitschüler*innen mehr können und „Auch wenn du dein Bestes gibst, wirst du langsamer sein als die anderen“ (I J1: 52), äußert sich eine Jugendliche. Das individuelle Wohlbefinden sollte im Sportunterricht hohe Priorität haben, da es „die Basis für psychische Gesundheit“ (Prohl et al., 2015: 47) bildet. Eine Studie von Prohl et al. (2015) hinterfragte das Wohlbefinden von übergewichtigen Kindern im Sportunterricht und kam zu dem Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede

zwischen „normalgewichtigen“ Kindern und übergewichtigen Kindern hinsichtlich ihres Wohlbefindens im Sportunterricht gibt (Prohl et al., 2015). Diese Ergebnisse decken sich nicht mit den Ergebnissen dieser Befragung, da sich die Befragten dieser Studie im Sportunterricht nicht wohl fühlen und auch nicht gerne mitturnen. Der Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte in den Altersunterschieden liegen. Es gibt Hinweise, „dass die Auswirkungen von Übergewicht auf das Wohlbefinden altersabhängig sind“ (Prohl et al., 2015) und, dass jüngere übergewichtige Kinder weniger in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt sind als ältere, übergewichtige Kinder und Jugendliche (Prohl et al., 2015). In einem Artikel von Dark (2019) wird der Prozess der Bloßstellung und Auslöschung sowohl nacheinander als auch gleichzeitig untersucht, welchen übergewichtigen Kinder und Jugendlichen im Sportunterricht durchlaufen. Die Autorin beschreibt, dass das gesellschaftliche Narrativ über dicke Körper und dicke Menschen als faul und uninteressiert an körperlicher Aktivität so allgegenwärtig ist, sodass dicke Körper ausgelöscht oder als neuartig oder anomale angesehen werden, obwohl sie im Laufe der Zeit und in allen Sportarten immer wieder auftauchen (Dark, 2019). Erzählungen von einer dicken Schülerin bringen ihre Hindernisse und schwierigen Stunden, welche sie im Turnunterricht hatte, ans Licht. Sie berichtet außerdem von einem außerschulischen Sportworkshop, bei welchem sie eine der besten ist, jedoch aufgrund ihres Körpers nicht wahrgenommen wird. Sie meint, das ist die Sache mit der sozialen Hierarchie, bei der die meisten Menschen buchstäblich auslöschen was nicht in ihre vorgefassten Vorstellungen von der Realität passt (Dark, 2019). Die befragten Jugendlichen fühlen sich ähnlich und werden im Sportunterricht oft gar nicht wahrgenommen.

Die Wünsche für den Sportunterricht sind vielfältig. Vor allem abwechslungsreiche Sportstunden wären schon eine große Unterstützung für die Jugendlichen, da auch sie die Möglichkeit haben, ihre Stärken zu zeigen. Gerade Fußball sollte nicht immer im Fokus stehen, sondern auch andere Ballspiele oder verschiedene Variationen, „zum Beispiel da spielen wir jetzt oft Kegelfußball“ (I J3: 38), was die Jugendlichen im Reha-Zentrum sehr gerne spielen. Weiters finden sie, dass es ihnen helfen würde, wenn unterschiedliche Gruppen angeboten werden und sich jeder / jede dort zuteilen kann, was er / sie machen will. „Also hat jeder Spaß und jeder kann sich dort hingezellen, wo man am meisten Spaß hat“ (I J2: 15), schlägt ein Jugendlicher vor. Ganz wichtig ist ihnen, nicht zu irgendetwas gezwungen zu werden, denn genau so verlieren sie die Freude an Bewegung und wollen nicht mehr mitmachen. Eine Jugendliche betont, dass Lehrkräfte es einfach akzeptieren sollen, „dass manche Menschen manche Sachen nicht machen können, weil es körperlich einfach nicht geht und dass man vielleicht irgendwelche Alternativen versucht zu finden und nicht sagt, komm probiere es doch noch einmal wenn es einfach nicht geht“ (I JJ1: 58). Natürlich ist es auch wichtig zu versuchen, Jugendliche zu motivieren und an ihre Grenzen

zu bringen, aber gerade bei übergewichtigen und adipösen Jugendlichen sollte man aufpassen und ihnen von Anfang an Alternativen anbieten, sodass sie auch etwas schaffen können. Ein Jugendlicher schlägt vor, dass man sich kleine Ziele individuell setzen sollte und Lehrkräfte auf diese Ziele Rücksicht nehmen und jeden individuell dabei unterstützen sollten. Im Reha-Zentrum werden die Jugendlichen gefragt, was sie für Ziele haben und diese werden dann auch versucht zu realisieren. „Sowas kann man zum Beispiel auch im Turnunterricht umsetzen“ (I J3: 42), meint ein Jugendlicher.

5.1.2.6 Gefühle und Emotionen

Zum Abschluss des Interviews wurden die Jugendlichen noch zu ihren Gefühlen und Emotionen befragt. Auch in diesem Bereich konnten die Jugendlichen entscheiden, was sie antworten wollen und was sie über sich erzählen wollen. Die Befragten waren auch hier sehr offen und ehrlich. Sie sprachen davon, dass es ihnen vor der Zeit im Reha-Zentrum nicht immer gut ging und dass sie vor allem mit den ganzen Herausforderungen im Alltag und in der Schule zu kämpfen hatten. Mittlerweile fühlen sich die Jugendlichen wohler, einerseits aufgrund ihrer bisherigen Gewichtsabnahme, andererseits aufgrund des gesteigerten Selbstbewusstseins: „weil ich sehe, dass es auch Gleichgesinnte gibt wie mich“ (I J1: 94), betont eine Jugendliche. Manche haben Angst, dass sie nach dem Aufenthalt im Reha-Zentrum wieder in alte Muster zurückfallen und hoffen auf Beständigkeit. Jedoch haben sie mittlerweile gelernt, was sie brauchen um motiviert zu bleiben und ihr Verhalten und ihre Lebensweise so zu ändern, damit sie sich wohl fühlen. Alle drei Befragten konnten ebenso eine Sache nennen, was sie an sich lieben. Einerseits waren es Körperteile, welche sie schön fanden, andererseits betonten sie ihre Persönlichkeit und, dass diese wichtiger ist als das Aussehen selbst. Zum Abschluss eines Interviews sagte eine Jugendliche: „Man sollte sich so lieben wie man ist, aber wenn man sich nicht wohl fühlt, kann man auch ruhig Veränderungen machen“ (I J1: 104) und spricht dabei die Selbstakzeptanz und Selbstliebe an.

6 Zusammenfassende Aussagen zu wirksamen schulischen Interventionen zur Sensibilisierung

Im vorherigen Kapitel wurden die Ergebnisse der Interviews zusammengefasst und in Kontext gebracht, um in diesem Kapitel nun die Forschungsfragen dieser Arbeit explizit und zusammenfassend zu beantworten. Es wird eine klare Übersicht gegeben, welche Interventionen in der Schule gesetzt werden können und welche Grenzen es dabei gibt.

In der Hauptforschungsfrage dieser Arbeit geht es um schulische Interventionen, um für das Thema Adipositas in der Schule zu sensibilisieren. Zu Beginn muss gesagt werden, dass es für die Sensibilisierung für dieses Thema Möglichkeiten zur Anwendung und Umsetzung gibt, diese jedoch teilweise begrenzt sind und andere wichtige Maßnahmen ebenso ausschlaggebend sind, um übergewichtige Kinder und Jugendliche in der Schule zu unterstützen. Dabei geht es um die drei Säulen, nämlich Bewegung und Sport, Ernährung und psychische Stabilität, welche auch im Therapiezentrum angewendet und in der Literatur beschrieben werden. Diese müssen in der Schule einen Platz finden, um durch diese den Kindern und Jugendlichen ein Verständnis von Gesundheit näher zu bringen und auf das Thema sensibilisiert zu werden.

Durch die Interviews ist klar geworden, dass auch die traditionellen Maßnahmen wie Bewegung und Sport und eine gesunde Ernährung wichtig sind bei Übergewicht und Adipositas. Dabei geht es nicht um eine Gewichtsabnahme an sich, sondern darum die Kinder und Jugendlichen in ihrer Gesundheitsförderung zu unterstützen und präventiv für die Gesundheit vorzusorgen, damit keine gesundheitlichen und psychischen Probleme und Herausforderungen aufgrund eines zu hohen Gewichtes entstehen.

Präventive Maßnahmen haben oft das Ziel der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und beinhalten Verhaltens-, aber auch Verhältnisprävention. Beide sind wechselseitig miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig (Graf & Starke, 2009). Prävention heißt in dieser Arbeit nicht, dass man Adipositas behandeln oder besser gesagt vorbeugen möchte, sondern, dass die Gesundheit aufrechterhalten bleibt und das geht mit körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung, egal ob Kinder und Jugendliche normalgewichtig, übergewichtig oder adipös sind. Deshalb spielt dies auch in der Schule eine große Rolle (Graf & Starke, 2009). „Die Schule ist ein zentraler Ort zur Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“ (Koch-Institut, 2020, S.1). Gerade in der Schule können Kinder und Jugendliche erreicht werden. Es muss jedoch auch gesagt werden, dass gerade der Schulalltag mit viel sitzen in Verbindung gebracht wird und dies Übergewicht und Adipositas begünstigen kann. Jedoch kann die Schule nicht nur zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens der Kinder und Jugendlichen, sondern auch zu einem gesunden Sportverhalten positiv beitragen und

zu einer Sensibilisierung für dieses Thema verhelfen (Koch-Institut, 2020). Die bisher eher überschaubaren Ergebnisse von Adipositas Präventionsmaßnahmen führen dazu, dass man die bisherige Fokussierung auf bestimmte Faktoren, wie zum Beispiel eine BMI-Senkung oder die Abnahme von Körpergewicht, sowie unpassende Messmethoden und Messdauer kritisch betrachtet und eine Fokusänderung ins Auge fasst. Deshalb sollte der Fokus auch nicht auf dieser Art von Prävention liegen, sondern in salutogenetischen Gesundheitsförderansätzen, die darauf abzielen, was Kinder und Jugendliche gesund hält und stärkt und wie sie durch Bewegung und Ernährung auf mehr Ressourcen zurückgreifen können. Zur Gesundheit gehört aber auch der psychische Faktor, welcher auch die dritte wichtige Säule darstellt. Diese wird durch Mobbing und andere Diskriminierungen negativ beeinträchtigt und deshalb muss auch hier in der Schule eingeschritten werden, was am besten mit der Sensibilisierung von Schüler*innen und Lehrer*innen funktioniert.

Die nächsten Unterkapitel geben einen klaren Überblick, was in der Schule getan werden kann, um übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche zu unterstützen und welche Möglichkeiten und Grenzen es bei dieser Unterstützung und Sensibilisierung für das Thema gibt.

6.1 Bewegung und Sport

In diesem Kapitel wird ein Überblick gegeben, welche schulischen Interventionen im Bereich Bewegung und Sport umgesetzt werden können, um übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche zu unterstützen. Gerade der Sportunterricht sollte für übergewichtige Kinder und Jugendliche ein stigmatisierungs- und diskriminierungsfreier Raum sein. Er ist nicht nur dafür da, um die motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und die körperliche Aktivität zu steigern, sondern auch die persönliche und soziale Verantwortung und Wertschätzung für Bewegung zu steigern. Dies ist auch im Lehrplan verankert: „Schülerinnen und Schüler sollen durch Bewegung und Sport in ihrer Entwicklung zu einer eigenständigen Persönlichkeit gefördert werden“ (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2006).

6.1.1 Individualisieren und Differenzieren

Da jeder Schüler und jede Schülerin andere Stärken und Schwächen besitzt, ist die Individualisierung und Differenzierung essentiell. Diese ist selbstverständlich für alle Schüler*innen wichtig, speziell jedoch gerade bei den Schüler*innen, welche körperlich und/oder psychisch beeinträchtigt sind. Im Therapiezentrum wird das Kind individuell betrachtet und nach seinen Bedürfnissen gestärkt und gefördert. Auch, wenn in der Schule mehr Kinder und Jugendliche gleichzeitig zu betreuen sind, ist eine Individualisierung und Differenzierung erforderlich und möglich. Auch im Lehrplan ist dies verankert, nämlich vor

allem im Grundsatz 1, der besagt: „Lehrerinnen und Lehrer nehmen Schülerinnen und Schüler individuell wahr und ermöglichen individuelle Lernprozesse“ (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2023b). Dabei geht es darum, die Schüler*innen individuell zu fördern und keine stereotypische Zuschreibung zu machen. Auch eine interviewte Expertin betont: „Ich finde es gut, dass man in den Lehrerköpfen verankert, dass es nicht der faule kleine Dicke ist, sondern vielleicht „Was steckt dahinter und was braucht er“, weil das ist für die auch nicht lustig, wenn sie auch immer die Letzten sind beim Laufen“ (I E1: 56). Damit sich die übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen auch wohlfühlen können, speziell im Bewegungs- und Sportunterricht, müssen ihre individuellen Stärken in den Vordergrund gestellt werden und nicht ihre Schwächen vor allen anderen gezeigt werden. Außerdem fänden es die interviewten Jugendlichen sinnvoll, dass sich jede*r Schüler*in für sich selbst Ziele setzt und diese dann versucht umzusetzen und zu schaffen. Nicht jeder kann die gleichen Ziele schaffen, da jeder und jede mit anderen Voraussetzungen mitbringt. Deshalb wäre es sinnvoll, für jeden unterschiedliche Ziele zu deklarieren, damit jede*r Erfolgserlebnisse haben kann. Wichtig ist auch, dass dies die anderen Schüler*innen auch verstehen und erklärt bekommen und darauf sensibilisiert werden, dass jede*r eigene Stärken und Schwächen hat und nicht jede*r alles gleich gut machen kann.

6.1.2 Individueller Bezugsrahmen für Benotung

Die Benotung im Sportunterricht wurde in den Interviews stark hervorgehoben, da diese oft nicht mit Bezug auf individuelle Rahmenbedingungen, sondern nach einem gewissen, für alle gleichen Schema, erfolgt. Übergewichtige Schüler*innen werden aufgrund ihres hohen Gewichtes schlechter beurteilt und haben wenig Möglichkeit durch ihre individuellen Stärken eine positive und gute Note zu bekommen. Die Expertinnen der Interviews gaben an, dass viele der Jugendlichen, welche in das Reha-Zentrum kommen, wegen der Benotung negativ über die Schule berichten. Sie bekommen automatisch eine schlechtere Note im Turnunterricht, weil sie einige Erwartungen aufgrund ihres Gewichtes nicht erfüllen können. Eine Expertin meinte: „Da glaube ich, muss man da sensibilisiert sein drauf, dass sie oft nicht wirklich faul sind und dass man wirklich das, was ihnen im Rahmen möglich ist, dass man eher dort die Benotung draufsetzt und nicht nach irgendwelchem Schema“ (I E1: 48). Gerade hier kommen auch wieder die individuellen Zielperspektiven in den Vordergrund. Die Benotung sollte genau anhand dieser Ziele erfolgen und es müsste darauf geachtet werden, was jede*r Einzelne schafft und wie sich die individuelle Person weiterentwickelt, ohne mit anderen verglichen zu werden. Lehrer*innen sollten genau darauf achten und die Benotung auf die individuelle Entwicklung setzen. Dies ist zum Teil auch im Lehrplan verankert: „Die Bewertung des Lernerfolgs soll sich einerseits an

vorgegebenen, aber auch an von Schülerinnen und Schülern mitbestimmten Maßstäben orientieren. Die individuellen Voraussetzungen der Schülerinnen und Schüler sind dabei zu beachten“ (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2006). Vor allem sollten aber die individuellen Voraussetzungen im Mittelpunkt stehen und nicht die vorgegebenen Maßstäbe. Jedoch muss gesagt werden, dass dies durchaus schon in manchen Schulen und Klassen umgesetzt wird.

6.1.3 Freude an der Bewegung

Die befragten Jugendlichen betonen ganz besonders, dass die Freude an der Bewegung sollte immer im Vordergrund stehen. Am wichtigsten sind Aktivitäten, welche den Jugendlichen Spaß machen, da diese wahrscheinlich nachhaltiger sind. Im Sportunterricht sollte man darauf achten, dass viele Gruppenspiele und -übungen gemacht werden, und weniger Leistungssport und Wettbewerbsaktivitäten betrieben werden, welche für fettleibige Kinder und Jugendliche nicht geeignet sind. Diese könnten psychologische und soziale Probleme verstärken, wenn sie zur Teilnahme gezwungen werden, aber auch zur Stigmatisierung führen, wenn sie ausgeschlossen werden (Lobstein et al., 2004). Übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche haben vor allem Spaß an der Bewegung, wenn sie mitbestimmen dürfen, was gemacht wird und die Turnstunden abwechslungsreich gestaltet werden, sodass auch sie Sportarten für sich entdecken können. Die abwechslungsreichen Turnstunden gehören auch zu den meist genannten Wünschen der interviewten Jugendlichen. Die Schüler*innen wollen unterschiedliche Sportarten, vor allem Ballspiele, ausprobieren und Varianten kennen lernen. Vor allem das Anbieten von unterschiedlichen Gruppen würde ihnen helfen, sich dort einzuteilen, was auch ihnen Spaß macht und wo sie sich weiterentwickeln können. Wenn Inhalte gemacht werden, welche sie aufgrund ihres Körpergewichtes nicht leisten können, kann dies nicht nur zu einer Demotivation führen, sondern auch zu Diskriminierungen unter den Schüler*innen, wenn sie merken, dass die übergewichtigen Schüler*innen etwas nicht schaffen. Wichtig ist für Lehrer*innen, dass sie aufmerksam sind, was für diese Schüler*innen schaffbar ist und diese nicht zu irgendwelchen Inhalten zwingen, welche sie einfach nicht ausführen können.

6.1.4 Sinn von Bewegung und Sport

Weiters ist es wichtig, dass den Kindern und Jugendlichen der Sinn von Bewegung und Sport nähergebracht wird. Das betrifft nicht nur die übergewichtigen und adipösen Schüler*innen, sondern die ganze Klasse. Wenn die Wichtigkeit von Bewegung und Sport erklärt wird, kann sich eine negative Einstellung gegenüber Bewegung ändern, und Freude und Motivation an Bewegung kann entstehen. Den Kindern sollte der Gesundheitsfaktor

bewusst gemacht werden. „Schulische Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, Schülerinnen und Schülern ein höheres Ausmaß an Wissen und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (Gesundheitskompetenz) und sie damit zur selbstbewussten Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2023a). Ein interviewter Jugendlicher betont ebenfalls, dass er bis zu seiner Zeit im Reha-Zentrum den Sinn hinter Bewegung und Sport nicht wusste: „Ich hab einfach keinen richtigen Nutzen dahinter gesehen. Ich hab dann noch nicht gewusst, wie wichtig es ist, im Arbeitsleben fit zu sein“ (I J3: 46, 48). Bewegung und Sport ist eben nicht nur für die Gesundheit wichtig, sondern auch für die Fitness, um den Alltag einfach meistern zu können. Dieser Sinn und Nutzen von Bewegung und Sport sollte im Unterricht erklärt und verdeutlicht werden.

6.1.5 Sportliche Aktivitäten zwischendurch

Bewegung und sportliche Aktivitäten sind für alle Kinder und Jugendlichen wichtig. Studien haben gezeigt, dass Interventionen, welche auf den Energieverbrauch abzielen, erfolgreicher sind, wenn sie auf die Verringerung eines sitzenden Lebensstils abzielen, als auf eine Erhöhung des Bewegungsniveaus. Junge Menschen sollten daran erinnert werden, dass eine Steigerung der körperlichen Aktivität am besten durch eine Veränderung der beiläufigen Aktivitäten erreicht werden kann und nicht unbedingt durch organisierte sportliche Betätigungen (Lobstein et al., 2004). Vor allem in der Schule nehmen die sitzenden Aktivitäten viel Zeit in Anspruch. Hier könnten alle Lehrer*innen einen Beitrag leisten und aktive Übungen während ihres Unterrichts einbauen. Das könnten schon zwischendurch Bewegungsübungen am Stand sein oder das Einführen von aktiven und bewegten Pausen zwischen den Unterrichtsstunden.

6.1.6 Schnuppertrainings der Vereine

Eine weitere wichtige Intervention im Bereich Bewegung und Sport ist, dass die Lehrer*innen Kinder und Jugendliche dazu erziehen, sich auch außerhalb der Schule aktiv zu bewegen. Die Schule kann auch hier einen Beitrag dazu leisten, „wo ein Monat lang, zwei Mal in der Woche irgendein Verein vorbeikommt“ (I E4: 34), der den Kindern und Jugendlichen Ideen gibt, was außerschulisch gemacht werden kann. Hier ist die Kooperation zwischen Schule und Sportvereinen essenziell, aber auch die Zusammenarbeit zwischen Lehrer*innen und Eltern, um auch diese ins Boot zu holen.

6.1.7 Sensibilisierung im Sportunterricht

Um im Sportunterricht für das Thema zu sensibilisieren, müsste der Sportunterricht neu konzipiert werden und die Inhalte des Sportunterrichts und die Art und Weise wie die Schüler*innen lernen, verändert werden. Das Thema Ernährung und Sport sollte

besprochen werden, um mehr über die Einstellungen der Kinder und Jugendlichen zu erfahren und auch zu sehen, woher ihr Verständnis dafür kommt. Die Sprache, welche im sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen gesprochen wird und die Aktivitäten, welche im Sportunterricht in Bezug auf Gesundheit gemacht werden, beeinflussen die Kinder und Jugendlichen in ihrer eigenen Gesundheit und Körperlichkeit und wie sie über andere denken. Sportunterricht wird mit den Begriffen wie Fitness, gesunde Ernährung und grundlegende motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten in Verbindung gebracht. Jedoch ist es wichtig, zusätzlich auch eine Version zu schaffen, welche alle Körpertypen, Hintergründe, Geschlechter und Wünsche berücksichtigt und Lehrkräfte offener und kritisch denken. Lehrpersonen sollten ebenfalls offen sein für Veränderungen der Lehrplanprioritäten und pädagogischen Normen. Burrows et al. (2019) beschreibt ein Projekt, bei dem Grundschullehrer*innen ihren Sportunterricht genau so konzipiert haben. Ergebnis war, dass Lehrkräfte ihre Einstellung gegenüber dem, was wichtig ist in Gesundheit und Wohlbefinden, änderten und sich das auch auf die Einstellungen der Kinder positiv auswirkte. Ebenso ist es wichtig, die Priorität, Schüler schlanker zu machen zu überdenken und mehr auf eine generelle Fitness zu achten (Burrows, Leahy & Wright, 2019).

6.2 Ernährung

In diesem Kapitel wird kurz die zweite wichtige Säule betont, nämlich die Ernährung. Schulische Interventionen können genutzt werden, um den Kindern und Jugendlichen nicht nur Bewegung und Sport näher zu bringen und ihnen dabei Freude zu vermitteln, sondern auch um Ernährungsgewohnheiten von Kindern durch die Einführung neuer Maßnahmen zu ändern, wie beispielsweise die Reduktion von fett- und zuckerreichen Lebensmitteln und ein verstärktes Angebot von Obst, Gemüse und Wasser (Jago et al., 2009). Es geht darum, den Kindern und Jugendlichen Bedeutung gesunder Ernährung zu vermitteln, die ihnen hilft, fit und gesund zu leben. Explizit wird der Ernährung in der Schule nur wenig Bedeutung beigemessen. Der Unterrichtsgegenstand „Ernährung und Haushalt“ findet nur einmal in vier Jahren statt, in manchen Schularten gar nicht. In diesem Bereich werden „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für eine an Gesundheit und Nachhaltigkeit orientierte selbstverantwortliche Gestaltung des Essalltags erworben“ (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2023a) für ein körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Diese selbstverantwortliche Gestaltung des Essalltags ist jedoch bei Kindern und Jugendlichen oft nicht möglich, da vieles von ihren Eltern abhängig ist. Wichtig ist, die Schüler*innen dafür zu sensibilisieren, dass Übergewicht und Adipositas kein eigenschuldiges Verhalten ist und sie nicht selbst dafür verantwortlich sind, aber

Möglichkeiten der Einflussnahme kennenlernen können. Da die Schüler*innen in der Schule viel Zeit verbringen, kann man genau hier einen wichtigen Beitrag leisten.

6.2.1 Ernährungsschulung

Ernährungsschulung sollte einen Platz in der Schule finden. Auch wenn nicht alle Schulformen ein explizites Fach dafür haben, gibt es auch viele Möglichkeiten die Schüler*innen in gesunder Ernährung zu schulen und die Bedeutung für ihren Alltag zu erkennen. Das kann im Sportunterricht geschehen, aber auch fächerübergreifend in verschiedenen bzw. im Sinne des Unterrichtsprinzips „Gesundheitserziehung“ in allen Unterrichtsgegenständen. Neben externen Expert*innen spielen auch die Eltern eine wichtige Rolle und sollten in die Gesundheitsförderprogramme an Schulen eingebunden werden (z.B. mit Themen wie Ernährung, gesunder Lebensstil, Bedeutung einer gesunden, vitaminreichen und proteinreichen Nahrung vermittelt werden).

6.2.2 Gesunde Pausen und Jausen

An vielen Volksschulen gibt es bereits die gesunden Pausen/ Jausen, wo einmal die Woche von Eltern Obst, Gemüse und nährreiche Lebensmittel mitgenommen werden und die Kinder diese vorbereiten. Auch höherbildende Schulen bieten oft eine gesunde Pause an, in der sie Obst gratis zur Verfügung stellen. Weiters ist es wichtig, dass Lehrer*innen darauf schauen, ob die Jause der Schüler*innen nährreich ist, sodass die Kinder und Jugendlichen auch gut lernen können und ihr Gehirn ausreichend mit Nährstoffen versorgt ist. Weiters wäre es wichtig, das Schulbuffet gesund zu gestalten und den Kindern und Jugendlichen nährreiche Lebensmittel zur Verfügung zu stellen. Es gibt Schüler*innen, welche auf das Schulbuffet angewiesen sind, weil ihre Eltern in der Früh wenig Zeit haben eine Jause zu zubereiten. Vielfach bieten Schulbuffets und Automaten nach wie vor Getränke oder Essen mit hohem Zucker- bzw. Fettgehalt. Wichtig wären daher das Setzen von Anreizen, die Schüler*innen die gesündere Wahl erleichtern: „Es kann nicht sein, dass die Leberkäsemmel billiger ist“ (I E3: 26), betont eine Expertin.

6.3 Sensibilisierung für Adipositas und Übergewicht

In diesem Unterkapitel wird der Beantwortung der zentralen Forschungsfrage nachgegangen. Wie schon erwähnt, ist die Sensibilisierung für das Thema in der Schule möglich und betont mit seinem salutogenetischen Ansatz die Wichtigkeit von Bewegung, Sport und Ernährung im Setting Schule als Ressource für übergewichtige und adipöse Schüler*innen.

Die kritische Auseinandersetzung mit Adipositas kann persönlich und emotional sein und bei einigen Schüler*innen ein tiefes Unbehagen und Widerstand hervorrufen. Fat Studies

Diskurse versuchen die Rhetorik von Fettleibigkeit zu dekonstruieren, die Biopolitik des Gewichts hervorzuheben, die Überschneidungen von Fettleibigkeit mit anderen Formen der Unterdrückung zu thematisieren und die historischen Ursprünge von Fettleibigkeit zu erforschen (Cameron, 2015).

Es gibt vier Themen, welche bei der Umsetzung der Sensibilisierung für das Thema wichtig sind, nämlich die Schaffung eines Rahmens, eine Schichtung, die Verbindung und das Lehren (Cameron, 2015). Es ist wichtig, dass Lehrer*innen darauf achten ein Umfeld zu schaffen, das Vertrauen und Respekt beinhaltet, in dem sich Schüler*innen sozial, emotional und physisch sicher genug fühlen, ihre Meinung auszusprechen. Wichtig ist ein Ansatz, der behutsam beginnt, sich vorsichtig vorwärts bewegt und dann mit der Zeit direkter wird. Wichtige Kompetenzen, welche die Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Sport und auch die Bewältigung von Konflikten betreffen, können nur erworben werden, „wenn die Schule als ein sicherer und gesundheitsfördernder Ort wahrgenommen wird, was z.B. durch ein lernförderliches und angstfreies Klassen- und Schulklima, durch ein Stärken des sozialen Miteinanders, durch Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt, Mobbing und Diskriminierung [...], durch Förderung von Bewegung und Sport [...] und durch das Angebot eines gesunden und nachhaltigen Essens in der Schule erreicht werden“ (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2023b, S.9). Es ist notwendig, dass eine bewusste Sprache, Informationen und Aktivitäten im Klassenzimmer stattfinden, die das Lernen der Schüler*innen in Bezug auf den Adipositas Diskurs unterstützen. Zuerst sollen Schüler*innen sich selbst Gedanken über ihre Überzeugungen und Einstellungen machen, um diese dann weitergeben zu können. Weiters ist es von großer Wichtigkeit, auf welche Art und Weise Pädagog*innen den Inhalt für die Schüler*innen sinnvoll und relevant machen (Cameron, 2015). Eine Expertin betont genau diese Art und Weise der Lehrkräfte, nämlich „was ich als Lehrer mit meiner Klasse tue und wie ich es tue, da kann ich sehr viel lenken“ (I E3: 60). Dies geht vor allem durch verschiedene Theorien und Perspektiven. In der Studie von Cameron (2015) berichtete eine Teilnehmerin zum Beispiel von einem nützlichen Ansatz, wie man Fettleibigkeit zum Thema machen kann. Fettleibigkeit wird auf vier verschiedene Arten problematisiert: als ein medizinisches Problem, als Problem der Ernährungsumwelt, als moralisches Problem und als gar kein Problem mit Fettakzeptanz und Fett-Aktivismus. Diesen Rahmen nutzte sie für ihre Schüler*innen und besprach die unterschiedlichen Arten (Cameron, 2015). Ein wichtiges Thema ist auch die Sprache, auf die geachtet werden sollte, um anzuerkennen, dass Sprache politisch ist, insbesondere die Verwendung von Terminologie, Definitionen und Rhetorik. Es gibt Studien, die berichten, dass stigmatisierende Einstellungen steigen, wenn Übergewicht und Adipositas zum Beispiel mit dem Wort Epidemie in Verbindung gebracht werden (Luck-Sikorski, 2017). Außerdem sollte der Sprachgebrauch nicht

abwertend sein. Man ist der Meinung, dass die Wörter *dick* und *hochgewichtig* angemessener sind als *übergewichtig* und *adipös*, um wissenschaftlich-medizinische Assoziationen zu vermeiden und klarzustellen, dass ein Unter-, Normal- und Übergewicht auf ein ideales Körpergewicht schließen lässt, welches es jedoch nicht gibt (Schaffer & Buchinger, 2019). Das Thema sollte generell bei den Schüler*innen normalisiert werden und ihnen vermittelt werden, dass jeder Körper normal ist. Dies betont auch eine Interviewte: „Man sollte es zur Normalität machen, weil manche machen es ja zur Normalität, dass jeder so sein soll, also nicht so eine Spaghetti oder so, weil man sieht das überall im Fernsehen, dass die einfach nur dünn sind“ (I J1:44). Auf den Sprachgebrauch sollte auch bei Adipositas-Präventionskampagnen geachtet werden, bei denen es oft zu Stigmafallen kommt. Der nationale Aktionsplan der deutschen Bundesregierung 2007 brachte eine negativ konnotierte Kampagne „Fit gegen Fett“ heraus. Hier ist nicht nur der Sprachgebrauch nicht passend, sondern sie beinhaltet ein impliziertes Vorurteil, dass dicke Menschen nicht fit und gesund sein können (Schaffer & Buchinger, 2019).

Nicht nur die Sprache ist ein wichtiges Thema, sondern auch die Vermittlung von historischem Kontext, der den Schüler*innen zu verstehen hilft, woher die Ideen kommen und wie sie sich noch weiter entwickeln (Cameron, 2015). Dabei geht es auch um die Vermittlung und Aufklärung der Ursachen von Übergewicht und Adipositas. Wenn in der Schule darüber gesprochen wird, sollten umweltbezogene und genetische Aspekte im Mittelpunkt stehen und nicht die Selbstverursachung. Den Schüler*innen sollte dadurch ein Verständnis vermittelt werden, um ihre Einstellung und Meinung zu diesem Thema kritisch zu betrachten und eventuell andere Perspektiven zu entwickeln. Weiters kann auch die Lebenswelt hochgewichtiger Menschen verdeutlicht werden und dadurch das Verständnis der Schüler*innen gestärkt werden, um so ein Gewichtsstigma zu reduzieren. Eine Expertin meinte: „Vielleicht kann man auch einmal ausprobieren, bei anderen Kindern, die kein Verständnis haben für die Übergewichtigen, dass man Gewichtsrucksäcke verwendet, um zu sehen, was das heißt, wenn man übergewichtig ist“ (I E2: 42). Es muss ein Bewusstsein für diese Thematik geschaffen werden und generell Bewusstseinsstärkung betrieben werden. Die Schule ist ein guter Startpunkt dies zu fördern, um Kinder und Jugendliche so zu erziehen, dass sie auch in der Gesellschaft ihre Perspektiven zu solchen Themen hinterfragen und ändern. Nicht-stereotypische Darstellungen von hochgewichtigen Menschen, vor allem auch in den Medien, kann zu positiven Effekten bei der Akzeptanz von Übergewicht und Adipositas führen. Ebenso förderlich sind Filme, welche einen Überblick über Gewichtsstigma geben und dadurch der Fokus auf der Empathie gegenüber den psychosozialen Folgen liegt und nicht auf der vermeintlichen Krankheit selbst (Luck-Sikorski, 2017).

Generell sollten die Themen Übergewicht und Adipositas, aber auch mentale Gesundheit und Mobbing und andere sensible Themen im Unterricht Platz finden, um für diese Themen die Kinder und Jugendliche zu sensibilisieren. „Wenn das natürlich in einem Klassenverband Thema ist, dann muss man es auf jeden Fall ansprechen finde ich und dann eben vielleicht bereits im Vorfeld, wo es schon noch nicht zu so einem großen Thema geworden ist“ (I E4: 46), meint eine Expertin. Für solche Themen kann man sich auch Expert*innen in die Schule holen, welche sich genau mit diesen Themen auskennen und wissen, wie man diese vermittelt.

Eine Sensibilisierung für dieses Thema soll helfen, die Perspektiven zu ändern und so Mobbing und Diskriminierungen zu vermeiden und die Steigerung eines Selbstwertgefühls zu fördern. Das Selbstwertgefühl gilt als wichtiger Grundstein für eine gute Lebensqualität: „Die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls bereitet die Basis für Wohlbefinden, Selbstfürsorge und Stressentlastung“ (Schaffer & Buchinger, 2019, S.37). Genau das wird auch im Reha-Zentrum gelehrt und vermittelt und sollte ebenso in der Schule so durchgeführt werden.

6.4 Grenzen und Herausforderungen

Das Reha-Zentrum bietet für hochgewichtige junge Menschen einen Anstoß, um in ihrem Alltag wieder mehr Lebensqualität zu bekommen, um zu lernen, was es heißt, gesund zu leben und auch, wie sie mit Mobbing und Diskriminierungen umgehen können. Eine Herausforderung ist jedoch, dass es oft keine Nachfolgetermine gibt und die Kinder und Jugendlichen nach fünf Woche Reha-Aufenthalt wieder auf sich allein gestellt sind. Gerade hier müsste die Schule einschreiten und einen Raum bieten, in dem die Ideen des Reha-Zentrums weitergeführt werden. Die Herausforderung hier jedoch ist, dass Lehrer*innen oft nicht darauf vorbereitet und geschult sind. Die Sensibilisierung fängt nicht erst in der Schule an. Sinnvoller wäre es, wenn ein Bewusstsein für Vorurteile gegenüber dicken Körpern und auch das Erlernen von Strategien zum Abbau fettfeindlicher Vorurteile, schon in der Ausbildung von Sportfachleuten und Sportlehrer*innen geschaffen werden würden (Rich & Mansfield, 2019). Noch wichtiger wäre es, wenn alle Lehrkräfte in ihrer Ausbildung dafür sensibilisiert wären, um in der Schule unterstützend handeln zu können.

Eine weitere Herausforderung ist oft die Einbeziehung der Eltern, die insbesondere für Kinder eine wichtige Rolle spielen, da diese über deren Alltag größtenteils entscheiden und bestimmen. Eltern übergewichtiger Kinder und Jugendlichen sind oft selbst hochgewichtig, wie auch eine Expertin berichtete. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrer*innen ist manchmal schwieriger als vorgestellt. Viele Lehrerkräfte sind auch zurückhaltender, da sie sich nicht einmischen wollen. Eine Expertin erzählt auch von dieser Herausforderung: „Ich kenne leider ein paar Volksschullehrer, die wirklich auch sagen, sie haben die Angst,

die Eltern anzusprechen, weil sie sich nur blöde Rückmeldungen dann anhören können und sie haben schon so viel um die Ohren und das ist nicht ihr Job [...], aber trotzdem haben sie halt einen bestimmten Beziehungsauftrag“ (I E3: 38). Um diese Elterngespräche auch führen zu können, wäre es eben sinnvoll, wenn Lehrkräfte auch hier schon in ihrer Ausbildung geschult werden.

Die größte Herausforderung besteht jedoch bei der Einbeziehung des sozialen und kulturellen Kontextes. Am wichtigsten wäre eine gute und koordinierte Zusammenarbeit zwischen Mediziner*innen, Gesundheitsverwalter*innen, Lehrer*innen, Eltern, Lebensmittelhersteller*innen, Gastronomen, Medien, Freizeitplaner, Politiker*innen und Gesetzgeber*innen (Lobstein et al., 2004). Es geht dabei nicht nur um die Schaffung einer bewegungsfreundlicheren Umwelt und Lebensmittelkontrollen, sondern um eine Veränderung der Denkweise gegenüber Übergewicht und Adipositas innerhalb der Gesellschaft. Da so eine Zusammenarbeit und der damit verbundene Perspektivenwechsel von vielen Faktoren beeinflusst wird, muss man dort anfangen, wo es möglich ist und das ist das Setting Schule. Auch wenn die Schule eingeschränkte Möglichkeiten hat, können diese schon Großes bewirken.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend geht aus der qualitativen Forschung heraus, dass die Ideen, Einstellungen und die Arbeit des Reha-Zentrums in der Schule angewendet werden können, um so für das Thema Adipositas in der Schule zu sensibilisieren. Die Sensibilisierung für dieses Thema ist möglich, jedoch in der Kombination den traditionellen Sichtweisen, dass auch Bewegung und Sport und eine gesunde Ernährung wichtig sind für eine Gesundheit ohne den Fokus auf Gewichtsverlust. Da Schulen regelmäßigen Kontakt mit Kindern und Jugendlichen haben, eröffnen sich Möglichkeiten zur Bewegungsförderung, Ernährungserziehung und Sensibilisierung für das Thema Übergewicht und Adipositas. Das kann sowohl im Rahmen des Lehrplans aber auch durch die Bereitstellung geeigneter Einrichtungen im schulischen Umfeld, wie zum Beispiel Schulmahlzeiten, Verpflegung und Sportgeräte geschehen. Dadurch beeinflussen Schulen das Wissen und die Einstellungen der Schüler*innen positiv und bieten Möglichkeiten für eine Selbstwirksamkeitsentwicklung. Außerdem kann die Schule auch Kontakt zur Familie und zum weiteren Umfeld herstellen. Kinder und Jugendliche sollten körperlich aktiv sein, weil sie Spaß daran haben und weil sie es wollen und nicht von irgendetwas abhängig sein. Für den Sportunterricht empfiehlt sich daher eine kritischere Auseinandersetzung mit medizinisch-wissenschaftlichem Wissen und einen entspannten, spielerischen Umgang mit körperlicher Aktivität selbst.

Am wichtigsten ist jedoch, dass die negativen Effekte von Fettleibigkeitsdiskursen stärker bewusst und alternative Denkweisen sichtbarer gemacht werden. Die Schule und der Sportunterricht bieten geeignete Räume, um alternative Praktiken etablieren zu können. Personen mit hohem Körpergewicht sollten nicht pathologisiert werden, da auch dicke Menschen, welche die Normen nicht erfüllen, gut und gesund leben können. Auf der anderen Seite geht es aber auch um die psychosozialen Stressoren, welchen hochgewichtige Menschen aufgrund ihres Gewichts ausgesetzt sind. Unterstützungsmaßnahmen sollten das Ziel haben, „die seelische und körperliche Gesundheit der Betroffenen zu schützen und ihre Lebensqualität zu verbessern (Schmitt & Rose, 2017, S.181). Auch Hilfestellungen wie die Bestätigung, dass alle Körper gut sind, wie sie sind und gesund sein können, sind relevant in der Schule. Bewegung und Sport, sowie eine gesunde Ernährung gelten als Ansatzpunkte für Unterstützungsmöglichkeiten. Vorsicht ist jedoch bei allen Maßnahmen geboten, um nicht erneut Stigmatisierungen hervorzurufen. Es sollte vor allem um eine Reduzierung der psychosozialen Verletzungen von außen und um die Entwicklung von starken Widerstandspotentialen gegen Diskriminierungen gehen.

Die bisherigen Studien zu Gewichtsstigmas und der Reduktion von Gewichtsdiskriminierung verdeutlichen, dass noch viel mehr Forschungsarbeit geleistet werden muss, um anwendbare Ansätze umsetzen und etablieren zu können. Nicht nur in der Forschung der Ursachen für Gewichtsstigmas, sondern auch in der Adipositas-Forschung und Therapie ist ein gesamtgesellschaftlicher und evidenzbasierter Ansatz erforderlich (Luck-Sikorski, 2017, Schaffer & Buchinger, 2019).

Außerdem gibt es Bedarf an weiterer Forschung, welche sich mit evidenzbasierten Interventionen auseinandersetzen, in denen Körperpädagogik entwickelt werden, wie zum Beispiel in Bildungskontexten, vor allem in Kindergärten und Schulen.

Literaturverzeichnis

- Anderson, J. (2012). Whose Voice Counts? A Critical Examination of Discourses Surrounding the Body Mass Index. *Fat Studies*, 1(2), 195–207. <https://doi.org/10.1080/21604851.2012.656500>
- Brown, T., Moore, T. H., Hooper, L., Gao, Y., Zayegh, A., Ijaz, S., Elwenspoek, M., Foxen, S. C., Magee, L., O’Malley, C., Waters, E., & Summerbell, C. D. (2019). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub4>
- Brown, T., Smith, S., Bhopal, R., Kasim, A., & Summerbell, C. (2015). Diet and Physical Activity Interventions to Prevent or Treat Obesity in South Asian Children and Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 566–594. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100566>
- Brownell, K. D., & Stunkard, A. J. (2002). Goals of Obesity Treatment. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd edition, S. 573–577). Guilford Press.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.). (2006). *Lehrplan für Bewegung und Sport ab der 9. Schulstufe*.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.). (2020). *Lehrplan der Handelsakademie—Wirtschaft und Recht*.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. (2023a). *Lehrplan der Mittelschule*.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.). (2023b). *Lehrplan der Volksschulen (Volksschulklassen) mit deutscher und ungarischer Unterrichtssprache*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2020). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2023). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.). (2021). *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*.
- Burgard, D. (2020). What Is “Health at Every Size”? In E. Rothblum & S. Solovay (Hrsg.), *The Fat Studies Reader* (S. 42–53). New York University Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814777435.003.0010>
- Cameron, E. (2015). Toward a Fat Pedagogy: A Study of Pedagogical Approaches Aimed at Challenging Obesity Discourse in Post-Secondary Education. *Fat Studies*, 4(1), 28–45. <https://doi.org/10.1080/21604851.2015.979336>
- Cameron, E., & Russell, C. (2016). *The fat pedagogy reader: Challenging weight-based oppression through critical education*. Peter Lang.
- Cameron, E., & Russell, C. (2021). Fattening education: An invitation to expand on the nascent field of fat pedagogy. In *International handbook of fat studies* (S. 120–131). Routledge.
- Cameron, E., & Watkins, P. L. (2018). Fat pedagogy: Improving teaching and learning for everyBODY. *Fat Studies*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/21604851.2017.1363573>
- Cliff, K., & Wright, J. (2010). Confusing and contradictory: Considering obesity discourse and eating disorders as they shape body pedagogies in HPE. *Sport, Education and Society*, 15(2), 221–233. <https://doi.org/10.1080/13573321003683893>
- Dark, K. (2019). Exposure and erasure: Fat kids in gym class, fat adults as athletes. *Fat Studies*, 8(2), 127–134. <https://doi.org/10.1080/21604851.2019.1552063>
- Di Cesare, M., Sorić, M., Bovet, P., Miranda, J. J., Bhutta, Z., Stevens, G. A., Laxmaiah, A., Kengne, A.-P., & Bentham, J. (2019). The epidemiological burden of obesity

- in childhood: A worldwide epidemic requiring urgent action. *BMC Medicine*, 17(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1449-8>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
- Elmadfa, I., Freisling, H., Nowak, V., & Hofstädter, D. (2009). *Österreichischer Ernährungsbericht 2008* (2. Aufl). Bundesministerium für Gesundheit.
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Hrsg.). (2002). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed). Guilford Press.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005a). Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *293*(15), 1861–1867.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005b). Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA*, 293(15), 1861–1867.
- Gard, M., & Wright, J. (2005a). *The Obesity Epidemic: Science, morality and ideology*. Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Gard, M., & Wright, J. (2005b). *The Obesity Epidemic: Science, morality and ideology*. Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Goebel, R., & Schulz, M. (2006). Definition von Übergewicht und Adipositas: Bewertungskriterien im Wandel der Zeit. *Pharmazie in unserer Zeit*, 35(6), 478–483. <https://doi.org/10.1002/pauz.200600192>
- Graf, C., & Starke, D. (2009). Prävention von Adipositas.pdf. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 60(5), 108–111.
- Greenleaf, C., Martin, S. B., & Rhea, D. (2008). Fighting Fat: How Do Fat Stereotypes Influence Beliefs About Physical Education? *Obesity*, 16(S2), S53–S59. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.454>
- Greenleaf, C., & Weiller, K. (2005). Perceptions of Youth Obesity among Physical Educators. *Social Psychology of Education*, 8(4), 407–423. <https://doi.org/10.1007/s11218-005-0662-9>
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & American Psychological Association (Hrsg.). (2009). *Obesity in youth: Causes, consequences, and cures* (1st ed). American Psychological Association.
- Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669–686). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Herrmann, A., Kim, T. J., Kindinger, E., Mackert, N., Rose, L., Schorb, F., Tolasch, E., & Villa, P.-I. (Hrsg.). (2022a). *Fat Studies: Ein Glossar* (1. Aufl.). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839460054>
- Herrmann, A., Kim, T. J., Kindinger, E., Mackert, N., Rose, L., Schorb, F., Tolasch, E., & Villa, P.-I. (Hrsg.). (2022b). *Fat Studies: Ein Glossar* (1. Aufl.). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839460054>
- Höger, B. (2018). *Die tägliche Bewegungs- und Sporteinheit.pdf*. Universität Wien.
- Kelley, G. A., & Kelley, K. S. (2013). Effects of Exercise in the Treatment of Overweight and Obese Children and Adolescents: A Systematic Review of Meta-Analyses. *Journal of Obesity*, 2013, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2013/783103>
- Kelley, G. A., Kelley, K. S., & Pate, R. R. (2015). Exercise and BMI in Overweight and Obese Children and Adolescents: A Systematic Review and Trial Sequential Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 2015, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2015/704539>
- Koch-Institut, R. (Hrsg.). (2020). *AdiMon-Themenblatt: Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen*.
- Körner, S. (2022). Sport. In A. Herrmann, T. J. Kim, E. Kindinger, N. Mackert, L. Rose, F. Schorb, & P.-I. Villa (Hrsg.), *Fat Studies: Ein Glossar*. (1.Aufl.). transcript Verlag.
- Küsters, I. (2019). Narratives Interview. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 687–693). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_45

- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5(s1), 4–85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x>
- Luck-Sikorski, C. (2017). Stigmatisierung und internalisiertes Stigma bei Adipositas. Interventionsmöglichkeiten. In *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 86–96). Beltz Juventa.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601–613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mey, G., & Mruck, K. (2011). Qualitative Interviews. In G. Naderer & E. Balzer (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis* (S. 257–288). Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6790-9_14
- Müller, B. C. N., Oude Groote Beverborg, A., & Glock, S. (2017). Pre-service teachers' academic judgments of overweight students. *Social Psychology of Education*, 20(4), 897–913. <https://doi.org/10.1007/s11218-017-9400-3>
- Mulrine, H. (2013). *Interventions to prevent childhood obesity—Literature review*. Canterbury District Health Board.
- Penney, T. L., & Kirk, S. F. L. (2015). The Health at Every Size Paradigm and Obesity: Missing Empirical Evidence May Help Push the Reframing Obesity Debate Forward. *American Journal of Public Health*, 105(5), e38–e42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302552>
- Pringle, R., Larsson, H., & Gerdin, G. (Hrsg.). (2019). *Critical research in sport, health and physical education: How to make a difference*. Routledge.
- Prohl, R., Ott, M., & Albrecht, L. I. (2015). Soziale Anerkennung und individuelles Wohlbefinden übergewichtiger Kinder im Sportunterricht. *Zeitschrift für sportpädagogische Forschung*, 3(2), 43–60. <https://doi.org/10.5771/2196-5218-2015-2-43>
- Purkarthofer, S. (2010). *Dick, übergewichtig, fett—Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Ernährung und Bewegung als zentrale Interventionsaspekte bei adipösen und übergewichtigen Kindern und Jugendlichen*. Dr. Müller.
- Rich, E., & Mansfield, L. (2019). Fat and Physical Activity: Understanding and Challenging Weight Stigma - Special Issue of *Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society*. *Fat Studies*, 8(2), 99–109. <https://doi.org/10.1080/21604851.2019.1552823>
- Rich, E., Monaghan, L. F., & Aphramor, L. (Hrsg.). (2011). *Debating Obesity*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9780230304239>
- Rose, L., & Schorb, F. (Hrsg.). (2017). *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung*. Beltz Juventa.
- Rosner, U., & Ostermayer, B. (2017). *Einflussfaktoren auf das sportliche Freizeitverhalten. Vergleichsstudie Studierende und Berufsschüler/innen*. LIT Verlag.
- Rothblum, E. (2017). Fat Studies. In L. Rose & F. Schorb (Hrsg.), *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 16–30). Beltz Juventa.
- Russell, C. (2020). Fat Pedagogy and the Disruption of Weight-based Oppression: Toward the Flourishing of All Bodies. In S. Steinberg & B. Down, *The SAGE Handbook of Critical Pedagogies* (S. 1516–1531). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526486455.n136>
- Russell, C., Cameron, E., Socha, T., & McNinch, H. (2013). „Fatties cause global warming“: Fat pedagogy and environmental education. *Canadian Journal of Environmental Education*, 18, 27–45.
- Rust, P., Hasenegger, V., & König, J. (2017). *Österreichischer Ernährungsbericht 2017* (S. 169).
- Schaffer, N., & Buchinger, B. (2019). *Literature Review – Diskriminierung hochgewichtiger adipöser Frauen im Gesundheitsbereich* (S. 56).
- Schmidt-Semisch, H., & Schorb, F. (Hrsg.). (2008). *Kreuzzug gegen Fette*:

- Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas* (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmitt, P., & Rose, L. (2017). Wie spricht Soziale Arbeit über Übergewicht? Ergebnisse einer explorativen Befragung von Studierenden der Sozialen Arbeit. In L. Rose & F. Schorb (Hrsg.), *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 172–185). Beltz Juventa.
- Schorb, F. (2017). Dick ist kein Schimpfwort! Kollektive Strategien gegen Gewichtsdiskriminierung. In L. Rose & F. Schorb (Hrsg.), *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 31–52). Beltz Juventa.
- Setchell, J., Watson, B. M., Gard, M., & Jones, L. (2016). Physical Therapists' Ways of Talking About Overweight and Obesity: Clinical Implications. *Physical Therapy*, 96(6), 865–875. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150286>
- Story, M., Nanney, M. S., & Schwartz, M. B. (2009). Schools and Obesity Prevention: Creating School Environments and Policies to Promote Healthy Eating and Physical Activity. *Milbank Quarterly*, 87(1), 71–100. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00548.x>
- Tolasch, E. (2017). „What's wrong with being fat?“. Erzählungen zum Dicksein von Menschen mit hohem Körpergewicht. In L. Rose & F. Schorb (Hrsg.), *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 97–122). Beltz Juventa.
- Wabitsch, M., & Moß, A. (2019). *Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. AWMF.
- Wang, Y., Cai, L., Wu, Y., Wilson, R. F., Weston, C., Fawole, O., Bleich, S. N., Cheskin, L. J., Showell, N. N., Lau, B. D., Chiu, D. T., Zhang, A., & Segal, J. (2015). What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis: Childhood obesity prevention. *Obesity Reviews*, 16(7), 547–565. <https://doi.org/10.1111/obr.12277>
- Warschburger, P., & Petermann, F. (2008). *Adipositas*. Hogrefe.
- Watkins, P. L., Farrell, A. E., & Doyle Hugmeyer, A. (2012). Teaching Fat Studies: From Conception to Reception. *Fat Studies*, 1(2), 180–194. <https://doi.org/10.1080/21604851.2012.649232>
- Weinstock, J., & Krehbiel, M. (2020). 13. Fat Youth as Common Targets for Bullying. In E. Rothblum & S. Solovay (Hrsg.), *The Fat Studies Reader* (S. 120–126). New York University Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814777435.003.0018>
- Wilson, S. M., Smith, A. W., & Wildman, B. G. (2015). Teachers' perceptions of youth with obesity in the classroom. *Advances in School Mental Health Promotion*, 8(4), 231–243. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2015.1074054>
- Wright, J., & Halse, C. (2014). The healthy child citizen: Biopedagogies and web-based health promotion. *British Journal of Sociology of Education*, 35(6), 837–855. <https://doi.org/10.1080/01425692.2013.800446>
- Wright, J., & Harwood, V. (Hrsg.). (2009). *Biopolitics and the „Obesity Epidemic“: Governing bodies*. Routledge.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Schulstufe (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023).....	6
Abbildung 2: Prävalenz von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Alter (Rust et al., 2017, S.14)	9
Abbildung 3: Ergebnisvergleich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas 2008, 2012, 2017 (Rust et al., 2017, S.15).....	10
Abbildung 4: Prävalenz von Übergewicht bzw. Adipositas 2019 nach Alter und Geschlecht (Statistik Austria, 2019).	11
Abbildung 5: Zusammenfassende Darstellung der Ursachen und traditionellen Interventionen.....	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorienbildung mit Definition und Beispiel (Expertinneninterviews).....	49
Tabelle 2: Kategorienbildung mit Definition und Beispiel (narrative Interviews mit Jugendlichen)	53

Anhang

Interviewleitfaden für das Expert*innen-Interview

Gegliedert in 4 Hauptbereiche:

1) Wissensfragen zu Adipositas generell

- Warum haben Ihrer Meinung nach immer mehr Kinder und Jugendliche Übergewicht? Was sind Ihrer Meinung nach Gründe, wieso Kinder und Jugendliche zunehmen und übergewichtig werden?
- Welche Hindernisse haben Jugendliche in ihrem Alltag und welche Auswirkungen haben diese?
- Wie wirkt sich Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auf die Psyche aus?
- Inwieweit spielt die Genetik eine Rolle?
- Welche Risiken haben übergewichtige Jugendliche?
- Wie sehen Ihrer Meinung nach die besten Interventionen aus? (Schulisch, häuslich,...)
- Welche Entwicklungen hat es zuletzt bei der Therapie von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gegeben?

2) Fragen zur Arbeit im Reha-Zentrum

- Nach welchen Kriterien werden die Kinder und Jugendlichen im Reha-Zentrum aufgenommen?
- Wie lange sind die Jugendlichen bei Ihnen?
- Mit welchen zusätzlichen Problemen kommen übergewichtige Jugendliche in das Reha Zentrum?
- Wie sieht Ihre Arbeit mit den übergewichtigen Jugendlichen aus?
- Wie sehen die genauen Programme/ Therapien bei ihnen im Reha Zentrum aus?
- Wie werden die einzelnen Ansätze / Methoden ausgewählt und verifiziert?
- Welche Veränderungen bewirkt der Aufenthalt im Therapiezentrum bei den Jugendlichen?
- Welche Ziele werden in den Therapien verfolgt? Gibt es eine Ziel-Priorisierung? Gibt es generelle Ziele, welche für alle Jugendliche gelten oder werden diese spezifisch pro Individuum gesetzt?
- Wie wird überprüft ob Erfolge erzielt werden können?
- Gibt es sichtbare Erfolge, wenn ja welche? Wenn Erfolge ausbleiben, was sind häufige Gründe dafür?
- Wie sieht die langfristige Betreuung nach der Intensivzeit im Therapiezentrum aus? (Gibt es Folgetermine? Etc.)

3) Konkrete Fragen zu den schulischen Interventionen

- Welchen Einfluss hat die Schule auf das Thema Adipositas?
- Was würden Sie sich von der Schule als Institution als Unterstützung erwarten?
- Was glauben Sie, könnte man von ihren Therapien und Ideen, welche Sie hier im Reha-Zentrum verfolgen, auf die Schule anwenden?
- Haben Sie Vorschläge, wie Lehrer*innen Jugendliche mit Übergewicht ansprechen sollten, um das Körperbild dieser nicht negativ zu beeinflussen?
- Haben Sie Vorschläge, was Lehrer*innen tun könnten, um übergewichtige Kinder und Jugendliche in der Schule zu unterstützen?
- Was bräuchten Ihrer Meinung nach übergewichtige Schüler*innen in der Schule und vor allem im Sportunterricht?

4) Fragen zu den neuen Perspektiven: Body Positivity

- Die Medien suggerieren mittlerweile ein neues Bild eines rundlichen Körpers, nämlich dass sie auch richtig und schön sind, gesund und fit sind. Themen, wie Body Positivity, usw... kursieren in den sozialen Medien. Was ist Ihre Meinung dazu? Ist diese Einstellung für ein Problembewusstsein dienlich?
- Mittlerweile wird davon gesprochen, dass Übergewicht ein Resultat der Gesellschaft ist – wie sehen Sie diese Sichtweise?

Abschluss: Dann sind wir am Ende auch schon angekommen. Möchten Sie noch etwas ansprechen, dass für Sie zu dem Thema wichtig ist oder was wir eventuell noch nicht besprochen haben?

Interviewleitfaden für das narrative Interview mit den Jugendlichen

Einstieg:

Ihr dürft gerne alles erzählen in dem Interview was ihr möchten und ganz wichtig ist auch, dass ihr aber keine Frage beantworten müsst, wenn ihr nicht wollt. Sagt eure Namen bitte nicht im Interview, da es anonym bleiben soll. In diesem Interview werde ich dir Erzählimpulse geben, wo du mir alles erzählen kannst, was du möchtest. Im Anschluss werde ich eventuell einige Dinge nachfragen, welche für mich noch wichtig sind.

Hauptteil: Dieser ist in sechs Bereiche gegliedert.

1. Alltag

Erzähl mir doch einmal von deinem Alltag zu Hause und in der Schule.

- Wie sieht er aus?
- Wie erlebst du ihn?
- Was machst du in deiner Freizeit?
- Was machst du am liebsten in deinem Alltag? Denk an etwas, wobei du dich wohl fühlst und wo du dich erholen kannst.
- Welche Herausforderungen gibt es im Alltag?

2. Reha Zentrum

Erzähl mir einmal, wie dein Alltag hier im Reha Zentrum aussieht?

- Welche Therapien gibt es?
- Was sind deine Lieblingstherapien?
- Wie oft macht ihr Bewegung?
- Was wünscht du dir vom Reha Zentrum?
- Was sind deine persönlichen Ziele?

3. Schule

Erzähl mir einmal, wie es dir in der Schule geht und wie dein Alltag in der Schule aussieht.

- Was sind deine Lieblingsfächer?
- Wie geht es dir mit den Klassenkameraden?
- Was würdest du dir von der Schule erwarten oder wünschen, um deine Zeit in der Schule schön zu machen, bzw. um dich wohlzufühlen?
- Wäre es dir lieber, dass das Thema Übergewicht und Adipositas auch in der Schule und / oder Sportunterricht thematisiert wird oder dass lieber gar nichts gesagt wird?

4. Sport und Bewegung

Erzähl mir einmal, was du generell über Sport und Bewegung denkst und was es für dich bedeutet.

- Wenn Sport gemacht wird: Wie oft machst du Sport?
- Gibt es eine Sportart, welche dir besonders viel Freude bereitet?
- Gibt es Gründe, wieso du nicht so oft oder gerne Sport machst?

5. Sportunterricht

Erzähl mir einmal von deinem Sportunterricht in der Schule

- Wie sieht er aus?
- Was macht ihr im Sportunterricht?
- Was machst du am liebsten? Wieso?
- Was machst du gar nicht gerne? Wieso?
- Wie fühlst du dich im Sportunterricht?
- Wird das Thema Gewicht und Körperbild im Unterricht angesprochen?
- Was würdest du dir vom Sportunterricht wünschen?

6. Gefühle und Wünsche

Erzähl mir einmal, wie fühlst du dich in und mit deinem Körper?

- Gibt es Wünsche, Hoffnungen, Ansichten, Forderungen?
- Was würdest du am liebsten austauschen?
- Was liebst du am meisten an dir?
- Welche Herausforderungen und Motivation gibt es zur Verhaltensänderung?

Abschluss:

Dann sind wir am Ende angekommen. Möchtest du noch etwas ansprechen, dass dir zu dem Thema wichtig ist oder was wir noch nicht besprochen haben?

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z. B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z. B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift