

Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen





HTA Austria
Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH

Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen

Projektteam

Projektleitung: Sarah Wolf, MSc
Projektbearbeitung: Sarah Wolf, MSc
Julia Kern, MSc

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA(Hons), MA
Manuelle Suchen: Sarah Wolf, MSc
Interne Begutachtung: Inanna Reinsperger, Mag. rer.nat., MPH
Ingrid Zechmeister-Koss, Dr. rer. soc. oec., MA
Externe Begutachtung: Dr. Friedrich Schorb, Universität Bremen, Deutschland
Mag. Martina „Bobby“ Hermann-Thurner, Plus Size Expert, Curvect PR, Österreich

Korrespondenz: Sarah Wolf, MSc, sarah.wolf@aihta.at

Titelbild: @ KI-generiert – chatgpt.com

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Wolf, S. und Kern, J. Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen. AIHTA Projektbericht Nr.: 160; 2024. Wien: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

Disclaimer

The external reviewers did not co-author the scientific report and do not necessarily all agree with its content. Only the AIHTA is responsible for errors or omissions that could persist. The final version and the policy recommendations are under the full responsibility of the AIHTA.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH
Garnisongasse 7/Top20 | 1090 Wien – Österreich
<https://www.aihta.at/>

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.-Doz. Dr. phil. Claudia Wild, Geschäftsführung

Die **AIHTA Projektberichte** erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Austrian Institute for Health Technology Assessment.

Die **AIHTA Projektberichte** erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver http://eprints.aihta.at/view/types/hta_report.html der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

AIHTA Projektbericht Nr.: 160

ISSN 1993-0488

ISSN online 1993-0496

© 2024 AIHTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung	8
Executive Summary	11
1 Hintergrund	16
1.1 Übergewicht und Adipositas.....	16
1.1.1 Begrifflichkeiten	16
1.1.2 Ursachen und Prävalenzen.....	17
1.1.3 Therapieempfehlungen.....	18
1.2 Gewichtsvorurteile, -diskriminierung und -stigmatisierung	19
1.2.1 Definitionen	19
1.2.2 Ursachen	21
1.2.3 Konsequenzen	22
1.2.4 Prävalenzen	26
2 Projektziel und Forschungsfragen	29
3 Methoden.....	30
4 Ergebnisse.....	36
4.1 Empfehlungen für Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen	36
4.1.1 Eingeschlossene Literatur	36
4.1.2 Empfohlene Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen.....	39
4.2 Effektivität der Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen	51
4.2.1 Eingeschlossene Literatur	51
4.2.2 Wirksamkeitsanalyse	61
5 Diskussion	83
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	83
5.2 Kritische Reflexion.....	86
5.3 Limitationen des Berichts.....	90
5.4 Weitere Forschungsbedarfe	91
6 Fazit.....	92
7 Literatur.....	93

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Überblick der Ursachen und Konsequenzen von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen	25
Abbildung 3-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram – Forschungsfrage 1)	32
Abbildung 3-2: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram – Forschungsfrage 2)	35
Abbildung 4-1: Überblick der Empfehlungen zu Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitssystem.....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatur zu empfohlenen Strategien für eine Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen	31
Tabelle 3-2: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatur zur Wirksamkeit von Interventionen für eine Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen	33
Tabelle 4-1: Überblick der in den Studien verwendeten Messinstrumente	56
Tabelle 4-2: Übersicht zu den quantitativen Ergebnissen.....	80

Abkürzungsverzeichnis (FV „Abkürzungsverzeichnis“)

5A	Ask, Assess, Advise, Agree, Assist
95 % KI.....	95 % Konfidenzintervall
AACE	American Association of Clinical Endocrinology
AAQ.....	Antifat Attitudes Questionnaire
AAQW.....	Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties
ABCD.....	Adiposity-based chronic disease
ABOM	American Board of Obesity Medicine
ACT.....	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
AFAT	Anti-Fat Attitudes Test/Questionnaire
ASMBS.....	American Society for Metabolic and Bariatric Surgery
ATOPS.....	Attitudes Towards Obese Persons Scale
BAOP	Beliefs About Obese Persons Scale
BAS.....	Body Appreciation Scale
BFI-10	10-item Big Five Inventory
BIDR-16.....	Balanced Inventory of Desirable Responding short form-16
BMI	Body Mass Index
BSQ	Body Shape Questionnaire
bzw.	Beziehungsweise
CG	Control Group [Kontrollgruppe]
CME.....	Continuing Medical Education
CON-RCO	Canadian Obesity Network-Réseau canadien en obésité
COSI.....	Childhood Obesity Surveillance Initiative
DML.....	Debriefing for Meaningful Learning
EQ-5D	EuroQol 5 dimensions
FF	Forschungsfrage

FPS.....	Fat Phobia Scale
FSQ.....	Fat Stereotypes Questionnaire
h.....	Stunde(n)
HAES.....	Obesity Medicine Association
HBSC.....	Health Behaviour in School-aged Children
IAT.....	Implicit Association Test
ICD.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internationale Klassifikation von Erkrankungen]
IG.....	Interventiongroup [Interventionsgruppe]
IWQOL-Lite.....	Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire–Lite
JSE.....	Jefferson Scale of Empathy
JSE-HPS.....	Jefferson Scale of Empathy-Health Professions Students
JSPE.....	Jefferson Scale of Physician Empathy
JSPNE.....	Jefferson Scale of Patient Perceptions of Nurse Empathy
KG.....	Kontrollgruppe
LKM.....	Loving Kindness Meditation
mDES.....	Modifed Differential Emotions Scale
MRT.....	Magnetresonanztomographie
NA.....	not available [nicht vorhanden]
NATOOPS.....	Nurses’ Attitudes Toward Obesity and Obese Patients Scale
NEW.....	Nutrition, Exercise and Weight Management Attitudes Scale
NR.....	not reported
NRCT.....	Non-randomised controlled study [nicht-randomisierte Kontrollstudie]
OmA.....	Obesity Medicine Association
PACIC 5A.....	Patient Assessment of Chronic Illness Care
Pat.....	Patient*in(nen)
PHCPCS.....	Patient–Health Care Provider Communication Scale
PHQ-9.....	Patient Health Questionnaire
RCT.....	Randomised controlled study [randomisierte Kontrollstudie]
s.s.....	Statistisch signifikant
SA-TAQ-4.....	Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4
SD.....	Standard deviation [Standardabweichung]
SE.....	Standard error [Standardfehler]
STRIPED.....	Strategic Training Initiative for Prevention of Eating Disorders
TEQ.....	Toronto Empathy Questionnaire
TIC.....	Trauma Informed Care
UK.....	United Kingdom
UMB-FAT.....	Universal Measure of Bias Fat
USA.....	United States of America
USA.....	United States of Amerika
WBIS.....	Weight Bias Internalization Scale
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation
WSSQ.....	Weight Self-Stigma Questionnaire
z. B.....	Zum Beispiel

Zusammenfassung

Hintergrund

Übergewicht und Adipositas sind wichtige Themen der öffentlichen Gesundheit. Basierend auf dem Body-Mass-Index (BMI) gelten in Österreich aktuell um die 35 % der Personen über 15 Jahren als übergewichtig und um die 17 % als adipös. Ein Großteil dieser Personen sind von Gewichtsstigmatisierung betroffen. Gewichtsstigmatisierung beschreibt dabei die gesellschaftliche Abwertung von Personen aufgrund ihres Körpergewichts. Das bedeutet, dass ihnen häufig negative Vorurteile und Überzeugungen aufgrund ihres Körpergewichts entgegengebracht werden. Diese Vorurteile können explizit, implizit oder selbstbezogen sein und führen oft zu diskriminierendem Verhalten.

Gewichtsstigmatisierung kann in unterschiedlichen Bereichen vorkommen, am häufigsten jedoch im Gesundheitswesen. In der Literatur gaben über 50 % des Gesundheitspersonals an, Gewichtsstigmatisierung gegenüber Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas beobachtet zu haben, und mehr als 50 % der Patient*innen berichteten, selbst davon betroffen gewesen zu sein. Gewichtsvorurteile gegenüber Patient*innen führen häufig zu respektlosem Umgang mit Patient*innen und einer allgemein schlechteren Behandlungsqualität. Zusätzlich können die Vorurteile bei Betroffenen unter anderem eine geringere Therapietreue, Vermeidung von Untersuchungen oder eine zusätzliche Gewichtszunahme verursachen.

Vor diesem Hintergrund war das Ziel dieses Berichtes, Empfehlungen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zu identifizieren (Forschungsfrage 1) und die Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zu erfassen (Forschungsfrage 2).

Methoden

Zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen wurde eine systematische Suche in fünf Datenbanken durchgeführt. Für die erste Forschungsfrage wurden Leitlinien und Übersichtsarbeiten eingeschlossen, die anschließend in Form einer Leitliniensynopse und eines Overview of Reviews zusammengefasst wurden. Für die zweite Forschungsfrage wurden Primärstudien berücksichtigt und deren Ergebnisse im Rahmen eines Mixed-Method Reviews zusammengefasst. Die Qualität der Primärstudien wurde abhängig vom Studiendesign mit unterschiedlichen Tools bewertet.

ein Großteil der Personen mit Übergewicht oder Adipositas erlebt Gewichtsstigmatisierung

Gewichtsstigmatisierung besonders häufig im Gesundheitswesen zu finden

Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und das Verhalten der Patient*innen

Ziel: Empfehlungen und Maßnahmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

**systematische Suche in 5 Datenbanken
FF1: Übersicht der Empfehlungen
FF2: Mixed-Methods Review**

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 13 Leitlinienpapiere und 13 Reviews für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage identifiziert. Empfohlene Strategien für Gesundheitspersonal, Lehrende und Studierende waren u. a. die eigenen Glaubenssätze bezüglich Übergewicht und Adipositas zu hinterfragen bzw. sich dessen bewusst zu machen, an Fortbildungen zu diesem Thema teilzunehmen und einen stigmafreen Kommunikationsstil zu lernen. Empfohlene Strategien für Patient*innen bezogen sich darauf, Stigma-Erfahrungen mit dem Gesundheitspersonal zu teilen, sowie Informationsveranstaltungen zum Thema zu besuchen. Darüber hinaus wurden strukturelle Veränderungen bezüglich der Gestaltung von stigmafreen Räumen und einer adäquaten Ausstattung empfohlen. Zuletzt wurden Policy-Strategien beschrieben, die sich u. a. darauf bezogen, die Öffentlichkeit über das Thema aufzuklären, das Thema „Gewichtsstigmatisierung“ in Adipositas-Leitlinien zu berücksichtigen und Gewichtsdiskriminierung in das Antidiskriminierungsgesetz aufzunehmen.

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden 30 Studien, vorwiegend aus den USA, identifiziert. Hinsichtlich Interventionen für die Zielgruppe **Gesundheitspersonal** zeigte die Wirksamkeitsanalyse kontroverse Ergebnisse für mehrtägige Seminare oder Kurse (n=3): Während sich die Glaubenssätze über Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas verbesserten, gab es keine signifikanten Veränderungen bei externen Gewichtsvorurteilen, der Einstellung gegenüber Patient*innen, der Kommunikation mit Patient*innen, der Lebensqualität oder dem Gesundheitszustand der Patient*innen. Darüber hinaus zeigten die Studien, dass Simulationen mit einem Gewichtsanzug in einer allgemeinen Verbesserung der Gewichtsstigmatisierung resultierten (n=2), informative Videos jedoch zu keiner signifikanten Verbesserung von Gewichtsvorurteilen führten (n=2).

Für **Studierende** waren die Effekte der eintägigen Fortbildungen hinsichtlich expliziter und impliziter Gewichtsvorurteile widersprüchlich, wohingegen die Langzeitseminare signifikante Verbesserungen zeigten. Zudem verbesserten Fortbildungen – eintägig bis mehrwöchig – die Fähigkeit der Studierenden, Diskriminierung zu erkennen, und stärkten deren Empathie (n=9). Ebenso zeigten Rollenspiele signifikante Verbesserungen von Gewichtsstigmatisierung bei Medizinstudent*innen (n=2), wohingegen Simulationen mit einem Gewichtsanzug oder mithilfe virtueller Realität keine signifikanten Veränderungen der Gewichtsstigmatisierung ergaben (n=2). Zuletzt zeigte eine Meditation für mehr Mitgefühl eine signifikante Verbesserung der wertschätzenden Emotionen von Pflegestudent*innen gegenüber Patient*innen, während der Effekt auf die Gewichtsvorurteile sich nicht signifikant verbesserte. Bei Student*innen in anderen Gesundheitsbereichen, wie der Osteopathie, Kinesiologie oder klinischen Psychologie, zeigten eintägige Seminare keine signifikanten Veränderungen bezüglich der Gewichtsstigmatisierung (n=1), wohingegen die Effekte der längerfristigen Seminare hinsichtlich Gewichtsvorurteilen widersprüchlich waren (n=2).

Darüber hinaus wurden in einzelnen Studien auch Interventionen für **Personen mit Übergewicht oder Adipositas** untersucht, die größtenteils positive Effekte zeigten. Beispielsweise führten Gruppenkurse (n=3) zu einer signifikanten Verbesserung der Angst vor Stigmatisierung, Verbesserung der Lebensqualität und Bewältigung der externen Gewichtsstigmatisierung. Darüber hinaus resultierten unterstützte Selbsthilfekurse (n=1) und informative Videos (n=1) in einer signifikanten Verbesserung der internalisierten Gewichtsvorurteile und der psychischen Flexibilität in Bezug auf Gewichtsprob-

26 Quellen für FF1:
verschiedene
Empfehlungen
zur Reduktion von
Gewichtsstigmatisierung
im Gesundheitswesen für
Gesundheitspersonal,
Patient*innen, sowie zu
strukturellen Maßnahmen
und Policy-Strategien

30 Primärstudien für FF2:
Hinweise für positive
Effekte nach
Gewichtsanzugsimulation
bei Gesundheitspersonal

mehrtägige Fortbildungen
& Rollenspiele positive
Effekte bzgl.
Gewichtsstigmatisierung,
sowie Meditation bzgl.
Empathie bei
Student*innen

und positive Effekte nach
Rollenspielen bei
Medizinstudent*innen

u. a. signifikante
Verbesserung der
internalisierten
Gewichtsvorurteile
nach Gruppenkursen,
unterstützten
Selbsthilfekursen und
informativen Videos
für Betroffene

leme. Informative Videos resultierten zudem in einer signifikanten Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Patient*innen (n=1).

Diskussion

Für das Gesundheitspersonal und Student*innen im Gesundheitsbereich gab es die meiste Evidenz mit den stärksten Hinweisen für positive Effekte zu den mehrtägigen Fortbildungen. Die eintägigen Kurse wurden ebenfalls häufig untersucht, jedoch waren die Effekte weniger eindeutig. Beide Arten an Fortbildungen sind bereits in den aktuellen Leitlinien empfohlen. Weniger Studien untersuchten informative Videos, die keine Hinweise auf deren Effektivität zeigten. Trotzdem werden sie in Leitlinien empfohlen. Ebenso zeigten sich keine Hinweise auf die Effektivität von Simulationen. Bezüglich der Rollenspiele zeigten einzelne Studien heterogene Effekte und nur eine Studie zeigte positive Effekte von einer Meditation für mehr Mitgefühl. Weder Simulationen noch Rollenspiele und Meditationen sind in den Leitlinien enthalten. Kurse für Patient*innen zeigten signifikante Effekte und wurden in den Leitlinien auch empfohlen, dagegen waren unterstützte Selbsthilfekurse und informative Videos, trotz positiver Ergebnisse, nicht in den Leitlinien vertreten. Darüber hinaus wurde die Effektivität von empfohlenen Strategien, wie kommunikationsbasierte Interventionen, Änderungen der Umgebung und Empowerment Strategien für die Patient*innen, bisher noch nicht untersucht.

Bei der Interpretation der dargestellten Ergebnisse sind die methodischen Limitationen der eingeschlossenen Studien (z. B. fehlende Informationen zu den Charakteristika, unterschiedliche Instrumente zur Erhebung der Endpunkte), sowie die Übertragbarkeit der internationalen Studienergebnisse auf den österreichischen Kontext zu berücksichtigen. Zudem sollten vor einer möglichen Implementierung der präsentierten Strategien mögliche negative Konsequenzen bedacht werden, z. B. Verstärkung von negativen Vorurteilen durch Fortbildungen oder Simulationen. Zu den Limitationen des Berichts gehört u. a., dass die Vollständigkeit der eingeschlossenen Interventionsstudien, durch Einschränkungen in den Einschlusskriterien, nicht gewährleistet ist. Darüber hinaus gibt es u. a. weiteren Forschungsbedarf in der Erhebung der Prävalenz von Gewichtsstigmatisierung in Österreich und deren ökonomischen Auswirkungen, sowie auch hinsichtlich der Evaluierung von noch nicht untersuchten Interventionen.

Konklusion

Die Ergebnisse dieses Berichtes bieten einen umfassenden Überblick zu Empfehlungen und Wirksamkeit von Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen. Es wurde eine breite Palette von Strategien identifiziert, z. B. Schulungen, eine respektvolle Sprache und die Verfügbarkeit von passender medizinischer Ausrüstung sowie strukturelle und Policy-Maßnahmen. Die stärkste Evidenz liegt aktuell für mehrtägige bzw. mehrwöchige Schulungen hinsichtlich der Reduktion von Gewichtsvorurteilen vor, wobei ein multimodaler Ansatz erforderlich ist, um die Gewichtsstigmatisierung nachhaltig verringern zu können.

meiste Evidenz mit den stärksten Hinweisen zu mehrtägigen Fortbildungen fürs Gesundheitspersonal und Student*innen → auch in Leitlinien vertreten

jedoch auch Interventionen mit Hinweisen für positive Effekte nicht in Leitlinien bzw. fehlende Evidenz für einige empfohlene Strategien

Berücksichtigung von methodischen Limitationen, der Übertragbarkeit der internationalen Evidenz und möglicher negativer Konsequenzen von Interventionen; Untersuchungen zu Prävalenz von Gewichtsstigma, dessen Auswirkungen, sowie Akzeptanz und Anwendbarkeit von Interventionen in Ö noch notwendig

Anregungen und Hilfestellungen für den Abbau von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

Executive Summary

Introduction

Overweight and obesity represent significant public health concerns. Based on the body mass index (BMI), approximately 35% of people over the age of 15 are currently considered to be overweight, and approximately 17% are obese in Austria. The majority of these people are affected by weight stigmatisation.

While weight bias, discrimination and stigma are related concepts, they are distinct. Whether explicit or implicit, weight bias involves negative beliefs about people based on their weight. Weight discrimination is the manifestation of these beliefs, leading to unfair treatment, while weight stigma is the social devaluation of people because of their body weight. Internalised weight bias is when individuals adapt negative beliefs about themselves due to their weight. People from disadvantaged socioeconomic backgrounds and those pressured to lose weight in childhood are more likely to experience internalised weight bias.

Healthcare providers often exhibit „professional weight bias”, with both explicit and implicit biases toward patients with higher body weight. Studies on healthcare professionals’ attitudes toward people who are overweight or obese generally show that over 50% believe that people with obesity increase healthcare demand and should, therefore, pay more. In addition, around 30-70% believe that obesity is caused by avoidable factors and over half of healthcare professionals have witnessed weight stigma toward a patient from colleagues. In general, weight stigma is more prevalent among younger healthcare providers, those with lower BMIs, men, and those with less experience. However, exact prevalence rates are difficult to determine as studies vary in measurement methods. Concerning patients, over half of the people with overweight or obesity report experiencing weight stigma, with healthcare settings being the most common environment for it. The likelihood of experiencing weight stigma increases according to the BMI category. Patients report weight stigma in three areas: (1) inappropriate and disrespectful communication, (2) weight-focused treatment and (3) inappropriate physical environment.

Weight stigma in healthcare can lead to lower-quality care, disrespectful treatment, and an over-focus on weight as the cause of symptoms, often resulting in recommendations to lose weight. Uncertainty and overburdening strain the relationship between healthcare professionals and patients with overweight or obesity, reinforcing stereotypes. For patients, weight stigma leads to poorer adherence, delayed or avoided preventive exams, further weight gain, and poorer physical and mental health. Weight stigma also adds stress, increasing the risk of long-term health issues, and can lead to feelings of shame and guilt. Parents of children and adolescents who are overweight or obese may also experience adverse effects.

Against this background, this report aimed to identify recommendations to reduce weight stigmatisation within the healthcare sector (research question 1) and evaluate the effectiveness of interventions designed to mitigate weight-based stigmatisation within healthcare (research question 2).

a large proportion of people who are overweight or obese experience weight stigmatisation

weight bias → beliefs

weight discrimination → behaviour

weight stigma → social devaluation

>50% of healthcare providers witnessed weight stigma towards patients: “professional weight bias”

>50% of patients with overweight or obesity experienced weight stigma → healthcare setting most common environment

various negative consequences such as lower-quality care, disrespectful treatment, poorer treatment adherence, etc.

aim: recommendations and measures to reduce weight stigmatization in the healthcare system

Methods

For both research questions, a systematic search was conducted in five databases. The search strategy and project protocol are available via the website of the Open Science Framework (OSF). In addition, further manual searches were conducted for both research questions. For the first research question, guidelines, position statements, consensus papers, and reviews focused on reducing weight stigma in healthcare were included. The quality of the included sources was not assessed. Relevant information was extracted into tables and summarised narratively in the form of a guideline synopsis and an overview of reviews. Randomised controlled trials (RCTs), non-randomised controlled trials (NRCTs), pre-post, mixed methods and qualitative studies from 2014 onwards were included for the second research question. Study characteristics and outcomes relevant to weight stigma were extracted into tables for each study type. The evidence was summarised narratively as part of a mixed-methods review. The quality of primary studies was assessed using different risk of bias instruments, depending on the study type.

**systematic search
in 5 databases**

**RQ1: overview of
recommendations**

**RQ2: mixed-methods
review**

Results

Overview of recommendations

Thirteen guidelines (seven specific weight stigma guidelines, four consensus papers and two position papers) and 13 reviews (one systematic review, two scoping reviews, one qualitative review and nine not further specified reviews) were included for research question 1.

**13 guidelines and
13 reviews identified
for RQ1**

Strategies to reduce weight stigma for healthcare providers, teachers and students were proposed in 24 documents. A common recommendation was to rethink personal beliefs about obesity, assess implicit biases and inquire about patients' internalised weight biases. Providers should also be aware of their patient's experiences with weight stigma. Another frequent strategy was training or education on weight stigma, potentially as mandatory, single- or multiple-session modules with certification in stigma-free healthcare or obesity management. A third strategy emphasised patient-centred, evidence-based communication and joint decision-making. Providers should avoid judgemental language, generalisations and inappropriate humour. Before discussions, they should confirm if the patient wants to talk about weight, address the primary reason for the visit first and ask what terms are preferred. People-first-language and non-verbal cues, like body language, are also important. Providers should avoid automatically linking health issues to weight. Other suggested strategies included a weight-neutral approach, such as the „Health at Every Size“ (HAES) model, which diagnoses independently from weight and creates a list of obesity specialists. Children and adolescents with overweight or obesity should be screened for weight stigma, and informational materials should be offered to parents.

**strategies to reduce
weight stigma in
healthcare for providers,
teachers and students:
reassessing own beliefs,
education on weight
stigma, stigma-free
communication**

Five sources recommended that patients who are overweight or obese should be able to share experiences of weight stigma with healthcare providers and visit informative events. Sixteen documents suggested structural changes to reduce weight stigma, emphasising the importance of a stigma-free environment (e.g., wider doors, larger seats in waiting rooms, private weighing spaces and stigma-free images) and adequate medical equipment (e.g., gowns in various sizes, longer measurement tapes, etc.).

**recommendations for
patients on empowerment
and structural changes in
interior design and
equipment**

Seventeen documents addressed policy strategies. Reducing weight stigma requires collective action, including political measures. Public health professionals should be educated on weight stigma, ensuring that dignity and access to health are not weight dependent. Before launching campaigns, potential impacts on people with overweight and obesity – such as the risk of eating disorders – should be considered. Obesity should be presented as a complex, chronic disease, focusing on general health and quality of life rather than weight loss. Support communities and healthy environments for people with obesity should be established, and obesity guidelines should include weight stigma recommendations. Public awareness and education about weight stigma should be raised with legislative measures, including weight-based discrimination and anti-discrimination laws. Further, media coverage of obesity should be evidence-based and stigma-free.

suggested policy strategies:
educate public health professionals and the public, consider potential adverse effects, include weight stigma in obesity guidelines, include weight-based discrimination in anti-discrimination laws

Examined weight stigma reduction interventions

Thirty studies with various designs were included for the second research question, with 22 from the USA. Eight studies examined single-session training, and eleven studies evaluated long-term interventions. Four studies analysed the use of informative videos, three studies simulations, five role plays, and one study aimed to increase empathy through meditation. Most studies measured weight bias (general, explicit or implicit) as the primary outcome, with some also assessing provider-patient communication, confidence in obesity management, communication skills, quality of life, empathy and symptoms of depression or anxiety. Data were mainly quantitative data, using validated questionnaires, and two studies assessing qualitative data.

30 studies included on weight stigma interventions, mainly from the USA

interventions: education, informative videos, simulations, meditation

Six studies examined interventions for **healthcare practitioners**. Two simulation studies (one mixed-method study and one qualitative study) using a weight suit showed a general improvement in weight stigmatisation. While empathy appeared to increase, significance was not tested. However, participants gained insight into the physical and psychological difficulties faced by patients with obesity. Two RCTs on informative videos showed no significant improvement in explicit or implicit weight bias. Three studies (an RCT, one NRCT, and a mixed-methods study) on multi-day seminars or courses had controversial results: beliefs about patients with overweight or obesity improved, but there were no significant changes in external weight biases, attitudes towards patients, communication with patients, quality of life or patient health status.

interventions for healthcare practitioners: simulations (n=2, positive hints, but significance not tested), informative videos (n=2, no improvements), seminars (n=3, mixed results)

Nine studies examined interventions for **medical students**. Seminars (one RCT, one NRCT, two pre-post studies, and one qualitative study) produced mixed results on explicit and implicit weight biases but improved students' ability to recognise discrimination and strengthened empathy. Concerning the beliefs displayed towards patients, the long-term seminars showed significant improvements. One RCT and pre-post study on role plays found significant improvements in explicit weight bias, empathy and confidence and reduced negative stereotypes. In contrast, another RCT and one pre-post study on simulations with a weight suit or using virtual reality showed possible positive effects on stigmatising language but no significant change in attitudes towards patients with obesity.

interventions for medical students: seminars (n=5, mixed results), role plays (n=2, positive effects), simulations (n=2, mixed results)

Seven studies examined interventions for **nursing students**. Four studies (one RCT and three pre-post) on seminars showed significant improvements in the attitude towards patients but mixed results on beliefs. One pre-post study and one mixed-methods study on simulations/role plays found significant improvement in some empathy subscales but no changes in attitudes or beliefs. Lastly, one RCT on loving-kindness meditation showed a significant improvement in positive attitudes toward patients, while the effect on weight biases did not improve significantly.

interventions for nursing students: seminars (n=4, mixed results), simulations (n=2, no changes), meditation (n=1, mixed results)

Four studies examined interventions for **students in other healthcare fields: kinesiology, osteopathy, and clinical psychology**. Two pre-post studies on longer-term seminars found a significant reduction in weight bias and negative attitudes but no significant changes in stereotypes. One pre-post study on one-day seminars showed no significant improvements in implicit biases, weight control beliefs, or attitudes towards people with obesity. However, there was a general reduction of explicit weight bias.

interventions for students in other healthcare fields: long-term seminars (n=2, mixed results), one-day seminars (n=2, no changes)

Five studies evaluated interventions for **people with overweight or obesity**. Three studies (two RCTs and one qualitative) on group courses found significant reductions in fear of stigma, improved quality of life and coping with weight stigma. However, results on internalised weight stigma were mixed. One RCT on assisted self-help courses showed significant improvements in internalised weight stigma and psychological flexibility regarding weight concerns. A mixed-methods study on informative videos for patients found significant reductions in internalised weight bias and improved patient-provider communication from the patient's perspective.

interventions for people with overweight/obesity: group courses (n=3, mostly positive results), assisted self-help (n=1, positive effects), informative videos (n=1, positive results)

Discussion

Weight stigma is common in healthcare and has serious physical and psychological impacts on individuals who are overweight or obese. Longer-term training of healthcare professionals and students showed strong evidence for positive effects and is recommended in guidelines. One-day courses also had some evidence and are guideline-recommended despite less clarity regarding the observed effects. Informative videos lack evidence of effectiveness but are still recommended in the guidelines. Simulations had no evidence or guideline support, and role-playing interventions had mixed results with no guideline mention. Meditation for empathy showed positive effects towards empathy but is not included in the guidelines. Qualitative studies indicate that healthcare providers worry about offending patients by addressing weight and perceive further burdens through limited time.

most evidence for provider and student education, also in guidelines; informative videos lacked evidence but recommended

patient courses show evidence and are recommended

Long-term group courses showed significant positive outcomes for interventions addressing patients and are guideline-recommended. Assisted self-help training also had positive effects but was not mentioned in the guidelines. One study showed benefits from informative videos, though these are not yet guideline recommended.

assisted self-help and informative videos for patients show positive effects but not yet recommended

Some recommended interventions were not yet evaluated in studies, including patient-centred, stigma-free and evidence-based communication, informational events, empowerment strategies for patients and providing lists of obesity specialists and certifications for healthcare providers. Further, the use of stigma-free interior design of healthcare facilities and adequate equipment for patients with overweight or obesity have not been studied.

not yet examined: communication-based interventions, structural changes, patient empowerment strategies

Some methodological aspects of the evidence require further consideration: RCTs and NRCTs lacked some information (e.g., about the randomisation process, blinding, and outcome measurement) that potentially biased the results. Contradictory findings may stem from different instruments used across studies. Qualitative studies omitted information about researcher-participant relationships. Furthermore, most studies had short follow-up periods, leaving the durability of changes uncertain. Most studies are from the USA, so their applicability to Austria is uncertain. In comparison to the USA, weight stigma is a relatively new topic in Austria, and it is not clear how well interventions to reduce it will be accepted. In addition, population density and diversity are lower in Austria, and fewer weight discrimination regulations exist. If weight stigma interventions are implemented in Austria, accompanying research will be needed to evaluate their impact in the Austrian context.

**study limitations:
lacking information,
various used tools
across studies**

**applicability of studies
to the Austrian context
uncertain**

Another consideration is that education-based interventions could yield adverse outcomes if not thoughtfully structured. Simulations using weight suits may reinforce stereotypes, and most interventions' long-term effects remain unclear. For patients, engaging with their body weight could be psychologically demanding, so intensive and personal support may be beneficial. Suggested alternative terms for overweight and obesity include „high weight“, „weight spectrum“, or „body diversity“. However, discussions about these terms highlight, on the one hand, the tendency to pathologise bodies that are not necessarily unhealthy. On the other hand, various healthcare professionals have expressed concerns that alternative terms for overweight and obesity might diminish perceived risks.

**possible adverse
intervention outcomes
and about used terms
should be considered
before implementation**

Some limitations of the report include lower-quality evidence, such as consensus statements, position papers, and unsystematic reviews, to provide a broad overview of the topic. Moreover, due to date and country restrictions, the completeness of intervention studies cannot be guaranteed. The diverse study designs and professional groups examined may also limit comparability. Future steps could involve evaluating the prevalence of weight stigma in Austrian healthcare and its economic impacts, integrating weight stigma recommendations into obesity guidelines, conducting long-term intervention studies, and exploring interventions for children or adolescents and the effect of structural improvements or political measures.

**limitations: lower-quality
evidence for an overview,
possible missing
interventions through
inclusion criteria**

**future steps: weight stigma
and impact in Austria,
examination of untested
interventions**

Conclusion

The results of this report provide an overview of recommended strategies and the effectiveness of interventions to reduce weight stigma in the healthcare sector. A wide range of strategies, such as training, respectful language and the availability of appropriate medical equipment, have been proposed. The most robust evidence exists for long-term training of healthcare professionals regarding explicit and implicit weight biases, but a multimodal approach including structural changes and policy measures will be necessary to reduce weight stigma sustainably.

**report provides
inspiration and assistance
for the reduction of weight
stigma in the healthcare
setting**

1 Hintergrund

1.1 Übergewicht und Adipositas

1.1.1 Begrifflichkeiten

Gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst Übergewicht Erwachsene mit einem Körpergewichts- und Körpergrößenverhältnis (Body Mass Index, BMI) von 25-29,9 kg/m² [1]. Ab einem BMI von 30 kg/m² wird bei Erwachsenen von Adipositas gesprochen. Dabei unterscheidet die WHO zwischen drei Schweregraden [2]:

- Grad 1: BMI von ≥ 30 bis < 35 kg/m²
- Grad 2: BMI von 35 bis < 40 kg/m²
- Grad 3: BMI ≥ 40 kg/m²

Da der BMI bei Kindern alters- und geschlechtsabhängig ist, werden im Kindesalter so genannte BMI-Perzentile verwendet. Kinder bzw. Jugendliche zwischen dem 90. und 97. BMI-Perzentil werden als übergewichtig eingestuft [1]. Ab dem 97. BMI-Perzentil wird von Adipositas gesprochen, wobei ein BMI-Perzentil von $> 99,5$ extreme Adipositas bezeichnet [2].

Im Unterschied zu Übergewicht ist Adipositas als eine multifaktorielle, chronische Erkrankung zu betrachten. Es kommt dabei zu einer Vermehrung des Körperfetts über das Normalmaß hinaus [2]. Ein Verzeichnis der Adipositas-Diagnosegruppen findet sich in der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) der WHO im Kapitel E66.0-E66.99, wobei Adipositas Grad 3 hier noch weiter in BMI 40-50, BMI 50-60 und > 60 unterteilt wird [3].

Nichtsdestotrotz kann der reine Fokus auf das relative Körpergewicht kritisch gesehen werden, da dabei nur einer von mehreren für die Diagnose relevanten Faktoren berücksichtigt wird. Beispielsweise gelten Personen mit einem hohen BMI, aber ohne weitere metabolische Risiken, als gesund (vgl. metabolically healthy obese, MHO), wohingegen Menschen mit einem vergleichsweise niedrigen BMI, aber vielen metabolischen Risikofaktoren, als krank gelten.

Disclaimer: Die Autorinnen dieses Berichts möchten darauf hinweisen, dass es einen kritischen Diskurs unter gesellschaftlichen Akteur*innen (z. B. der Body-Positivity-Bewegung) zu den Begriffen „Übergewicht“ und „Adipositas“ gibt. Der Zusatz „über“ beschreibt etwas abseits der Norm und wird oft mit „ungesund“ gleichgesetzt. Die Begriffe „Fettleibigkeit“ und „Adipositas“ gelten als ungesund und krankheitsgefährdend und gehen daher mit medizinischen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion einher. Diese Interpretationen der Begriffe „Übergewicht“ und „Adipositas“ kann als stigmatisierend empfunden werden und trägt auch zur Aufrechterhaltung von Vorurteilen bei [4]. Alternativ werden häufig neutralere Begriffe wie „Hochgewicht“ oder „Mehrgewicht“ vorgeschlagen. Die diesem Bericht zugrundeliegende Literatur verwendet jedoch einheitlich die Begriffe „Übergewicht“ und „Adipositas“, sowie die diesen zugrundeliegenden medizinischen Definitionen. Diese Begriffe mit anderen zu ersetzen, würde die originalgetreue Wiedergabe der Literatur verletzen. Aus diesem Grund wurden die Originalbegriffe beibehalten. Es wurde jedoch im gesamten Bericht eine „People-First/Person-Centered“ Sprache verwendet (z. B. „Kind mit Übergewicht“, „Erwachsener mit Adipositas“ anstatt „übergewichtiges Kind“, „adipöser Erwachsener“). Zudem wurden die unterschiedlichen Begrifflichkeiten näher in der Diskussion erläutert.

Erwachsene:
Body Mass Index (BMI)
von 25-29,9 Übergewicht,

ab BMI von 30 Adipositas
(3 Schweregrade)

Kinder & Jugendliche:
90.-97. BMI-Perzentile
Übergewicht,
ab 97. BMI-Perzentile
Adipositas

Adipositas = chronische
Erkrankung

**Begrifflichkeiten nur
basierend auf dem BMI
zu hinterfragen**

Disclaimer:
kritischer Diskurs zu den
Begriffen Übergewicht
und Normgewicht

alternative neutralere
Begriffe: Hochgewicht,
Mehrgewicht

„Person-first“ Sprache

1.1.2 Ursachen und Prävalenzen

Übergewicht und insbesondere Adipositas beruhen auf einer komplexen Interaktion zwischen genetischen und Umwelt- bzw. Lebensstilfaktoren [5]. In der Literatur werden zahlreiche Einflüsse beschrieben, die – meist multifaktoriell – das Entstehen von Übergewicht oder Adipositas begünstigen können. Dabei kann zwischen vorwiegend körpereigenen (endogenen) und vorwiegend von außen wirkenden (exogenen) Faktoren unterschieden werden, die sich wiederum gegenseitig beeinflussen [2, 6, 7]:

zahlreiche endogene und exogene Faktoren, die Entstehung von Übergewicht/Adipositas begünstigen

Vorwiegend endogene Risikofaktoren:

- Genetische Veranlagung und familiäre Disposition (z. B. Angehörige mit Übergewicht)
- Endokrine (hormonelle) Abweichungen (z. B. Hypothyreose)
- Stoffwechselerkrankungen (z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Cushing-Syndrom)
- Physiologische Ursachen (z. B. Schwangerschaftsdiabetes)

Vorwiegend exogene Risikofaktoren:

- Lebensstil (z. B. ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel)
- Schlafqualität (z. B. Schlafmangel)
- Chronischer Stress (z. B. Stressessen)
- Essstörungen (z. B. Binge Eating, Night-Eating-Disorder)
- Psychologische Indikationen (z. B. Depressionen, Angststörungen, Psychosen)
- Geringes Selbstvertrauen und geringer Selbstwert (z. B. negatives Körperbild)
- Psychosoziale Faktoren (Umfeld/Umwelt, Arbeitsplatz)
- Niedrigerer Sozialstatus (z. B. mangelnde Bildung, knappe finanzielle Ressourcen)
- Medikamente (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika, Antidiabetika, Glukokortikoide, Kontrazeptiva und Betablocker)
- Raucherentwöhnung (z. B. Essen als Ersatz zum Rauchen)

Die Ergebnisse des neuen Berichts der WHO-Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI) basieren auf den Daten, die im Zeitraum 2018–2020¹ in 33 Ländern der Europäischen Region der WHO erhoben wurden². Insgesamt lebten 29 % der Kinder in der Altersgruppe von sieben bis neun Jahre in den untersuchten Ländern mit Übergewicht bzw. Adipositas. Die Prävalenz war unter Buben (31 %) höher als unter Mädchen (28 %). Die höchsten Prävalenzraten von Übergewicht und Adipositas in der Europäischen Region verzeichnete der Süden mit Griechenland, Italien, Portugal, Slowenien und Spanien. Im Vergleich dazu lag Österreich im unteren Mittelfeld der 33 teilnehmenden Länder [8].

WHO-Bericht/COSI-Daten (Europa 2018-2020): insgesamt 29 % der Kinder im Alter von 7-9 Jahren mit Übergewicht bzw. Adipositas, Österreich im unteren Mittelfeld

¹ Aktuellste publizierte Daten.

² Hier ist wichtig zu erwähnen, dass je nach angewendeter Referenzwerte (z. B. Kromeyer-Haushild in Deutschland) bei gleicher Datenlage unterschiedliche Prävalenzen abgebildet sein können.

Auswertungen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Daten aus 2021/2021³ zeigten, dass in Europa, Zentralasien und Kanada durchschnittlich eine/r von fünf Jugendlichen (22 %) übergewichtig oder adipös sind. In allen Altersgruppen waren Buben häufiger betroffen als Mädchen (27 % vs. 17 %). Der größte Unterschied war bei den 11-Jährigen ersichtlich, wo die Raten für Buben von 16 % in den Niederlanden bis 50 % in Nordmazedonien und von 10 % in Kirgisistan bis 34 % in Malta für Mädchen erhoben wurden [9].

HBSC-Daten (2021-2022):
22 % der Jugendlichen im Alter von 11-15 J. mit Übergewicht oder Adipositas

Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen zählen ebenso wie bei Kindern und Jugendlichen zu den größten Herausforderungen des Jahrhunderts im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die altersstandardisierten Schätzungen der WHO von 2016⁴ zeigten, dass 59 % der Erwachsenen in der Europäischen Region mit Übergewicht oder Adipositas lebten. Die Prävalenzen waren bei Männern höher (63 %) als bei Frauen (54 %). In einigen Ländern lag die Prävalenz bei Männern ≥ 70 %. Fast ein Viertel (23 %) der Erwachsenen in der Europäischen Region leben mit Adipositas. In etwa der Hälfte der Länder ist Adipositas bei Frauen (24 %) weiterverbreitet als bei Männern (22 %). Die höchsten Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas fanden sich in den Mittelmeerländern und in den osteuropäischen Ländern. Im Europavergleich lag Österreich 2016 im unteren Drittel [10]. Daten von der Statistik Austria aus 2019 zeigen, dass zirka 35 % der Personen über 15 Jahre Übergewicht, und zirka 17 % Adipositas haben [11].

WHO (Europa 2016):
~60 % Erwachsene mit Übergewicht oder Adipositas;
Ö im Europavergleich im unteren Drittel

1.1.3 Therapieempfehlungen

Die Standardtherapie für Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen umfasst eine Basistherapie, die sich aus den Säulen Ernährung, Bewegung und Verhalten zusammensetzt. Zusätzlich zur Basistherapie können – insbesondere bei Erwachsenen – auch weitere Therapieoptionen wie pharmakologische oder chirurgische Therapien angeboten werden [7, 12-14]. Eine medikamentöse Therapie in Kombination mit dem Basisprogramm ist bei Erwachsenen indiziert, wenn die Basistherapie nicht ausreicht, um die erwünschte Gewichtsreduktion (>5-10 % des Ausgangsgewichts) innerhalb von sechs Monaten zu erlangen [6]:

Standardtherapie:
Basistherapie mit den Säulen Ernährung, Bewegung und Verhalten

ggf. zusätzliche medikamentöse Therapie

- Für Personen mit einem BMI >28 kg/m² und zusätzlich vorliegenden Risikofaktoren oder Komorbiditäten
- Für Personen mit einem BMI ≥ 30 kg/m²

Sind konservative Behandlungsmöglichkeiten (Basistherapie und medikamentöse Therapien) bei Erwachsenen erschöpft, kann ein Adipositas-chirurgischer Eingriff (bariatrische Chirurgie) indiziert sein [6]:

chirurgischer Eingriff,
wenn konservative Methoden nicht ausreichen

- Für Personen mit Adipositas Grad 3 (BMI ≥ 40 kg/m²)
- Für Personen mit Adipositas Grad 2 (BMI ≥ 35 und <40 kg/m²) mit gleichzeitigem Vorliegen erheblicher Komorbiditäten (zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 2)
- In Sonderfällen für Personen mit Adipositas Grad 1 (BMI >30 und <35 kg/m²) bzw. bei Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2

³ Aktuellste publizierte Daten.

⁴ Aktuellste publizierte Daten.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas sollte der Hauptfokus auf der Basistherapie liegen. Eine bedeutende Rolle bekommen vor allem kombinierte und interdisziplinäre Therapieprogramme. Dabei ist es wichtig, dass die Therapie an die individuelle Familiensituation angepasst unter Einbeziehung der Eltern, der Bezugspersonen und des sozialen Umfelds erfolgt [15]. In Einzelfällen kann bei Kindern oder Jugendlichen mit Adipositas zusätzlich eine medikamentöse Therapie zur Übergewichtsreduktion erwogen werden; insbesondere bei Patient*innen mit erheblicher Komorbidität und einem extrem erhöhten Gesundheitsrisiko, sowie bei Versagen der herkömmlichen verhaltensorientierten Therapien über mindestens neun bis 12 Monate. Abgesehen davon ist die bariatrische Chirurgie nur in Sonderfällen für Jugendliche als Therapieoption in Betracht zu ziehen, wenn bereits alle konservativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft wurden [15].

bei Kindern & Jugendlichen: Hauptfokus auf Basistherapie als interdisziplinäres Programm unter Einbeziehung der Eltern/des sozialen Umfelds

nur in Einzelfällen medikamentöse oder chirurgische Therapie

1.2 Gewichtsvorurteile, -diskriminierung und -stigmatisierung

1.2.1 Definitionen

Personen mit Übergewicht oder Adipositas sind häufig Gewichtsvorurteilen, Gewichtsdiskriminierung oder Gewichtsstigmatisierung ausgesetzt. Es handelt sich dabei um verwandte Begrifflichkeiten, die jedoch unterschiedliche Bedeutungen und Implikationen haben. Im Folgenden werden die Begriffe näher erläutert.

**Gewichtsvorurteile
≠ Gewichtsdiskriminierung
≠ Gewichtsstigmatisierung**

Gewichtsvorurteile

Gewichtsvorurteile (engl. Weight Bias) beziehen sich auf negative Einstellungen und Überzeugungen gegenüber anderen aufgrund ihres Körpergewichts. Gewichtsvorurteile sind oft in gesellschaftlichen Normen und kulturellen Wahrnehmungen verankert und können zu diskriminierendem Verhalten oder Stigmatisierung führen. Ein häufiges Vorurteil ist beispielsweise, dass das Übergewicht vollständig unter der individuellen Kontrolle liegt. Dies führt wiederum zu Annahmen, dass Personen mit Übergewicht oder Adipositas mangelnde Selbstkontrolle, Unwissenheit oder ein geringes Interesse an ihrer Gesundheit haben. Gewichtsvorurteile können explizit oder implizit sein [16-19]:

**Gewichtsvorurteile:
negative Überzeugungen gegenüber Personen aufgrund ihres Gewichts**

- **Explizite Gewichtsvorurteile** sind bewusste und absichtlich negative Einstellungen oder Meinungen über das Körpergewicht einer anderen Person, die oft zu diskriminierendem Verhalten gegenüber dieser Person führen (z. B. eine beurteilende Bemerkung des Gesundheitspersonals über das Körpergewicht eines/r Patient*in, Verweigerung der Behandlung seitens des Gesundheitspersonals).
- **Implizite Gewichtsvorurteile** sind unbewusste, negative Einstellungen oder Stereotypen in Bezug auf das Körpergewicht einer anderen Person, die das Verständnis und Handeln einer Person auf eine automatische Weise beeinflussen, ohne dass diese sich dessen bewusst ist (z. B. Gesundheitspersonal verbringt unbewusst weniger Zeit mit Patient*innen mit Adipositas, vermutet gewichtsbedingte Gesundheitsprobleme ohne gründliche Untersuchung, trifft Annahmen über Lebensstil und Verhaltensweisen der Patient*innen aufgrund dessen Körpergewicht).

**explizite
Gewichtsvorurteile sind
bewusste Meinungen**

**implizite
Gewichtsvorurteile
sind unbewusst und
beeinflussen Handlungen
automatisch**

Gewichtsdiskriminierung

Gewichtsdiskriminierung (engl. Weight Discrimination) beschreibt die offensichtliche Verhaltensmanifestation von Gewichtsvorurteilen. Sie tritt auf, wenn Personen aufgrund ihres Körpergewichts unfair oder unterschiedlich behandelt werden [20]. Dies beinhaltet Handlungen oder Verhaltensweisen, die Personen benachteiligen und zu ungleicher Behandlung, Ausschluss oder negativen Konsequenzen in verschiedenen Lebensbereichen wie Beschäftigung, Bildung, Gesundheitsversorgung und sozialen Interaktionen führen [17]. Gewichtsdiskriminierung geht auch häufig mit dem „Thin Privilege“ einher. Demnach erhält eine Person soziale, finanzielle und praktische Vorteile aufgrund ihres geringen Körpergewichts bzw. ihrer schmalen Körperform. Dieses Privileg kommt in vielen alltäglichen Situationen vor z. B. in Restaurants bei der Bewertung der Bestellung durch andere, in öffentlichen Verkehrsmitteln mit zu kleinen, einengenden Sitzen, beim Einkauf in Kleidergeschäften, die nur selten die passenden Größen anbieten, und auch im Gesundheitssektor, wo z. B. Probleme auf das Gewicht geschoben werden. Diskriminierung aufgrund des Gesundheitszustands, einschließlich gesundheitsbezogener Merkmale und gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, wird auch „Healthism“ genannt [19].

**Gewichtsdiskriminierung:
Verhaltensmanifestation
von Gewichtsvorurteilen;**

**unfaire Behandlung
von Personen aufgrund
ihres Körpergewichts**

Gewichtsstigmatisierung

Gewichtsstigmatisierung (engl. Weight Stigma) bezieht sich auf die gesellschaftliche Abwertung von Menschen aufgrund ihres Körpergewichts. Sie wird durch gesellschaftliche Normen und Gewichtsvorurteile begünstigt und kann verschiedene Formen annehmen, darunter z. B. [19, 21, 22]:

- **Stereotypisierung und Diskriminierung:** Negative Einstellungen und Überzeugungen über das Körpergewicht führen zur Marginalisierung und schlechten Behandlung von Personen, die als übergewichtig oder adipös wahrgenommen werden.
- **Zwischenmenschliche Interaktionen:** Soziale Ausgrenzung und Viktimisierung aufgrund des Körpergewichts (z. B. Mangel an respektvoller Behandlung durch medizinisches Personal).
- **Institutionelle Praktiken:** Diskriminierung durch organisatorische Strukturen und Prozesse (z. B. höhere Versicherungsprämien oder eingeschränkte Leistungen für Menschen mit höherem BMI, unzureichende Ausstattung wie zu kleine Blutdruckmanschetten, Untersuchungstische oder MRT-Geräte).
- **Medienrepräsentation:** Personen mit Übergewicht oder Adipositas werden in den Medien häufig auf abwertende Weise dargestellt. Beispielsweise werden Personen mit Übergewicht oder Adipositas in den Medien häufig ohne Gesicht gezeigt (engl. „Headless Fatty Phänomen“). Durch das Weglassen des Gesichts werden die dargestellten Personen ihrer Individualität und Persönlichkeit beraubt (Entmenschlichung) und auf ihre Körperform reduziert. Zudem wird dadurch suggeriert, dass Übergewicht oder Adipositas etwas ist, wofür man sich schämen sollte.

**Gewichtsstigmatisierung:
gesellschaftliche
Abwertung von Personen
aufgrund ihres Gewichtes:
Marginalisierung und
soziale Ausgrenzung von
Personen mit höherem
Körpergewicht**

**Diskriminierung
durch organisatorische
Strukturen/Prozesse
und Medien**

Im folgenden Bericht wird hauptsächlich der Begriff „Gewichtsstigmatisierung“ als Überbegriff verwendet.

1.2.2 Ursachen

Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen kann mehrere Ursachen haben. Gründe dafür sind einerseits Vorurteile vom Gesundheitspersonal gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas, auch bezeichnet als „Professional Weight Bias“. Andererseits spielen auch internalisierte Gewichtsvorurteile bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas eine Rolle, ob und wie stark sie sich in unterschiedlichen Situationen stigmatisiert fühlen. Darüber hinaus gibt es strukturelle Barrieren, die zu Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen beitragen.

„Professional Weight Bias“

Gesundheitspersonal, darunter z. B. Ärzt*innen (auch Adipositas-Spezialist*innen), Pflegekräfte, Therapeut*innen, registrierte Diätolog*innen und Student*innen im Gesundheitsbereich, weisen oft bewusste und unbewusste gewichtsbasierte Vorurteile gegenüber Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas auf. Diese Vorurteile umfassen Stereotype gegenüber Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas, wie Faulheit, mangelnde Motivation und Willenskraft, schlechte Selbstkontrolle und Selbstmanagement, geringe Therapietreue, sowie das Selbstverschulden des Übergewichts. Studien zeigen, dass Gesundheitspersonal Patient*innen undisziplinierter und ungesünder einschätzt, je höher das Körpergewicht ist [4, 16, 18, 22-25].

Im Allgemeinen liegen die Ursachen solcher Gewichtsvorurteile weit zurück. Schon in der Kindheit internalisieren wir, dass dick „schlecht“ und dünn „gut“ ist. Studien zeigen, dass Kinder solche Ansichten bereits im Alter von drei Jahren entwickeln können. Verstärkt werden diese Vorurteile dadurch, dass das Äußern der Vorurteile oft gesellschaftlich akzeptiert ist [26].

Im Bereich des Gesundheitswesens werden Gewichtsvorurteile häufig durch fehlendes Wissen über Übergewicht und Adipositas, und durch mangelnde Ausbildungen oder fehlende Kenntnis zu spezifischen Leitlinien, verstärkt [27]. So können die Vorurteile aus vereinfachten Annahmen resultieren, dass Übergewicht oder Adipositas selbstverschuldet ist, weil eine Person ihr Körpergewicht nicht durch gesunde Ernährung und Bewegung kontrolliert [25, 28, 29]. Häufig fühlt sich das Personal bei der Behandlung von Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas unvorbereitet, überfordert oder frustriert. Einerseits kann es unangenehm sein, die Gewichtsproblematik anzusprechen, andererseits fehlt es auch an Wissen über wirksame Methoden zur Behandlung von Adipositas [26, 30]. Beispielsweise besteht oft der Irrglaube, dass die Beschämung einer Person aufgrund ihres Körpergewichts, die Motivation zur Gewichtsabnahme und Verhaltensänderung steigern würde [28].

mehrere Gründe für Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitsbereich

„Professional Weight Bias“ – bewusste und unbewusste Gewichtsvorurteile des Gesundheitspersonals gegenüber Patient*innen

Internalisierung von Gewichtsvorurteilen oft schon in der Kindheit und meist gesellschaftlich akzeptiert

Gewichtsvorurteile durch fehlendes Wissen und mangelnde Ausbildung im Gesundheitsbereich verstärkt

Internalisierte Gewichtsvorurteile

Gewichtsstigmatisierung von „außen“ (z. B. durch das Gesundheitspersonal) kann dazu führen, dass betroffene Personen gewichtsbezogene Überzeugungen und Einstellungen internalisieren (internalisierte Gewichtsvorurteile) und demnach Stereotype auf sich selbst anwenden, was zu Selbstabwertung führt [28]. Der internalisierte Stigmatisierungsprozess umfasst dabei drei Ebenen [30]:

1. **Identitätsbedrohung:** Betroffene fühlen sich aufgrund ihrer sozialen Identität (z. B. Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen) abgewertet.
2. **Stereotypenbedrohung:** Betroffene befürchten, als Mitglied einer stigmatisierten Gruppe wahrgenommen zu werden.
3. **Antizipierte Stigmatisierung:** Betroffene erwarten basierend auf früheren Diskriminierungserfahrungen schlechter behandelt zu werden.

Frauen, sexuelle Minderheiten und sozioökonomisch benachteiligte Personen haben generell ein höheres Risiko für internalisierte Gewichtsstigmatisierung. Auch Erwachsene, die in ihrer Kindheit oder Jugend unter Druck gesetzt wurden, abzunehmen, oder die Mobbing ausgesetzt waren, haben ein höheres Risiko [31].

internalisierte Gewichtsvorurteile gegen sich selbst entstehen in 3 Schritten:

1. Identitätsbedrohung

2. Stereotypenbedrohung

3. antizipierte Stigmatisierung

höheres Risiko bei sozioökonomisch benachteiligten Personen und bei Mobbing/Druck in der Kindheit

Strukturelle Barrieren im Gesundheitswesen

Darüber hinaus gibt es strukturelle Barrieren im Gesundheitswesen, die stigmatisierend sein können, darunter z. B. inadäquate Raumausstattung oder unpassende Untersuchungsinstrumente [17, 27, 30].

strukturelle Barrieren tragen zusätzlich zu Gewichtsstigmatisierung bei

1.2.3 Konsequenzen

Gewichtsstigmatisierung im Bereich des Gesundheitswesens kann unterschiedliche Auswirkungen zur Folge haben, einerseits auf der Ebene des Gesundheitspersonals, andererseits aber auch auf der Betroffenenenebene.

Auswirkungen von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitsbereich:

Verhaltensbasierte Auswirkungen beim Gesundheitspersonal

Der zuvor beschriebene „Professional Weight Bias“ resultiert häufig in einer verminderten Qualität der Patient*innen-zentrierten Versorgung, was wiederum zu schlechteren Therapieergebnissen und einer geringeren Zufriedenheit der Patient*innen führen kann [30, 32].

verminderte Versorgungsqualität

Bestehende Gewichtsvorurteile äußern sich häufig in einem herablassenden und respektlosen Umgang des Gesundheitspersonals mit Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas und folglich in einer unangemessenen Behandlung, z. B. weniger Zeit bzw. Aufmerksamkeit für die Patient*innen. Studien zeigen dabei eine positive Korrelation mit einem höheren BMI [32, 33].

respektloser Umgang mit Patient*innen

Zudem werden Symptome auch, teilweise fälschlicherweise, auf das Übergewicht attribuiert. Die häufigste Behandlungsempfehlung für Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas ist die Gewichtsreduktion, unabhängig von der bestehenden Symptomatik. Solche Vorurteile und falschen Annahmen können nicht nur zu schweren, dauerhaften, unnötigen bzw. vermeidbaren psychischen Schäden bei den Patient*innen führen, sondern auch zu körperlichen Schäden, verpassten oder verspäteten Diagnosen, Verzögerungen bei der Behandlung, schlechteren Gesundheitsergebnissen, längerem und oft

häufig falsche Attribution der Symptome auf das Gewicht → Gewichtsabnahme als häufigste Behandlungsempfehlung

schwererem Leiden und manchmal sogar zum Tod führen. Zudem kann eine verzögerte oder unzureichende medizinische Behandlung in höheren und vermeidbaren Gesundheitskosten resultieren [4].

Darüber hinaus erschweren die Unsicherheiten bzw. Überforderungen beim Gesundheitspersonal eine erfolgreiche Zusammenarbeit, verstärken Schubladendenken und Etikettierungsprozesse und schaffen damit die Basis für weitere Stigmatisierungsprozesse. Ein Beispiel stellt die Krebsfrüherkennung dar. Diese geht bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas oft mit Schwierigkeiten einher, z. B. einen Knoten im Brustgewebe zu ertasten. Aus diesen Gründen bedarf es spezifische Weiterbildungen und Schulungen, z. B. hinsichtlich Untersuchungstechniken [33].

Unsicherheiten und Überforderungen erschweren Zusammenarbeit und verstärken Schubladendenken und Etikettierungsprozesse

Verhaltensbasierte Auswirkungen bei Patient*innen

Bei betroffenen Patient*innen kann Gewichtsstigmatisierung das Vertrauen in das Gesundheitspersonal mindern, was folglich zu einer schlechteren Therapietreue, Verzögerung oder Vermeidung von Vorsorge- bzw. Untersuchungsterminen, sowie zu frühzeitigen Therapieabbrüchen führen kann. Besonders bei Patient*innen mit stärkeren internalisierten Gewichtsvorurteilen kommt die Vermeidung von (Vorsorge-)Untersuchungen häufiger vor, unabhängig vom BMI, Demographie und bisherigen Erfahrungen. Ebenso scheinen Frauen mit Übergewicht oder Adipositas häufiger als Männer bzw. schwarze Frauen häufiger als weiße Frauen Untersuchungen zu meiden. Hier gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die meisten Studien, die diese Effekte erhoben haben, US-amerikanische Studien sind. In der Diskussion wird demnach auf die Vergleichbarkeit bzw. Übertragbarkeit internationaler Studien eingegangen.

bei Patient*innen bewirkt Gewichtsstigmatisierung:

schlechtere Therapietreue

Verzögerung/Vermeidung von Untersuchungen

globaler Bias internationaler Studien sollte berücksichtigt werden

Als Konsequenz können z. B. adipositasbedingte Begleiterkrankungen, aber auch andere Erkrankungen, unbemerkt bleiben, sich verschlimmern und schlussendlich schwieriger zu behandeln sein [25, 30, 32]. Zudem suchen Patient*innen, die mit der Versorgungsqualität unzufrieden sind, z. B. aufgrund von stigmatisierenden Erfahrungen, oft andere Ärzt*innen auf („Doctor Shopping“) [34].

Darüber hinaus können Stigmatisierungen von Seiten des Gesundheitspersonals das Risiko für Binge-Eating, erhöhte Nahrungsaufnahme und reduzierte körperliche Aktivität erhöhen und folglich in verstärkter Gewichtszunahme resultieren [28, 33].

weitere Gewichtszunahme

Gesundheitsbezogene Auswirkungen bei Patient*innen

Gewichtsstigmatisierung durch das Gesundheitspersonal kann die Gesundheit der betroffenen Patient*innen auf physischer und psychischer Ebene verschlechtern [24, 35].

Verschlechterung der psychischen und physischen Gesundheit

Wie bereits erläutert, führt die Vermeidung medizinischer Untersuchungen häufig dazu, dass Personen mit Übergewicht oder Adipositas erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien Untersuchungen in Anspruch nehmen, was die Behandlung von z. B. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Gelenkproblemen erschwert [30].

verspätete und erschwerte Behandlung

Des Weiteren kann erlebte Gewichtsstigmatisierung physiologische Stressreaktionen auslösen. Langanhaltende Belastungen durch einen hohen Stresshormonspiegel können langfristige gesundheitliche Auswirkungen, wie Herzkrankungen, Schlaganfälle, erhöhtes Sterberisiko, aber auch Depressionen oder Angststörungen, erhöhte Suizidalität und Substanzgebrauch zur Folge haben. Zudem können häufige Stresssituationen in einer Verminderung des Selbstwertes und der Selbstakzeptanz resultieren [21, 30, 33].

physiologischer Stress und dadurch begünstigte langfristige Folgeerkrankungen

Darüber hinaus kommt es bei Patient*innen, die Erfahrungen mit Gewichtsstigmatisierung gemacht haben, häufig zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen. So geben sich manche Patient*innen selbst die Schuld an ihrer eigenen Situation, was wiederum soziale Isolation zur Folge haben kann [33].

Scham- und Schuldgefühl

Gewichtsstigmatisierung bei Kindern und Jugendlichen kann sich zudem auch negativ auf die Gesundheit der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten auswirken. Eltern berichten beispielsweise von Gefühlen der Isolation, von Schuldzuweisungen wegen des Gewichtsproblems ihres Kindes und von Ängsten um die Gesundheit ihres Kindes. Zudem neigen Eltern, die selbst ein höheres Körpergewicht haben, dazu, sich selbst die Schuld für das erhöhte Körpergewicht ihres Kindes zu geben [28].

Gewichtsstigmatisierung bei Kindern und Jugendlichen auch negative Auswirkung auf die Eltern/ Erziehungsberechtigte

Konsequenzen auf Systemebene

Bestehende strukturelle Barrieren, wie inadäquate Räumlichkeiten oder Ausstattung, können sich negativ auf das Selbstwertgefühl von Patient*innen auswirken. So kann die fehlende Verfügbarkeit einer adäquaten Ausstattung den betroffenen Patient*innen signalisieren, dass ihr Körpergewicht ungewöhnlich ist und nicht der „Norm“ entspricht und somit das Gefühl der Ausgrenzung verstärken [17, 27, 30].

negative Auswirkungen durch inadäquate Räumlichkeiten oder Ausstattung

Im Allgemeinen kann Gewichtsstigmatisierung das Risiko eines schlechten Gesundheitszustands unabhängig von Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit erhöhen [4]. Nichtsdestotrotz kann Gewichtsstigmatisierung bestehende soziale Ungleichheiten verschärfen. So kann es beispielsweise zu einer Ungleichbehandlung von Personen mit niedrigerem soziökonomischem Status kommen, da diese Personengruppe aufgrund der höheren Prävalenz von Übergewicht und Adipositas häufiger von Gewichtsstigmatisierung betroffen ist [4].

Gewichtsstigmatisierung kann bereits bestehende soziale Ungleichheiten verschärfen

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ursachen und Konsequenzen von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen findet sich in Abbildung 1-1.

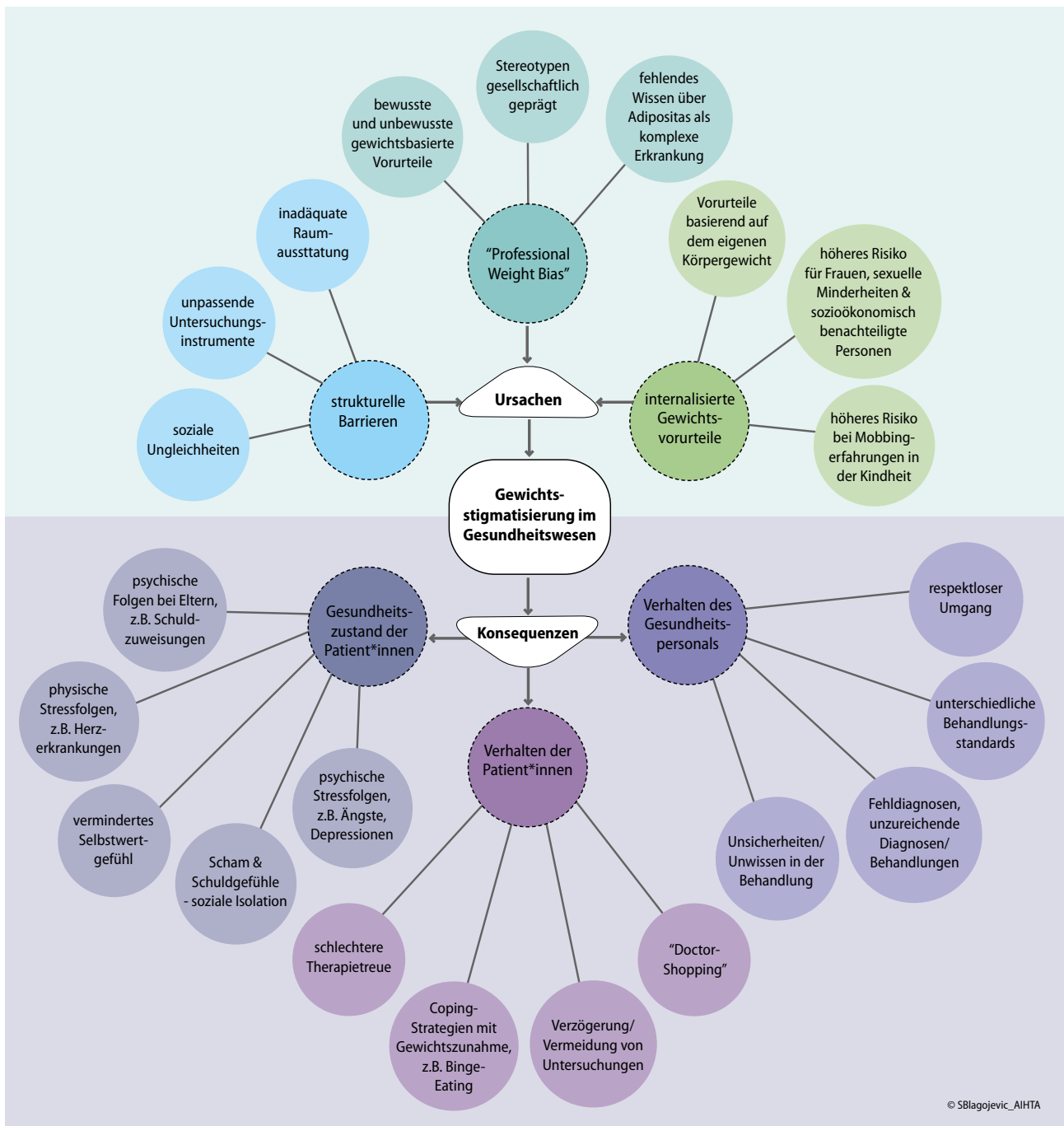


Abbildung 1-1: Überblick der Ursachen und Konsequenzen von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen (eigene Darstellung)

1.2.4 Prävalenzen

Vorurteile und Diskriminierung aufgrund des Gewichts haben in den letzten zehn Jahren, im Vergleich zu Vorurteilen und Diskriminierung aufgrund anderer Faktoren um über 60 % zugenommen [36]. Über mehrere Studien hinweg scheinen Gewichtsvorurteile bei jüngerem Gesundheitspersonal [29, 37-39], bei Personen mit niedrigem oder mittlerem BMI [38-40] und bei Personen männlichen Geschlechts [40] stärker ausgeprägt zu sein. Im Gegensatz dazu sind geringere Gewichtsvorurteile mit einem höheren Bildungsniveau [29], längerer Berufserfahrung und höherer Lebenszufriedenheit [41] assoziiert. Des Weiteren sind Gewichtsvorurteile in Gegenden mit einer höheren Prävalenz an Personen mit Übergewicht oder Adipositas, niedriger [42]. Gesundheitspersonal, das sich selbst als übergewichtig wahrnimmt, scheint auch ein geringeres Maß an Gewichtsvorurteilen zu haben, jedoch vermehrt in Bezug auf das eigene Gewicht, als auf das Gewicht ihrer Patient*innen [41]. Generell ist es jedoch schwierig, genaue Prävalenzzahlen zu Gewichtsstigmatisierung anzugeben, da z. B. Gewichtsvorurteile über Studien hinweg mit unterschiedlichen Instrumenten erhoben werden, die möglicherweise verschiedene Teilaspekte von Gewichtsstigmatisierung widerspiegeln [43, 44]. Im Folgenden werden einige Kennzahlen zu Gewichtsstigmatisierung für verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen, sowie auch berichtete Prävalenzen von Personen, die Gewichtsstigmatisierung erfahren haben, überblicksartig dargestellt.

Gewichtsstigmatisierung stärker ausgeprägt bei Jüngeren, niedrigerem BMI, Männern und weniger Berufserfahrung

genauere Prävalenzzahlen zur Gewichtsstigmatisierung, aufgrund Erhebung mit unterschiedlichen Instrumenten, nicht möglich

Prävalenz von Gewichtsstigmatisierung in unterschiedlichen Berufsgruppen

Explizite und implizite Gewichtsvorurteile

Ein systematischer Review mit Metaanalyse aus dem Jahr 2021 schloss 41 Studien mit insgesamt 12.818 Teilnehmer*innen ein, darunter **Ärzt*innen, Pflegekräfte, Diätassistent*innen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen, Arzthelfer*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Fußpfleger*innen und Sportphysiolog*innen**. Über alle Studien hinweg zeigte sich, dass die untersuchten Berufsgruppen sowohl implizite als auch explizite Gewichtsvorurteile aufwiesen [43]. In einem weiteren Review wurden in 17 von 20 inkludierten Studien (85 %) bei **Sportexpert*innen**, und in acht von elf inkludierten Studien (73 %) bei **Ernährungsberater*innen**, Gewichtsvorurteile identifiziert [44]. Die allgemeinen Einstellungen zum Übergewicht bei Ernährungsberater*innen scheinen jedoch, je nach betrachteter Studie negativ, neutral, oder sogar positiv, zu sein [29].

2 Reviews zeigen, dass sowohl explizite und implizite Gewichtsvorurteile über Gesundheitsberufe hinweg existieren

In einer Primärstudie mit 400 **niedergelassenen kanadischen Hausarzt*innen** wurden in 10-24 % der Stichprobe explizite Gewichtsvorurteile aufgezeigt [40]. In einer weiteren Studie mit 221 **Rehabilitationsfachkräften** wurden für lediglich 4 % der Stichprobe hohe Werte einer Fettphobie nachgewiesen, während der Rest der Stichprobe mittlere Werte aufwies [38]. Im Gegensatz dazu zeigte eine andere Studie mit 28 pädiatrischen **Krankenhausarzt*innen, Assistenzarzt*innen und Akutkrankenpflegepersonen** [45] und eine Umfrage mit 2.257 **Hebammen** [39] implizite Gewichtsvorurteile bei jeweils zirka 70 % der Teilnehmer*innen, während explizite Gewichtsvorurteile in beiden Studien generell niedrig waren.

unterschiedliches Ausmaß an expliziten und impliziten Gewichtsvorurteilen je nach Studie und Berufsgruppe

Gesundheitspersonal, das auf die Behandlung von Patient*innen mit **Übergewicht bzw. Adipositas spezialisiert** ist, weist ebenfalls ein hohes Maß an impliziten und expliziten Gewichtsvorurteilen auf, jedoch scheint das Ausmaß an Gewichtsvorurteilen mit zunehmender Erfahrung mit der Behandlung von Personen mit Übergewicht bzw. Adipositas zu sinken [36, 37, 41]. Genaue Zahlen können jedoch nicht berichtet werden, da die Studien unterschiedliche Instrumente zur Erhebung der Gewichtsvorurteile verwendet haben.

Ausmaß an Gewichtsvorurteilen sinkt mit zunehmender Erfahrung bei Gesundheitspersonal spezialisiert auf Adipositas

Einstellungen zu Personen mit Übergewicht oder Adipositas

Studien zu den Einstellungen des Gesundheitspersonals verschiedener Fachrichtungen und Ausbildungsstufen zeigten unterschiedliche negative Einstellungen gegenüber Personen mit Übergewicht und Adipositas.

Einstellungen des Gesundheitspersonals:

In der bereits erwähnten Studie mit 400 **niedergelassenen Hausärzt*innen** stimmte etwa die Hälfte der Befragten zu, dass Personen mit Adipositas die Anforderungen an das öffentliche Gesundheitssystem erhöhen. Vor allem Ärzt*innen mit einem höheren Grad an Gewichtsvorurteilen waren der Meinung, dass Personen mit Adipositas mehr für das Gesundheitssystem zahlen sollten. Neunzehn Prozent der Befragten gaben an, dass sie sich vor der Behandlung von Personen mit Adipositas Ekel empfinden, während rund 30 % der Meinung waren, dass Patient*innen mit Adipositas sich nicht an Behandlungsempfehlungen halten und, dass sie sich durch Personen mit Adipositas frustriert fühlen. Zudem gaben 24 % an, dass es ihnen unangenehm ist, mit Personen mit Adipositas Bekanntschaften zu pflegen oder befreundet zu sein [40].

>50 % der Hausärzt*innen: Personen mit Adipositas erhöhen Anforderungen an das öffentliche Gesundheitssystem → sollten mehr für ihre Behandlung zahlen

In einer anderen Befragung von 420 **Zahnmedizinstudent*innen** gab fast ein Drittel an, dass sie eine negative Einstellung gegenüber dem Aussehen von Personen mit Adipositas haben und diese als faul (30 %), willensschwach und motivationslos (26 %) wahrnehmen. Achtzehn Prozent empfanden es als unangenehm, Personen mit Adipositas zu untersuchen und 17 % fanden es schwierig, ihnen gegenüber Empathie aufzubringen [36, 46].

negative Einstellung zu Personen mit Adipositas in ca. 33 % der Zahnmedizinstudent*innen

Negative Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas wurden auch bei **Pflegekräften** festgestellt. Während 25 % der Pflegekräfte generell negative Einstellungen gegenüber Patient*innen mit Adipositas aufwiesen, wurde zusätzlich berichtet, dass zwischen 30-70 % der Pflegekräfte glauben, dass Adipositas durch vermeidbare Faktoren verursacht wird, wie z. B. die persönliche Einstellung zu Essen und Bewegung, mangelnde Willenskraft und fehlende Motivation, den eigenen Lebensstil zu ändern [36, 41]. In einer Stichprobe mit 439 **Ernährungsberater*innen** führten 44 % das Übergewicht ihrer Klient*innen auf emotionale Probleme zurück [41].

30-70 % glauben, dass Adipositas durch vermeidbare Faktoren verursacht wird

Wie bereits erläutert spiegeln sich Gewichtsvorurteile und Einstellungen auch im Verhalten des Gesundheitspersonals gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas wider. Dabei wurde in einer Umfrage mit medizinischem Personal berichtet, dass mehr als die Hälfte der Befragten zumindestens einmal eine stigmatisierende Kommunikation und stigmatisierendes Verhalten von Kolleg*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas (z. B. beleidigende Kommentare, sich über das Aussehen einer Person lustig machen, Gesichtsausdrücke des Ekels oder Schmunzeln, abwertender Humor, etc.) beobachtet hatten [33].

>50 % des Gesundheitspersonals hat Gewichtsvorurteile gegenüber Patient*innen erlebt

Erfahrene Gewichtsstigmatisierung bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas

Primärstudien aus den USA zeigen, dass mehr als die Hälfte der Personen mit Übergewicht oder Adipositas Gewichtsstigmatisierung erlebt und zwischen einem Drittel und der Hälfte diese Erfahrungen im Gesundheitsbereich gemacht haben [33, 47, 48]. Zu der Frage, wo Personen mit Übergewicht oder Adipositas am häufigsten Gewichtsstigmatisierung erfahren, stehen Ärzt*innen ganz oben [33, 36]. So zeigten die Ergebnisse von zwei Reviews, dass beispielsweise 69 % der Patient*innen mindestens einmal Gewichtsstigmatisierung durch Ärzt*innen erfahren haben. Darüber hinaus haben 46 % schon einmal Gewichtsstigmatisierung durch Pflegepersonal, 37 % durch Ernährungsberater*innen und 21 % durch psychosoziale Fachkräfte erfahren [29, 36]. Im Ländervergleich von Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, UK und den USA erfahren Patient*innen Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen am häufigsten in Deutschland mit 74 % und am seltensten in Australien und dem UK mit 63 % [48].

Zudem legt die Evidenz dar, dass mit jeder Erhöhung der BMI-Kategorie die Wahrscheinlichkeit, Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zu erfahren, um mindestens das Zweifache steigt [33, 49]. Ein Review ergab beispielsweise, dass die Prävalenzen zu empfundener Diskriminierung im Gesundheitswesen bei Patient*innen mit Adipositas Grad 1 zwischen 0,6 % und 26 % schwanken. Im Gegensatz dazu erhöhen sich die Prävalenzschätzungen bei Patient*innen mit Adipositas Grad 2 auf 5 % bis 41 % [50]. Die empfundene Gesichtsstigmatisierung wird dabei unter anderem von internalisierten Gewichtsvorurteilen beeinflusst [48].

Darüber hinaus berichten Patient*innen mit Adipositas von einer geringeren Zufriedenheit mit ihrer medizinischen Versorgung im Vergleich zu Patient*innen mit Normalgewicht [36]. Dabei lassen sich die negativen Erfahrungen von Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitsbereich in drei Bereiche einordnen:

- **Umgang und Kommunikation:** Ein Review umfasste eine Stichprobe mit 105 Patient*innen für eine bariatrische Operation und 214 Teilnehmer*innen an einer Pharmastudie und legte dar, dass etwa 50 % der Stichprobe unangemessene Kommentare in Bezug auf ihr Gewicht von Ärzt*innen erhalten hatten und zwischen 22 % und 43 % aufgrund ihres Gewichts respektlos behandelt wurden. Zudem empfanden 70 % der Stichprobe, dass Ärzt*innen nicht nachvollziehen konnten, wie anstrengend es ist, übergewichtig zu sein [36].
- **Fokus der Versorgung:** In einer Befragung von 161 Erwachsenen mit Adipositas aus dem UK gaben 84 % an, dass ihr Gewicht für die meisten medizinischen Probleme verantwortlich gemacht wird [36].
- **Physische Umgebung:** Eine Studie hielt zudem fest, dass Patient*innen oft stigmatisierende Erfahrungen mit verschiedenen Aspekten der Klinik- oder Krankenhausgestaltung, vor allem in Bezug auf Klinikräume, Mobiliar, medizinische Geräte und Kapazität der Ausstattung, haben. Detaillierte Prävalenzzahlen wurden nicht berichtet [51].

>50 % der Personen mit Übergewicht oder Adipositas haben Gewichtsstigmatisierung erlebt

Gesundheitsbereich als häufigster Ort genannt

Wahrscheinlichkeit der Gewichtsstigmatisierung steigt mit höherem BMI

Einordnung der negativen Erfahrungen in 3 Kategorien:

1. unangemessener Umgang und respektlose Kommunikation

2. Fokus auf das Gewicht

3. unangemessene physische Umgebung

2 Projektziel und Forschungsfragen

Im Jahr 2016 forderte die WHO dazu auf, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu beseitigen, darunter auch Vorurteile aufgrund des Körpergewichts [52]. Zusätzlich verdeutlicht die hier aufgeführte Hintergrundliteratur die Notwendigkeit, eine faire Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Eine Möglichkeit, dieses Ziel zu erreichen, besteht darin, Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen abzubauen [22, 53]. Dabei sollten Maßnahmen berücksichtigt werden, die sich an das Gesundheitspersonal, Student*innen im Gesundheitsbereich und an Betroffene richten. Gleichzeitig sollten strukturelle Barrieren identifiziert und abgebaut, sowie neue, gewichtsneutrale Konzepte beachtet werden [23, 54].

Das Hauptziel des Projekts war es, die wissenschaftliche Literatur zu Strategien, die zur Verringerung der Gewichtsstigmatisierung von Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen beitragen können, systematisch zu erfassen, sowie die Wirksamkeit von Interventionen zu bewerten. Daraus ergaben sich die folgenden zwei Forschungsfragen:

1. Welche Strategien werden empfohlen bzw. in der Literatur beschrieben, um Gewichtsstigmatisierung bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen zu verringern?
2. Wie wirksam sind Interventionen zur Verringerung der Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen?

Aufforderung der WHO in 2016, Diskriminierung im Gesundheitswesen auch aufgrund des Körpergewichts zu beseitigen

Hauptziel: systematische Erfassung von Strategien zur Verringerung von Gewichtsstigmatisierung und Bewertung der Wirksamkeit von untersuchten Interventionen

3 Methoden

Systematische Literatursuche und manuelle Suchen

Für die Übersicht zu Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen (Forschungsfrage 1) und die Wirksamkeitsanalyse (Forschungsfrage 2) wurde *eine* umfassende systematische Literatursuche vom 21. bis 23. Mai 2024 in den folgenden Datenbanken durchgeführt:

- Medline
- Cochrane
- Embase
- HTA (INAHTA)
- PsycInfo

Die Suchstrategie für Medline ist exemplarisch im Appendix abgebildet. Die Suchstrategien für die anderen Datenbanken sind in der OSF-Datenbank, in der das Protokoll dieses Projekts im Juni 2024 registriert wurde ([Link](#)), oder auf Anfrage bei den Autorinnen erhältlich.

Zusätzlich wurden manuelle Suchen nach Leitlinien über Institutionen (z. B. US Preventive Services Task Force, National Institute for Health and Care Excellence, Canadian Task Force on Preventive Health Care, Royal Australian College of General Practitioners, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und World Health Organization) und Google für die Forschungsfrage 1 und Handsuchen mittels Durchsicht der Referenzlisten der eingeschlossenen Studien für die Forschungsfrage 2 durchgeführt.

Leitlinienübersicht und Overview of Reviews (Forschungsfrage 1)

Einschlusskriterien

Die Literatur zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde unter Berücksichtigung der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt (siehe Tabelle 3-1). Es wurden Leitlinien, Positions- bzw. Konsenspapiere und Übersichtsarbeiten, die ab 2014 publiziert worden waren und den Fokus auf Empfehlungen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen legten, eingeschlossen. Demnach wurden Leitlinien oder Übersichtsarbeiten, die Empfehlungen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen nur am Rande adressierten (z. B. einen Absatz dazu) ausgeschlossen.

eine systematische Suche für beide Forschungsfragen (FF) in 5 Datenbanken durchgeführt

Suchstrategien und Projektprotokoll auf OSF

zusätzliche manuelle Suchen für beide FF

Einschluss von Leitlinien, Positions- bzw. Konsenspapieren und Übersichtsarbeiten mit Fokus auf Reduktion von Gewichtsstigmatisierung ab 2014 für FF1

Tabelle 3-1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatur zu empfohlenen Strategien für eine Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

Population	Adressat*innen der Intervention, z. B. Gesundheitsfachkräfte (Ärzt*innen, Pfleger*innen, Therapeut*innen), Gesundheitsfachkräfte in Ausbildung, Organisationen im Gesundheitswesen und deren Managementebene, Gesundheitspolitik, Personen mit Übergewicht oder Adipositas Schlüsselworte: <i>weight bias/stigma*/discrimination; obesity bias/stigma*/discrimination; fat phobia; anti-weight bias; sizeism</i>
Intervention	Maßnahmen die zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen eingesetzt werden können bzw. ... um einen stigmafreien Umgang mit Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen zu erreichen.
Kontrolle	-
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empfehlungen zu Maßnahmen ■ Charakteristika der Maßnahmen
Publikationstyp	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitlinien und publizierte Positions- bzw. Konsenspapiere ■ Übersichtsarbeiten
Publikationszeitraum	2014-2024 ⁵
Länder	Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland
Sprachen	Englisch, Deutsch, ggf. andere Nationalsprachen ⁶

Literatursuche

Insgesamt ergab die systematische Literatursuche und zusätzliche Handsuchen 1.876 Quellen, die für die Literatursuche für die erste Forschungsfrage zur Verfügung standen. Unter Berücksichtigung der vorab definierten Einschlusskriterien konnten 1.756 Quellen auf Abstract-Basis ausgeschlossen werden. Die übrigen 120 Volltexte wurden von einer Autorin (SW) begutachtet. Unsicherheiten bezüglich der Auswahl wurden durch Diskussion und Konsens mit der Ko-Autorin (JK), oder durch Einbindung einer dritten Person (IR) gelöst. Von den 120 Volltexten konnten insgesamt 26 Quellen, darunter sieben Leitlinien, vier Konsenspapiere, zwei Positionspapiere und 13 Übersichtsarbeiten für die qualitative Synthese herangezogen werden. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 3-1 dargestellt.

**FF1: insgesamt
26 Quellen eingeschlossen,
darunter 7 Leitlinien,
4 Konsenspapiere,
2 Positionspapiere und
13 Übersichtsarbeiten**

Datenextraktion und -synthese

Nach Auswahl der Literatur wurden die Daten von einer Autorin in vorgefertigte Tabellen extrahiert und von der zweiten Autorin kontrolliert [Datenextraktion der Leitlinien (JK); Datenextraktion der Übersichtsarbeiten (SW)]. Die Extraktionstabellen wurden dabei nach verschiedenen vorab-definierten Kriterien aufgeteilt:

**Extraktion der Daten
in Tabellen nach
vordefinierten Kriterien**

- Empfohlene Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung für Gesundheitspersonal bzw. Student*innen im Gesundheitsbereich

⁵ Da die Suche in der Datenbank „PsychInfo“ separat durchgeführt wurde, wurde für diese Datenbank keine Einschränkung hinsichtlich des Publikationszeitraums berücksichtigt. Demnach wurde relevante Literatur, die über PsychInfo identifiziert und vor 2014 publiziert worden war, ausgeschlossen.

⁶ Da ausreichend viele Leitlinien und Positions- und Konsenspapiere in Deutsch oder Englisch identifiziert wurden, wurden keine Leitlinienpapiere in Originalsprache eingeschlossen.

- Empfohlene Strategien für Personen mit Übergewicht/Adipositas
- Empfohlene strukturelle Maßnahmen
- Empfohlene Strategien im Bereich „Policy“

Anschließend wurden die extrahierten Daten von einer Autorin (SW) (unabhängig von der Publikationsart) narrativ zusammengefasst und von der zweiten Autorin (JK) begutachtet.

**narrative
Zusammenfassung
der Daten**

Qualitätsbewertung

Eine Qualitätsbewertung der herangezogenen Literatur wurde für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage nicht durchgeführt, da es sich lediglich um eine Übersicht der empfohlenen Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen handelte, nicht aber um die Effektivität dieser Strategien.

**keine Qualitätsbewertung
der Literatur für FF1**

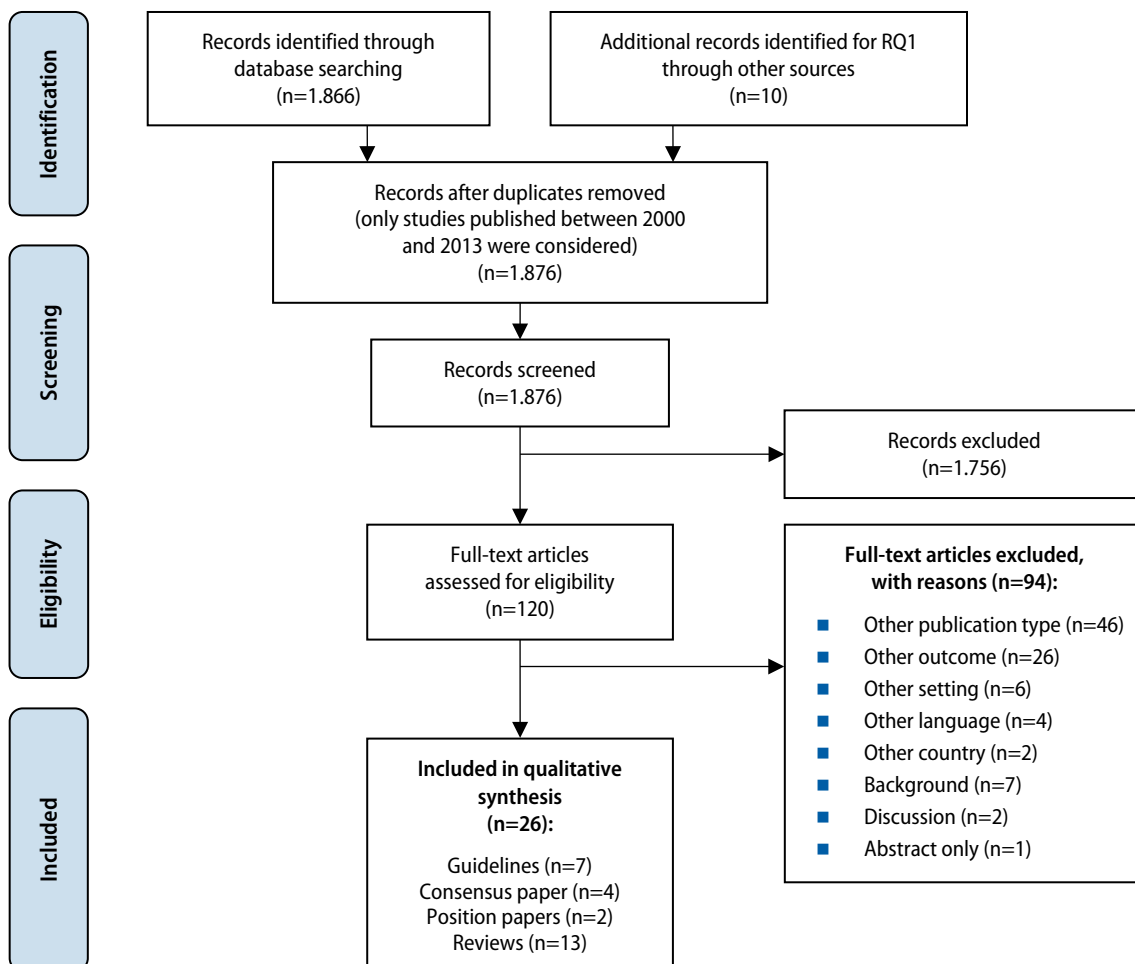


Abbildung 3-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram – Forschungsfrage 1)

Systematische Übersichtsarbeit zur Effektivität (Forschungsfrage 2)

Einschlusskriterien

Die Literatur zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurde ebenso unter Berücksichtigung der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt (siehe Tabelle 3-2). Es wurden quantitative, darunter randomisierte und nicht-randomisierte Kontrollstudien sowie Vorher-Nachher-Studien, Mixed-Methods-Studien und qualitative Studien, die ab 2014 publiziert worden waren, eingeschlossen. Alle eingeschlossenen Studien hatten das primäre Ziel, den Effekt unterschiedlicher Interventionen auf die Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitssystem zu erheben.

Einschluss von RCTs, NRCTs, Vorher-Nachher-, Mixed-Methods und qualitativen Studien ab 2014 für FF2

Tabelle 3-2: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatur zur Wirksamkeit von Interventionen für eine Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

Population	Adressat*innen der Intervention, z. B. Gesundheitsfachkräfte (Ärzt*innen, Pfleger*innen, Therapeut*innen), Gesundheitsfachkräfte in Ausbildung, Organisationen im Gesundheitswesen und deren Managementebene, Gesundheitspolitik, Personen mit Übergewicht oder Adipositas Schlüsselworte: <i>weight bias/stigma*/discrimination; obesity bias/stigma*/discrimination; fat phobia; anti-weight bias; sizeism</i>
Intervention	Maßnahmen die zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen eingesetzt werden können bzw. ... um einen Stigma-freien Umgang mit Personen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitswesen zu erreichen.
Kontrolle	-
Endpunkte	Wirksamkeit der Maßnahmen in Bezug auf, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Implementierung der Maßnahmen (z. B. Bereitstellen von breiteren Stühlen in Wartezimmern, Anwendung eines sensiblen Kommunikationsstils) ■ Gewichtsvorurteile unter Gesundheitsfachkräften gemessen mittels Fragebögen z. B. Anti-Fat Attitudes Questionnaire (AFA), Fear of Fat Scale, Fat Phobia Scale (FPS), Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP) ■ Erlebte Gewichtsstigmatisierung unter betroffenen Personen gemessen mittels Fragebögen, z. B. 10-item Weight Bias Internalization Scale (WBIS) ■ Frühzeitiger Therapieabbruch unter betroffenen Personen gemessen z. B. mittels Abbruchquote
Publikationsart	Primärstudien (quantitative und qualitative Studien) ⁷
Publikationszeitraum	2014-2024 ⁸
Länder	Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland
Sprachen	Englisch, Deutsch

⁷ Da nicht ausreichend viele Übersichtsarbeiten zur Beantwortung der 2. Forschungsfrage identifiziert wurden, wurden schlussendlich Primärstudien herangezogen.

⁸ Da die Suche in der Datenbank „PsychInfo“ separat durchgeführt wurde, wurde für diese Datenbank keine Einschränkung hinsichtlich des Publikationszeitraums berücksichtigt. Demnach wurde relevante Literatur, die über PsychInfo identifiziert und vor 2014 publiziert worden war, ausgeschlossen.

Studienauswahl

Die systematische Literatursuche und zusätzliche Handsuchen ergab insgesamt 1.874 Quellen, die für die Literatursuche für die zweite Forschungsfrage zur Verfügung standen. Unter Berücksichtigung der vorab definierten Einschlusskriterien konnten 1.840 Quellen auf Abstract-Basis ausgeschlossen werden. Die übrigen 34 Volltexte wurden von einer Autorin (SW) begutachtet. Unsicherheiten bezüglich der Auswahl wurden durch Diskussion und Konsens mit der Ko-Autorin (JK) oder durch Einbindung einer dritten Person (IR) gelöst. Von den 34 Volltexten konnten insgesamt 30 Studien, darunter 11 randomisierte Kontrollstudien (engl. Randomised Controlled Trials, RCTs), drei nicht-randomisierte Kontrollstudien (engl. Non-Randomised Controlled Trials, NRCTs), 11 Vorher-Nachher-Studien, drei Mixed-Methods-Studien und zwei qualitative Studien für die qualitative Synthese herangezogen werden. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 3-2 dargestellt.

30 Studien eingeschlossen für FF2, darunter 11 RCTs, 3 NRCTs, 11 Vorher-Nachher-Studien, 3 Mixed-Methods-Studien und 2 qualitative Studien

Datenextraktion und -synthese

Nach Auswahl der Literatur wurden die Daten von einer Autorin (SW) in vorgefertigte Tabellen extrahiert und von der zweiten Autorin (JK) kontrolliert. Für jeden Studientyp wurde eine eigene Extraktionstabelle gestaltet. Es wurden lediglich jene Ergebnisse der Studien extrahiert, die sich auf die Endpunkte „Gewichtsvorurteile“ bzw. „Gewichtsstigmatisierung“ bezogen. Evaluierungsergebnisse von spezifischen Interventionen (z. B. Zufriedenheit) wurden demnach nicht erhoben. Darüber hinaus wurden die Informationen zu den Fragebogen lediglich aus den eingeschlossenen Studien entnommen. Aus diesem Grund ist der Detailgrad der Informationen zu den Fragebögen unterschiedlich. Im Anschluss wurden die extrahierten Daten von einer Autorin (SW) für die einzelnen Zielgruppen (Gesundheitspersonal, Student*innen im Gesundheitsbereich und Patient*innen mit Übergewicht/Adipositas) narrativ zusammengefasst und von der zweiten Autorin (JK) begutachtet.

separate Extraktionstabellen für jedes Studiendesign, nur Extraktion von Endpunkten, bezogen auf Gewichtsstigmatisierung

narrative Zusammenfassung der Ergebnisse

Qualitätsbewertung

Für die Bewertung des Verzerrungsrisikos der eingeschlossenen Studien wurden abhängig vom Studiendesign folgende Tools verwendet:

- Das Cochrane Risk of Bias Tool Version 1 für RCTs [55]
- Das ROBINS-I-Tool für NRCTs [56]
- Die IHE-Checkliste für Vorher-Nachher-Studien [57]
- Die QuADS Kriterien für Mixed-Methods-Studien [58]
- Die CASP Checkliste für qualitative Studien [59]

Instrument für Verzerrungsrisiko je nach Studiendesign

Das Cochrane Risk of Bias Tool und das ROBINS-I-Tool resultieren in einer Gesamtschätzung des Verzerrungsrisikos einer Studie („overall risk of bias“), wohingegen die anderen Tools lediglich die Schwachpunkte der Studie, die deren Verzerrungspotential erhöhen können, aufzeigen. Die Qualitätsbewertungen der RCTs, NRCTs und der qualitativen Studien wurden von einer Autorin (SW) durchgeführt und von einer anderen Autorin (JK) kontrolliert. Zudem bewertete eine Autorin (SW) die Qualität der Vorher-Nachher-Studien und der Mixed-Methods-Studien, während eine zweite Autorin (JK) die Bewertungen stichprobenartig überprüfte.

Gesamtschätzung des Verzerrungsrisikos für RCTs und NRCTs, andere Instrumente zeigen nur Schwachstellen der Studien auf

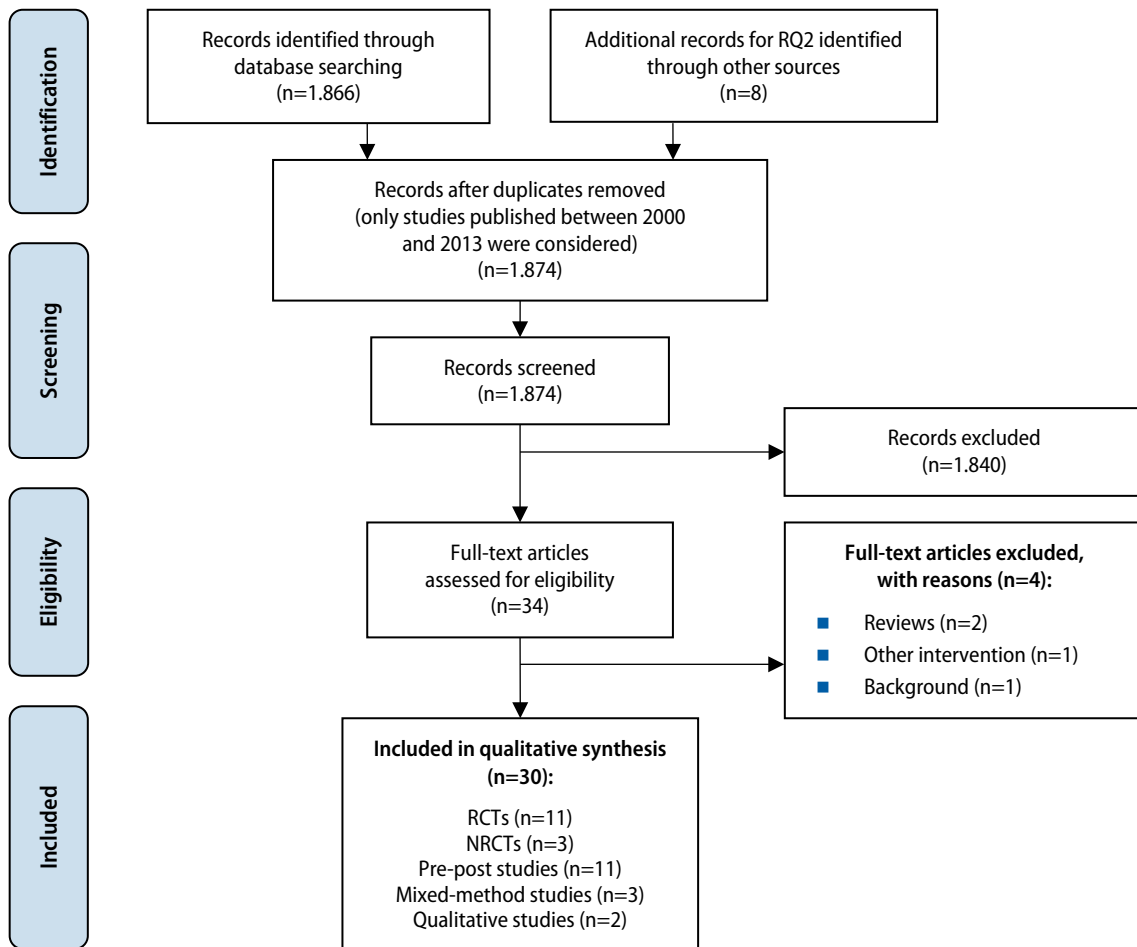


Abbildung 3-2: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram – Forschungsfrage 2)

4 Ergebnisse

4.1 Empfehlungen für Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

4.1.1 Eingeschlossene Literatur

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage bezüglich Empfehlungen zu Strategien, um Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zu reduzieren, wurden insgesamt 13 Leitlinienpapiere und 13 Übersichtsarbeiten eingeschlossen.

**FF1: Einschluss von
13 Leitlinienpapieren und
13 Übersichtsarbeiten**

Leitlinienpapiere

Bei den Leitlinienpapieren handelte es sich um sieben spezifische Leitlinien [52, 54, 60-64] mit Fokus auf das Thema Gewichtsstigmatisierung, vier Konsenspapiere [65-68] und zwei Positionspapiere [69, 70], die zwischen 2017 und 2023 publiziert wurden.

**spezifische Leitlinien,
Konsenspapiere und
Positionspapiere inkludiert**

Vier der spezifischen Leitlinien [54, 60-62] kamen aus den USA und wurden von unterschiedlichen Organisationen erstellt, darunter die American Academy of Physician Assistants, die American Association of Clinical Endocrinologists, die American Association of Nurse Practitioners, das American Board of Obesity Medicine, das American College of Physicians, die American Medical Group Association, die American Society of Metabolic and Bariatric Surgery, die Endocrine Society, die Obesity Action Coalition, die Obesity Medicine Association, die Obesity Society und verschiedene Universitäten. Zwei der spezifischen Leitlinien waren europäische Leitlinien, eine von der WHO European Region [52] und die Zweite von der European Conference on Preconception Health Care [63]. Darüber hinaus wurde noch eine kanadische Leitlinie [64] von den Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines eingeschlossen.

**4 Leitlinien aus den USA,
2 europäische Leitlinien
und 1 kanadische Leitlinie**

Sechs der sieben Leitlinien [54, 60-64] richteten sich direkt an das Gesundheitspersonal, wobei sich eine US-amerikanische Leitlinie [60] auf die Primärversorgung und eine weitere US-amerikanische Leitlinie [61] auf Pädiater*innen fokussierte. Drei Leitlinien adressierten darüber hinaus auch Personen mit Übergewicht oder Adipositas, die Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen erfahren haben, und/oder Entscheidungsträger*innen [52, 63, 64].

**Gesundheitspersonal in
6/7 Leitlinien adressiert,
zudem Personen mit
Übergewicht/Adipositas,
oder Entscheidungsträger*innen**

Lediglich zwei der sieben spezifischen Leitlinien beschrieben das Vorgehen für die Formulierung der Strategien und Empfehlungen. Bei der US-amerikanischen Leitlinie zur Primärversorgung [60] wurden Gesprächsrunden mit 12 Vertreter*innen aus den Bereichen der Primär- und der Adipositasversorgung durchgeführt, um Empfehlungen für die Adipositasbehandlung in der Primärversorgung zu diskutieren. Demgegenüber wurde bei der europäischen Leitlinie der European Conference on Preconception Health Care [63] ein 45-minütiger Workshop organisiert, bei dem nach einer 15-minütigen Einführung in einer anschließenden 30-minütigen Brainstorming-Einheit zwei Gruppen mögliche Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Frauen im gebärfähigen Alter diskutierten.

**Vorgehen bei
Leitlinienerstellung nur in
2 Leitlinien beschrieben**

Zwei der sieben spezifischen Leitlinien [61, 63] gaben an, dass keine Interessenkonflikte der Autor*innen bestanden, während ein Autor einer anderen Leitlinie [62] einen Interessenkonflikt angab. In den übrigen vier Leitlinien wurden keine Angaben zu möglichen Interessenkonflikten gemacht.

**keine Angaben zu
Interessenskonflikten
in 4/7 Leitlinien**

Zwei der vier eingeschlossenen Konsenspapiere stammen aus den USA und wurden zum einen von der Strategic Training Initiative for Prevention of Eating Disorders (STRIPED) [68], und zum anderen von der American Association of Clinical Endocrinology (AACE) [66] verfasst. Ein weiteres Konsenspapier [67] wurde von unterschiedlichen Stakeholdern aus Obesity UK, Ärzt*innen, Diätolog*innen, klinischen Psycholog*innen, Adipositas-Forscher*innen, Pflegekräften und Vertreter*innen des NHS England Diabetes and Obesity erstellt. Das vierte Konsenspapier [65] wurde von Autor*innen unterschiedlicher Nationalitäten (USA, UK, Italien, Irland, Spanien, Australien, Canada, Chile und Israel), von unterschiedlichen US-amerikanischen Organisationen (Pennington Biomedical Research Centre, ConscienHealth, American Diabetes Association, Mount Sinai, Health System, Obesity Action Coalition, Pen State Hershey Medical Center), wie auch dem Obesity Canada, Baker Heart and Diabetes Institute aus Australien und dem Diabetes UK verfasst.

**2 Konsenspapiere
aus den USA,
1 aus dem UK und
1 internationales
Konsenspapier**

Drei Konsenspapiere [65-67] adressierten das Gesundheitspersonal, während das vierte Konsenspapier [68] sich auf Fachleute der öffentlichen Gesundheit fokussierte. Die verwendeten Methoden wurden in drei der vier Konsenspapieren angegeben. Ein US-amerikanisches Konsenspapier [68] wurde mit Hilfe der Delphi-Methode verfasst. Dabei bewerteten zwei Gruppen von Expert*innen aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit Fragebögen mit Ideen und Handlungen zum Thema Gewichtsstigmatisierung. Diese wurden anschließend von der jeweils anderen Expert*innen-Gruppe ausgewertet. Lediglich die Aussagen mit den höchsten Wertungen wurden für eine Roadmap für Gewichtsstigmatisierung berücksichtigt. Für das zweite US-amerikanische Konsenspapier [66] wurde eine Konsenskonferenz zum Thema Adipositas, Wahrnehmung, Diagnose und Stigma organisiert. Ziel der Konferenz war es, unterschiedliche Strategien zu diskutieren, und eine Roadmap zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung zu erstellen. Für das multi-nationale Konsenspapier [65] wurde ebenfalls eine Konsenskonferenz mit Delphi-Prozess organisiert. Die Methode des Konsenspapiers für UK wurde nicht näher beschrieben [67]. Mögliche Interessenkonflikte wurden nur in einem Konsenspapier angegeben [67], in den übrigen drei Konsenspapieren wurden hierzu keine Angaben gemacht.

**3/4 Konsenspapiere
machten Angaben zu
Methoden**

**Angaben zu möglichen
Interessenskonflikten nur
von 1 Konsenspapier**

Eines der zwei eingeschlossenen Positionspapiere [69] wurde von der American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) erstellt. Dabei wurde die aktuelle peer-reviewed Evidenz sowie Expert*innen-Meinungen zum Thema Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zusammengefasst. Die Zielgruppen der Empfehlungen umfassten Gesundheitspersonal, Betroffene und Entscheidungsträger*innen. Die Autor*innen berichteten keine Interessenkonflikte. Das zweite Positionspapier [70] wurde von der World Obesity Federation erstellt. Dabei diskutierten 41 Repräsentant*innen, darunter Gesundheitspersonal, Expert*innen, Gesundheitspolitiker*innen, Jurist*innen und Betroffene, in regelmäßigen Online-Meetings über das Thema Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen. Die Zielgruppe des Positionspapiers war das Gesundheitspersonal. Nur einer der Autor*innen gab mögliche Interessenkonflikte an.

**1 Positionspapier aus
den USA, 1 internationales**

**Interessenskonflikte nur
bei einer/einem Autor*in**

Tabelle A1-1 im Appendix bietet einen detaillierten Überblick zu den eingeschlossenen Leitlinien.

Übersichtsarbeiten

Bei den 13 eingeschlossenen Übersichtsarbeiten handelte es sich um eine systematische Übersichtsarbeit [71], zwei Scoping Reviews [27, 72], einen qualitativen Review [73] und neun nicht näher spezifizierte Übersichtsarbeiten [19, 21, 33, 47, 74-78].

Für die Erstellung des kanadischen systematischen Reviews [71] wurde das Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions und das PRISMA Statement herangezogen. Die systematische Literatursuche wurde in neun Datenbanken durchgeführt. Die Literatursuche wurde auf Englisch und französisch, sowie auf den Publikationszeitraum von 1990 bis September 2015 beschränkt. Die Zielgruppen waren medizinische Fachkräfte aus den Bereichen Pflege und Kinesiologie, sowie Student*innen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Diätologie und Sport. Insgesamt wurden fünf RCTs, vier NRCTs und acht Vorher-Nachher-Studien im systematischen Review eingeschlossen. Die Stichprobengrößen variierten zwischen 27 und 266 Studienteilnehmer*innen. Die Autor*innen des systematischen Reviews gaben an, dass keine Interessenkonflikte vorlagen.

Die beiden Scoping Reviews waren aus Kanada [72] und Australien [27]. Für die Erstellung beider Reviews wurde die PRISMA-Checkliste herangezogen. Für beide Reviews wurde eine systematische Literatursuche in vier Datenbanken durchgeführt, wobei in einem Review [72] zusätzlich noch nach grauer Literatur gesucht wurde. Die Population des kanadischen Reviews waren medizinische Fachkräfte des Bereichs Gynäkologie, sowie schwangere Frauen mit einem BMI von über 30 kg/m² [72]. Die Population des australischen Reviews waren Zahnärzt*innen [27]. Der kanadische Review [72] schloss insgesamt 17 qualitative Studien, davon 14 Interviewstudien und eine Mixed-Methods-Studie, ein. Die Stichprobengrößen der Studien wurden in dem Review nicht berichtet. Der australische Review [27] schloss einen systematischen Review (mit acht Querschnittsstudien), ein RCT, sechs qualitative Studien, 15 Umfragen und zwei Editorials ein. Die Stichprobengrößen der eingeschlossenen Literatur variierte abhängig vom Studiendesign zwischen 20 (qualitative Studie) und 13.357 Studienteilnehmer*innen (Umfrage). Beide Scoping Reviews gaben an, dass keine Interessenkonflikte vorlagen.

Zur Erstellung des qualitativen Reviews aus Irland wurden die ENTREQ und PRISMA Checklisten herangezogen [73]. Die systematische Suche wurde in fünf Datenbanken durchgeführt und auf das Publikationsdatum Mai 2011 bis 2023 eingeschränkt. Die Zielgruppe des Reviews war das Gesundheitspersonal. Insgesamt wurden 32 qualitative oder Mixed-Methods-Studien eingeschlossen, davon zehn Studien zur Primärversorgung, 14 Studien zum sekundären und zehn Studien zum tertiären Gesundheitssektor. Die Stichprobengrößen der eingeschlossenen Studien reichten von acht bis 501 Studienteilnehmer*innen. Ein Autor des Reviews gab mögliche Interessenkonflikte an.

Fünf der neun unsystematischen Übersichtsarbeiten stammten aus den USA [19, 33, 47, 76, 77] und eine weitere aus Kanada [75]. Die übrigen drei Reviews [21, 74, 78] waren multi-national, aus den USA, UK, Island, Australien und/oder Israel. Der Großteil der Reviews machte keine Angaben zur Methode, Literatursuche oder eingeschlossenen Literatur [19, 21, 33, 47, 74, 76-78]. Lediglich der kanadische Review beschrieb, dass die eingeschlossenen Studien von einer Arbeitsgruppe der Canadian Obesity Prevention and Management Expert*innen des Canadian Obesity Network-Réseau canadien en ob-

verschiedene Arten von Übersichtsarbeiten inkludiert

1 systematischer Review aus Kanada mit 5 RCTs, 4 NRCTs und 8 Vorher-Nachher Studien

Einschluss von Studien mit Gesundheitspersonal, oder Student*innen aus Gesundheitsbereichen; Stichprobengröße zwischen 27-266

1 Scoping Review aus Kanada mit insgesamt 18 und 1 aus Australien mit insgesamt 25 eingeschlossenen Quellen

einerseits Studien zur Gynäkologie, andererseits zu Zahnärzt*innen

Angabe zu Stichprobengröße in nur 1 Review: 20 – 13.357

qualitativer Review aus Irland mit insgesamt 32 Studien zum Gesundheitspersonal

Stichprobengröße: 8-501

unsystematische Übersichtsarbeiten: 4/9 aus den USA, Angaben zu den Methoden in 1/9, Stichprobengrößen wurden nicht berichtet

ésité (CON-RCO) ausgewählt worden waren. Die Zielgruppen der neun Reviews umfassten das Gesundheitspersonal, im Spezifischen Allgemeinmediziner*innen [76], Kliniker*innen [19, 47], Pädiater*innen [77, 78], Osteopath*innen [76] und Hebammen [47]. Darüber hinaus gaben einzelne Reviews zusätzlich Empfehlungen für Medizinstudent*innen [33], betroffene Personen [21] und die Politik an [21, 74, 75]. Keiner der neun Reviews berichtete die Stichprobengröße der eingeschlossenen Studien. Fünf Reviews [19, 21, 47, 74, 76] berichteten keine Interessenskonflikte, drei Reviews [33, 75, 78] gaben Interessenskonflikte einzelner Autor*innen an und ein Review [77] machte keine Angaben zu den Interessenskonflikten.

Tabelle A1-2 im Appendix bietet einen detaillierten Überblick zu den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten.

Zielgruppen waren das Gesundheitspersonal, Betroffene, Studierende und die Politik

Interessenskonflikte in 3/9 Reviews, keine Konflikte in 5/9 Reviews und keine Angaben in 1/9 Reviews

4.1.2 Empfohlene Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

Strategien für das Gesundheitspersonal, sowie Lehrkräfte und Student*innen im Gesundheitswesen

Elf Leitlinienpapiere [54, 60-67, 69, 70] und alle 13 eingeschlossenen Übersichtsarbeiten [19, 21, 27, 33, 47, 71-78] präsentierten Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen adressiert an das Gesundheitspersonal, Lehrkräfte und Student*innen. Folglich werden die Strategien je nach Fokus den Bereichen *Bewertung von Gewichtsvorurteilen, Aus- und Weiterbildungen, Kommunikation und Sprache*, und *andere*, zugeordnet und zusammenfassend dargestellt.

11/13 Leitlinien und 13/13 Übersichtsarbeiten mit Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung für Personen im Gesundheitswesen

Bewertung von Gewichtsvorurteilen

Eine erste, häufige Empfehlung für das Gesundheitspersonal ist es, sich vor der Arbeit mit Patient*innen mit Adipositas, die eigenen expliziten⁹ und impliziten¹⁰ Glaubenssätze hinsichtlich Adipositas und wie sich diese Glaubenssätze auf die Versorgung auswirken können, bewusst zu machen [19, 27, 47, 64, 74, 76]. Die Selbstreflexion und das Erheben der eigenen Gewichtsvorurteile soll die Selbsterkenntnis des Gesundheitspersonals in Bezug auf Gewichtsstigmatisierung stärken und Gewichtsvorurteile reduzieren [27, 71]. Dabei ist die Erkenntnis, dass Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen präsent ist und dass die unterschiedlichsten Disziplinen (z. B. Kliniker*innen, Pädiater*innen, Zahnärzt*innen, Hebammen) nicht immun dagegen sind, wesentlich [27, 47, 77]. Ein genanntes Vorurteil von Gesundheitspersonal ist zum Beispiel, dass jede Beschwerde oder Erkrankung dem hohen Körpergewicht der Patientin/dem Patienten zugrunde liegt [64], oder dass ein höheres Körpergewicht ungesund ist und aus einem ungesunden Lebensstil resultiert [19, 64].

1. Strategie: eigene Glaubenssätze hinsichtlich Adipositas überdenken

⁹ Explizite Gewichtsvorurteile sind bewusste und absichtliche Einstellungen oder Meinungen über Personen mit Übergewicht oder Adipositas, die oft zu Diskriminierung gegenüber diesen Personen führen.

¹⁰ Implizite Gewichtsvorurteile sind unbewusste Einstellungen oder Stereotypen gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas, die das Verständnis und Handeln einer Person gegenüber diesen Personen auf eine automatische Weise beeinflussen, ohne dass diese sich dessen bewusst ist.

Zum Bewusstmachen der eigenen Vorurteile kann auf eine Reihe verschiedener Fragebögen zurückgegriffen werden. Dazu kann z. B. eine Abwandlung des **Implicit Association Tests (IAT)** zur Erhebung impliziter Gewichtsvorurteile verwendet werden. Zur Identifizierung von expliziten Gewichtsvorurteilen wird häufig der **Anti-Fat Attitude Test (AFAT)** eingesetzt. Im Kapitel zur Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bietet Tabelle 4-1 einen Überblick über weitere Tests und Fragebögen.

Des Weiteren sollte das Gesundheitspersonal erkennen, inwiefern internalisierte Gewichtsvorurteile¹¹ von Patient*innen mit Übergewicht bzw. Adipositas ihr Verhalten und ihre Gesundheit beeinflussen können. Dazu kann das Gesundheitspersonal auf verschiedene Fragetechniken zurückgreifen, mit denen internalisierte Gewichtsvorurteile bei Patient*innen erfragt werden können. Ein bekanntes Beispiel ist das „Motivationsinterview“ – ein klientenzentriertes Gesprächsführungskonzept für anspruchsvolle Gespräche, das die intrinsische Motivation der Patient*innen aufbauen soll. Eine mögliche Frage an die Patient*innen könnte demnach sein: „*Können Sie mir sagen, ob und in welchem Umfang Ihr Gewicht Ihre Wahrnehmung von Ihnen selbst beeinflusst?*“ [64]. Generell sollten alle Patient*innen mit Adipositas-basierten chronischen Erkrankungen (engl. adiposity-based chronic disease, ABCD) auf internalisierte Gewichtsvorurteile gescreent werden. Dafür stehen validierte Tools, wie zum Beispiel das **Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ)** oder die **Weight Bias Internalization Scale (WBIS)**, zur Verfügung [66]. Liegen internalisierte Gewichtsvorurteile vor, sollten medizinische Fachkräfte unterschiedliche Bewältigungsstrategien empfehlen bzw. in die Wege leiten. Dazu zählen z. B. die kognitive Verhaltenstherapie oder die Akzeptanz- und Bindungstherapie [64].

Darüber hinaus empfehlen die Dokumente, dass das Gesundheitspersonal über die Gewichtsstigmatisierungserfahrungen von Patient*innen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, Bescheid weiß, da damit das Verhalten von Patient*innen (z. B. Vermeidung von Untersuchungen) nachvollziehbar wird und die notwendige Unterstützung angeboten werden kann. Solche Informationen können anhand von Patient*innen-Umfragen und Patient*innen-Erfahrungsberichten gesammelt werden [61].

Aus- und Weiterbildungen

Es wird empfohlen, Weiterbildungen zu Gewichtsstigmatisierung für das Gesundheitspersonal anzubieten [70, 77, 78]. Jede Aus- und Weiterbildung für medizinische Student*innen und Fachkräfte sollten beinhalten, dass es sich bei Adipositas um eine komplexe und chronische Erkrankung handelt, deren Ursachen oft mit unkontrollierbaren und nicht-veränderbaren Faktoren (z. B. Genetik und Biologie, Umwelt, soziokulturelle Einflüsse und sozioökonomische Determinanten) zusammenhängen [19, 21, 54, 61, 62, 64, 69, 75, 78]. Aus- und Weiterbildungen sollen vermitteln, dass das Gewicht kein alleiniges Merkmal für die Gesundheit ist [33, 75].

Ein möglicher Ansatz ist, Weiterbildungen zu Gewichtsstigmatisierung verpflichtend für alle Disziplinen des Gesundheitswesens in den Standard-Lehrplan zu integrieren [27, 33, 54, 61, 62, 65, 69, 72, 75]. Die Weiterbildungen können dabei in Form von Einzel-, oder multimodalen Einheiten gestaltet werden:

Test zur Identifikation der eigenen Vorurteile: Implicit Association Test (IAT)

internalisierte Gewichtsvorurteile der Patient*innen mit Übergewicht bzw. Adipositas abfragen, mit Motivationsinterviews, oder Fragebögen wie dem „Weight Self-Stigma Questionnaire“ (WSSQ)

weitere Empfehlung: über Gewichtsstigmatisierungserfahrungen der eigenen Patient*innen bescheid wissen

2. Strategie: Weiterbildungen zu Gewichtsstigmatisierung für das Gesundheitspersonal/ Student*innen

verpflichtende Weiterbildung zu Gewichtsstigmatisierung in Form von Einzel-, oder multimodalen Einheiten

¹¹ Internalisierte Gewichtsvorurteile stellen Vorurteile dar, die eine Person aufgrund des eigenen Gewichts gegen sich selbst richtet.

- Vorgeschlagene Einzelsessions sind z. B. eine Einheit innerhalb eines Kurses zum Thema unkontrollierbare Ursachen von Adipositas, Weiterbildung oder Selbstlern-Modul zum gewichtsinklusiven Ansatz, Bearbeiten eines relevanten Artikels oder Diskutieren von Videos zum Thema Gewichtsstigmatisierung, Gewichtsvorurteilssensitivitätstraining, oder Sensitivitätstraining im Bereich der bariatrischen Chirurgie sein [62].
- Im Gegensatz dazu verbinden multimodale Einheiten mehrere Elemente miteinander, z. B. Weiterbildung in Kombination mit realen Erfahrungen bei der Arbeit mit Personen mit Adipositas oder Weiterbildungen kombiniert mit einer Aufgabe zur Selbstreflexion.

In der Literatur werden multimodale Einheiten präferiert, um den verschiedenen Mechanismen von Gewichtsstigmatisierung entgegenwirken zu können. Generell sollten interaktive Lernmaterialien dabei immer mit Beteiligung betroffener Personen erstellt werden [21, 33, 71, 74, 78].

Abgesehen von Weiterbildungen, die in Lehrpläne integriert werden, werden auch Online-Weiterbildungsmöglichkeiten empfohlen. Online-Kurse können z. B. in Form von „Implicit Bias Training“ oder „Obesity Training“ zur Verfügung gestellt werden [54, 66]. Aktuell bieten beispielsweise verschiedene American Board of Obesity Medicine (ABOM)-zertifizierte Organisationen „Continuing Medical Education“ (CME) mit Aspekten zur Vermeidung von Gewichtsstigmatisierung für interessierte Kliniker*innen an [61, 74]. Als ebenso hilfreiche werden Schulungen zur kulturellen Kompetenz für das Gesundheitspersonal beschrieben, um das Zusammenspiel zwischen Kultur, persönlichen Glaubenssätzen und Erfahrungen zu verstehen und folglich die Kommunikation und das Verhalten gegenüber Patient*innen zu hinterfragen [61].

Neben den Weiterbildungsmöglichkeiten können Methoden zur Zertifizierung von spezifischem Wissen zur Gewichtsstigmatisierung etabliert werden. Das ABOM bietet zum Beispiel Zertifikate für Ärzt*innen („physicians certificate“) und die Obesity Medicine Association (OMA) bietet Zertifikate für Pflegekräfte und Arztassistent*innen („certificate of advanced practice“) an, wenn spezifisches Wissen zum Adipositas-Management inklusive Wissen zu stigmafreiem Umgang mit Patient*innen mit Adipositas vorliegt [33, 61, 65].

Kommunikation und Sprache

Im Allgemeinen gilt bei der Kommunikation mit Patient*innen mit Adipositas, dass eine Patient*innen-zentrierte Kommunikation und eine gemeinsame Entscheidungsfindungen („shared decision-making“) wichtige Grundlagen sind, um das Vertrauen zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patient*innen zu stärken. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen [19, 33, 47, 62, 72, 73, 76-78]. Darüber hinaus soll jede medizinische Kommunikation evidenzbasiert geführt werden [67].

Für das Gesundheitspersonal ist es bei der Arbeit mit Patient*innen mit Adipositas wichtig, zu verstehen, welche negativen Auswirkungen die Wortwahl und der Kommunikationsstil auf die Emotionen und darüber hinaus auf das Verhalten der Patient*innen haben kann. Beispielsweise kann ein stigmatisierender Kommunikationsstil dazu führen, dass Patient*innen die nächsten Untersuchungstermine nicht mehr wahrnehmen [63, 78]. Daher gilt es, urteilende Wörter oder Bilder, die Patient*innen (und deren Familien) als faul, ungesund und ohne Willensstärke oder Selbstdisziplin widerspiegeln, zu vermeiden [19, 60, 64, 65, 67, 76-78]. Des Weiteren ist es notwendig, medizinisches Personal zu schulen, das Gewicht von Patient*innen generell nie zu

multimodale Einheiten in Literatur präferiert

auch Online-Kurse zu „Implicit Bias Training“, oder „Obesity Training“ oder Schulungen zu kulturellen Kompetenzen, mögliche Optionen

Zertifizierungen für spezifisches Wissen zur Gewichtsstigmatisierung oder Adipositas-Management

3. Strategie: Patient*innenzentrierte und evidenzbasierte Kommunikation und Entscheidungsfindung

starker Einfluss gewichtsstigmatisierender Kommunikation auf das Verhalten von Patient*innen; zu vermeiden: urteilende Wörter, generalisierende Aussagen und unangebrachter Humor

kommentieren [19] bzw. keine generalisierten Aussagen, wie z. B. „Personen wie Sie kämpfen immer mit gesunder Ernährung und Sport“ zu tätigen [67]. Zu vermeiden ist auch unangebrachter Humor. Für Patient*innen, die viele Jahre lang erniedrigenden Humor erlebt haben, können selbst „gut gemeinte“ Versuche als Ausdruck (un)bewusster Vorurteile angesehen werden. Auch außerhalb von direkten Patient*innen-Gesprächen, z. B. zwischen Arbeitskolleg*innen, sollte diese Art von Humor keinen Platz haben [19, 67].

Eine weitere Empfehlung ist es, vor jedem Gespräch zu klären, ob die Patientin/der Patient zu diesem Zeitpunkt über das Gewicht sprechen möchte, da eine Diskussion über das Gewicht auch triggernd sein kann, z. B. für Personen mit erlebter Essstörung. Dafür eignen sich Eingangsfragen, wie „Können wir heute über Ihr Gewicht sprechen?“ oder „Habe ich die Erlaubnis, Ihr Gewicht heute mit Ihnen zu besprechen?“, starten [19, 47, 54, 61]. Patient*innen sollen die Option haben, ein Gespräch über das Gewicht abzulehnen. Ist die Patientin/der Patient zu diesem Zeitpunkt nicht bereit, über das Gewicht zu sprechen, kann nach einem alternativen Termin gefragt werden: „Gibt es einen anderen Zeitpunkt, an dem wir Ihr Gewicht und wie wir gemeinsam daran arbeiten könnten, besprechen können?“ [62]. Bei betroffenen Kindern und Jugendlichen wird empfohlen, einen separaten Termin mit den Eltern/Erziehungsberichtigten zu vereinbaren [78]. Wichtig ist auch, zuerst die aktuellen Bedenken, weswegen die Patientin/der Patient gekommen ist, zu klären, ohne sofort einen Bezug zum Gewicht herzustellen [67]. Viel eher sollte das Gesundheitspersonal Patient*innen Respekt und Mitgefühl bezüglich ihrer stigmatisierenden Erfahrungen zeigen [27, 54, 64, 71, 73]. Werden spezifische Risiken in Verbindung mit Adipositas angesprochen oder weitere Untersuchungen bzw. Überweisungen empfohlen, lautet die Empfehlung, vorab immer Adipositas als chronische Erkrankung zu erklären und alle Fragen der Patient*innen dazu zu beantworten [72, 78].

Um einen adäquaten Umgang mit dem Thema Gewicht zu finden, kann das Gesundheitspersonal den Patient*innen spezifische Fragen stellen, wie z. B.: „Welche Wörter soll ich verwenden, wenn wir über Ihr Gewicht sprechen?“ oder „Wie fühlen Sie sich in Bezug auf Ihr Gewicht?“ [33, 54, 76]. Die Präferenzen der Patient*innen hinsichtlich der Begrifflichkeiten können abhängig vom Geschlecht, des BMIs, der internalisierten Gewichtsvorurteile, der sexuellen Orientierung und der Herkunft sehr unterschiedlich sein. So empfinden manche Betroffene den Begriff „ungesundes Gewicht“ motivierender als „Adipositas“. Andere häufig als stigmatisierend wahrgenommene Begriffe sind z. B. *fett, krankhaft adipös, schwer, pummelig*. Wohingegen gewichtsneutrale bzw. gewichtsinklusive Begriffe wie *Gewicht, BMI, Gewichtsproblem, ungesundes Gewicht, zu viel Gewicht für die Größe und Übergewicht* häufig als weniger stigmatisierend wahrgenommen werden. Bezüglich des Begriffs „Adipositas“, sollte das Gesundheitspersonal erklären, dass es sich dabei um eine medizinische Diagnose handelt und nicht um einen negativen Kommentar bezüglich des Gewichts [47, 60-62, 70, 76, 77].

Zusätzlich wird in der Literatur einheitlich empfohlen dem „People-First Language“-Ansatz zu folgen. Dieser Ansatz stellt in den Vordergrund, was eine Person *hat* und nicht was sie *ist* [27, 54, 60, 66, 67, 70, 73]. Demnach sollte sowohl in der mündlichen als auch schriftlichen Kommunikation sowie in wissenschaftlichen Arbeiten die Begrifflichkeit „eine Person mit Adipositas“ der Terminologie „eine adipöse Person“ vorgezogen werden [61, 62, 78]. Der „People-First Language“-Ansatz stammt ursprünglich aus dem Englischen. Daher sollte berücksichtigt werden, dass der Ansatz in anderen Sprachen möglicherweise anders zu verwenden ist [70].

vor jedem Gespräche klären, ob Patient*in überhaupt über das Gewicht sprechen möchte

zuerst die aktuellen gesundheitlichen Bedenken klären

Wortwahl mit Patient*in abklären

einheitliche Empfehlung: Nutzung von „People-First-Language“ → Person mit Adipositas und nicht adipöse Person

Zu einer adäquaten und sensiblen Gesprächsführung zählt darüber hinaus aktives Zuhören [60, 61, 73, 74]. Anstatt vorab Vermutungen, z. B. über den ungesunden Lebensstil, zu treffen, sollte sich das Gesundheitspersonal die Zeit nehmen, um die Ist-Situation der Patient*innen zu erfragen und das vorliegende primäre Anliegen zu besprechen, sowie Gewicht und Krankheit nicht immer miteinander in Verbindung zu setzen (Pathologisierung) [47, 72, 78].

Zusätzlich zur verbalen Kommunikation sollten medizinische Fachkräfte auch auf ihre non-verbale Kommunikation achten, das heißt, darauf zu achten, dass die Körpersprache nicht stigmatisierend ist (z. B. Abneigung Patient*innen mit Adipositas zu berühren) und dieselbe bleibt, unabhängig davon, welche Erkrankung gerade behandelt wird [67, 73].

Andere Bereiche

Neben der Bewertung von Gewichtsvorurteilen, Weiterbildungen zu Gewichtsstigmatisierung und der richtigen Sprache gibt es noch weitere Ansätze, um die Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zu reduzieren. Ein wichtiger Bereich ist der gewichtsneutrale bzw. gewichtsinklusive Ansatz. Das bekannteste Modell dazu ist das „Obesity Medicine Association“ (HAES)-Modell [19, 47, 62, 63, 67, 70, 74, 76].

**Ist-Situation des/der Patient*in immer zuerst erfragen;
Gewicht und Krankheit nicht immer gleich in Verbindung setzen**

auch auf non-verbale Kommunikation, wie Körpersprache, achten

**weitere Strategien:
gewichtsnutraler/
gewichtsinklusiver Ansatz
→ z. B. „Health at Every Size“ (HAES)-Modell**

Das „**Health at Every Size**“ (HAES) Modell der Association for Size Diversity and Health ([Link](#)) ist ein bekannter Ansatz der öffentlichen Gesundheit, der betont, dass alle Personen, unabhängig von ihrer Größe und ihrem Gewicht, das Recht haben, ohne Vorurteile nach Gesundheit zu streben, und dass die Stigmatisierung von Personen mit einem höheren Körpergewicht reduziert werden soll. Die Hauptansätze des Modells sind:

- Wechsel von einem gewichtsfokussierten zu einem gesundheitsneutralen/-inklusive und holistischen Ansatz, der die emotionale, physische, ernährungsbasierte und soziale Gesundheit mitberücksichtigt.
- Gesundheit ist kein Indikator für den Wert einer Person.
- Die Diagnose „Adipositas“ sollte nicht nur durch den BMI definiert sein.
- Bestehende Vorurteile und Annahmen bezüglich Adipositas, z. B. Gewichtsverlust verlängert das Leben oder Gewichtsreduktion ist das einzige Ziel, sind kritisch zu hinterfragen.
- Akzeptanz verschiedener Körperformen sollte gestärkt werden.
- Intuitives Essen (auf die natürlichen Hunger- und Sättigungssignale des Körpers zu hören) sollte unterstützt werden.
- Aktives Embodiment (wie unser Körper und unsere physischen Erfahrungen unser Denken, Fühlen und Verstehen grundlegend beeinflussen) sollte unterstützt werden.
- Fokus auf physische Aktivität für die Gesundheit anstatt für eine bestimmte Körperform.
- Versorgung und klinische Entscheidungen sollten unabhängig vom Gewicht der Patientin/des Patienten getroffen werden.
- Patienten*innen-zentrierter Ansatz: Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse.

Des Weiteren sollte die Diagnostik immer unabhängig vom Gewicht der Patient*innen durchgeführt werden. Das bedeutet, dass alle geeigneten Untersuchungen durchgeführt werden, auch wenn ein hoher BMI für die vorliegenden Symptome ursächlich sein könnte. Patient*innen mit einem höheren Gewicht sollten bei denselben Symptomen dieselbe Diagnose bekommen wie Patient*innen mit einem niedrigeren Gewicht [19, 76]. Folglich sollten die vorliegenden Symptome und nicht das Gewicht behandelt werden [19, 33].

Diagnosen unabhängig vom Gewicht durchführen – es sollen die vorliegenden Symptome und nicht das Gewicht behandelt werden

Eine weitere wichtige Hilfestellung für das Gesundheitspersonal sowie Medizinstudent*innen beim Umgang mit Personen mit Adipositas sind Vorbilder in der jeweiligen Fachdisziplin [33, 61, 64, 67, 71, 78]. So wird die Erstellung einer Liste mit zertifizierten Adipositas-Spezialist*innen mit Wissen zum Umgang mit Gewichtsstigmatisierung in der Literatur empfohlen [61]. Weiters wird empfohlen, dass sich gesamten Fachrichtungen für die Beendigung von Gewichtsstigmatisierung einsetzen [27]. Zusätzlich sollten Mediziner*innen auch Vorbilder im Umgang mit Personen mit Adipositas für die Gesellschaft sein [67].

Darüber hinaus ist Intersektionalität beim Thema Gewichtsstigmatisierung mitzubedenken [47, 61]. Das heißt, dass auch andere, gleichzeitig wirkende Diskriminierungskategorien, wie z. B. Geschlecht, Herkunft oder Sexualität, zusammen mit Gewichtsstigmatisierung innerhalb der Gesundheitsversorgung adressiert werden sollten [74]. Zusätzlich sollte jeder antirassistische Ansatz in der Gesundheitsversorgung beim Thema Gewichtsstigmatisierung und wie dadurch „weiße“ und „dünne“ Normen bestärkt werden können, mitberücksichtigt werden [47].

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas wird empfohlen, in einem ersten Schritt auf jegliche Art von Gewichtsstigmatisierung zu screenen, um zu verstehen, welche Erfahrungen das Kind gemacht hat [54]. Das Gesundheitspersonal sollte dabei auch das familiäre Umfeld des Kindes durch Kommunikation mit den Eltern/Erziehungsberechtigten erfragen. Zusätzlich können den Eltern auch Informationsmaterialien und Weiterbildungsmöglichkeiten empfohlen werden, z. B. wie ein gesundes und stigmafreies Zuhause gestaltet werden kann [54]. Im Allgemeinen sollte sich das Gesundheitspersonal nie darauf verlassen, dass Gewichtsstigmatisierung innerhalb der Schulen erfolgreich adressiert wird. Erkennen beispielsweise Pädiater*innen Anzeichen von Gewichtsstigmatisierung, sollte an niedergelassene psychische Dienste überwiesen werden [61].

Beispiele zu Tools für die Praxis

Neben den allgemeinen Empfehlungen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen werden im Folgenden spezifische in der Literatur genannte Tools präsentiert, deren Einsatz helfen kann, Gewichtsstigmatisierung in der Praxis zu reduzieren [60-63, 73, 75, 78].

Der „**Weight Can’t Wait Guide**“ ([Link](#)) für das Adipositas-Management in der Primärversorgung von der Obesity Alliance umfasst zahlreiche Tipps für eine sensible und stigmafreie Kommunikation.

Der „**Trauma Informed Care (TIC) Framework**“ ([Link](#)) kann helfen Gewichtsstigmatisierung in der Versorgung zu entdecken und folglich zu reduzieren und umfasst vier Schritte:

1. Weitreichende Auswirkungen von Trauma verstehen lernen und mögliche Wege zur Wiederherstellung erkennen (*REALISE*).
2. Trauma erkennen und identifizieren, in dem auf negative Kinderheitserfahrungen, gewichtsbasiertes Mobbing und Stimmungsschwankungen gescreent wird (*RECOGNISE*).
3. Mit Unterstützungsangeboten innerhalb der Gesundheitsversorgung, oder durch die Politik auf bestehende Traumata reagieren (*RESPOND*).
4. Widerstand gegen Retraumatisierung leisten, in dem ein stigmatisierender Umgang mit Patient*innen vermieden wird (z. B. bei medizinischen Aufzeichnungen oder der direkten Kommunikation zwischen Patient*innen und medizinischem Personal) (*RESIST*).

Liste mit zertifizierten Adipositas-Spezialist*innen mit Wissen zum Umgang mit Gewichtsstigmatisierung erstellen

Intersektionalität mit anderen Diskriminierungskategorien berücksichtigen

Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas: auf Gewichtsstigmatisierung screenen, Informationsmaterialien für die Eltern bereitstellen

Tools für die Praxis zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung:

„**Weight Can’t Wait Guide**“

„**Trauma Informed Care (TIC) Framework**“

„**Modified 5A’s Framework**“

„**Change Talk**“

Der „**Modified 5A's Framework**“ ([Link](#)) für das Gewichtsmanagement in der Primärversorgung bietet einen Leitfaden für eine adäquate Konsultation unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patient*innen. Das Framework umfasst fünf Schritte:

1. Um Erlaubnis fragen, ob ein Gespräch über das Gewicht stattfinden soll und welche Begrifflichkeiten für die Patientin/ den Patienten in Ordnung sind (*ASK*).
2. Personenzentrierter Ansatz, um individuelle Prioritäten, Glaubenssätze hinsichtlich der Gesundheit und kulturelle Dimensionen zu erfassen (*ASSESS*).
3. Patient*innen über die Komplexität von Adipositas zu informieren (*ADVISE*).
4. Verschiedene Behandlungsoptionen besprechen und gemeinsam mit den Patient*innen Ziele setzen (*AGREE und ADVISE*).
5. Koordination von z.B. notwendigen Überweisungen (*ARRANGE*).

Der „**ChangeTalk**“ ([Link](#)) von der American Academy of Pediatrics stellt ein virtuelles und kostenfreies Tool da, womit in Form von Rollenspielen Gespräche mit Personen mit Adipositas geübt werden können. Die Gespräche basieren dabei auf dem „Motivational Interviewing“ Ansatz.

Eine erweiterte Version von ChangeTalk bietet nun weitere Empfehlungen für die Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen, sowie deren Bezugspersonen, an.

Tabelle A1-3 bis Tabelle A1-6 im Appendix bieten eine detaillierte Übersicht zu den empfohlenen Strategien für das Gesundheitspersonal, Lehrkräfte und Student*innen.

Strategien für Personen mit Übergewicht oder Adipositas und erlebter Gewichtsstigmatisierung

Ein spezifisches Leitlinienpapier [64], ein Scoping Review [72] und drei unsystematische Reviews [73, 74, 77] berichteten Strategien dazu, wie Betroffenen geholfen werden kann, selbst mit Gewichtsstigmatisierung umzugehen.

Eine aufgeführte Strategie adressierte das Bewusstmachen und das Teilen von erfahrenen Gewichtsvorurteilen mit anderen. Den Betroffenen wird empfohlen, dass sie ihre Erfahrungen von erlebter Gewichtsstigmatisierung mit den behandelnden medizinischen Fachkräften teilen sollten [64]. Zusätzlich sollten Betroffene ihre internalisierten Gewichtsvorurteile mit dem Gesundheitspersonal teilen, da diese mit verhaltensbezogenen Interventionen (z. B. unrealistische Schönheitsideale auflösen) adressiert werden können [64, 74].

Zudem sollte Personen, die von Gewichtsstigmatisierung betroffen sind oder waren, bewusst gemacht werden, dass ein gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrem Körpergewicht gegeben sein sollte [73]. Der Fokus auf einen gewichtsneutralen Ansatz (z. B. Fokus auf die Verbesserung gesunder Gewohnheiten und der Lebensqualität) kann Patient*innen dabei helfen [64]. Zudem kann ein gewichtsneutraler Ansatz Betroffene unterstützen, die Verletzung durch Gewichtsstigmatisierung nicht gegen sich selbst zu richten, sondern gegenüber der anderen Person zum Ausdruck zu bringen [74]. Dafür könnten Betroffene z. B. Handouts mit einem Leitfaden für schwierige Gespräche mit medizinischen Fachkräften als Unterstützung oder den Zugang zu anderen Weiterbildungsmöglichkeiten bekommen [72]. Bezüglich Kinder und Jugendlichen wären solche Empowerment-Strategien für die ganze Familie von Bedeutung [77].

Einen detaillierten Überblick zu den Strategien für Betroffene findet sich im Appendix in den Tabelle A1-7 und Tabelle A1-8.

Strategien für Betroffene von Gewichtsstigmatisierung in 5 Quellen

Erfahrungen mit Gewichtsvorurteilen mit Gesundheitspersonal teilen

Bewusstmachen, dass gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom Gewicht sein sollte

Strukturelle Maßnahmen

Insgesamt berichteten acht Leitlinienpapiere [52, 54, 61, 62, 64, 65, 67, 69] und acht Übersichtsarbeiten [19, 27, 33, 47, 73, 74, 76, 77] Strategien, mit Hilfe derer strukturelle Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen adressiert werden kann. Im Allgemeinen werden zwei Ansätze unterschieden: Veränderungen, die zu einer stigmafreien Umgebung führen, sowie Anpassung der medizinischen Ausrüstung an alle Körperformen.

In Bezug auf eine stigmafreie Umgebung wird in der Literatur vor allem die Raumgestaltung adressiert. Demnach sollten die Eingänge breit genug sein, die Wartezimmer mit passenden Sesseln (breit genug, ohne Armlehnen) und die Badezimmer mit Haltegriffe ausgestattet sein [19, 27, 47, 54, 61, 64, 65, 67, 69, 76, 77]. Darüber hinaus sollte es einen privaten Ort für das Wiegen geben und die Möglichkeit bestehen, dass Patient*innen gewogen werden, ohne ihr eigenes Gewicht sehen zu müssen, da das Wissen über das eigene Gewicht zusätzlich belastend sein bzw. als Trigger für mögliche Essstörungen fungieren kann [47, 61, 76]. Es sollte auf stigmafreie Bilder in den Räumlichkeiten (z. B. an der Wand oder auf Magazinen), auf Websites wie auch auf Social Media geachtet werden [19, 47, 52, 61, 62]. Stigmafrei bedeutet in diesem Fall, dass keine isolierten Körperteile von Personen mit Übergewicht oder Adipositas bzw. keine Bilder von Personen ohne Gesicht („Face-Blocking“) abgebildet sein sollten. Zudem sollten keine Bilder, die Stereotype verstärken (z. B. eine Person mit Adipositas isst ungesundes Essen), zu sehen sein [52].

Hinsichtlich der adäquaten medizinischen Ausstattung sollten Blutdruckmanschetten, Kittel, Maßbänder, gynäkologische Untersuchungsinstrumente, Waagen, etc. in unterschiedlichen Größen und in der Nähe (z. B. im Untersuchungsraum) vorhanden sein [19, 27, 33, 47, 54, 61, 62, 64, 67, 69, 73, 74, 76]. Darüber hinaus sollten Untersuchungsliegen bzw. -stühle, oder Krankenhausbetten in der passenden Breite und mit adäquatem Maximalgewicht vorhanden sein [61, 64]. Die folgende Checkliste bietet einen Überblick über die wichtigsten strukturellen Maßnahmen.

Strategien zur strukturellen Gewichtsstigmatisierung in 16 Quellen

1. stigmafreie Umgebung:

z. B. breite Eingänge, passende Sessel im Wartezimmer, private Wiegemöglichkeiten, stigmafreie Bilder in der Praxis, auf der Webseite und auf Social Media

2. adäquate medizinische Ausstattung:

z. B. Kittel, Maßbänder, Untersuchungsinstrumente in unterschiedlichen Größen

Checkliste für strukturelle Maßnahmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitssektor

Stigmafreie Raumgestaltung:

- Barrierefreie Zugänge
- Breite Sitzmöglichkeiten ohne Armlehnen
- Barrierefreie Toiletten bzw. Badezimmer (z. B. mit Geländer)
- Untersuchungsräume in privater Atmosphäre
- Stigmafreie Bilder an der Wand oder auf Magazinen

Adäquate Ausstattung bei Übergewicht/Adipositas:

- Passende Blutdruckmanschetten (Oberarmumfang)
- Passende Maßbänder
- Passende Untersuchungsinstrumente
- Passende Waagen (150-300 kg)
- Passende Untersuchungsliegen bzw. -stühle (Breite & Maximalgewicht)
- Passende Krankenhausbetten (Breite & Maximalgewicht)
- Passende Krankenhausbekleidung

Nähere Informationen zu den Maßnahmen gegen die strukturellen Barrieren sind im Appendix in der Tabelle A1-9 und Tabelle A1-10 zusammengefasst.

Policy-Strategien

Zehn Leitlinienpapiere [52, 61-66, 68-70] und sieben Übersichtsarbeiten [19, 21, 27, 33, 47, 73-75, 78] präsentierten Policy-Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen. Die Reduktion von Gewichtsstigmatisierung ist eine kollektive Verantwortung, die systembasiert, gesundheitsfokussiert, gewichtsinklusiv und mehrgleisig sein sollte, und sowohl das Gesundheitssystem als auch höhere Verwaltungsebenen und die Gesellschaft miteinbeziehen sollte [27]. Politische Maßnahmen gegen Gewichtsvorurteile und Gewichtsdiskriminierung sind notwendig, da ein Fehlen solcher Maßnahmen gesundheitliche und soziale Ungleichheiten bei Personen mit Adipositas erzeugen bzw. verstärken kann [19, 64]. Wir unterteilen die identifizierten Strategien in die Bereiche *öffentliche Gesundheit*, *Medien*, *Gesetzgebung* und strategische Planung, sowie *andere*.

Öffentliche Gesundheit

Fachkräfte der öffentlichen Gesundheit sollten geschult werden Gewichtsstigmatisierung und dessen Konsequenzen zu erkennen, z. B. durch Weiterbildungen. Solche Schulungen sollten das Verständnis, dass die Präsenz von Gewichtsstigmatisierung alle Domänen der öffentlichen Gesundheit beeinflusst, stärken [68].

Des Weiteren sollte die Komplexität von Adipositas erkannt, sowie die Gesundheit, Würde und der Respekt unabhängig vom Körpergewicht gefördert werden. Diesbezüglich ist die Wahl der Sprache und der Darstellung in Form von Bildern bei Kampagnen der öffentlichen Gesundheit von großer Bedeutung. Beispielsweise sollte auch im Bereich der öffentlichen Gesundheit der „People-First Language“ Ansatz umgesetzt werden [21, 52, 61, 64, 65].

Ebenso wichtig ist die Erhebung unerwünschter Konsequenzen von Gesundheitsförderungsstrategien bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas. Es ist darauf zu achten, ob angebotene Programme [52, 61]:

- Adipositas vereinfacht darstellen?
- Eine stigmatisierende Sprache verwenden?
- Neben den Empfehlungen zu gesunder Ernährung und ausreichend Bewegung auch das Selbstvertrauen zum eigenen Körper stärken?

Zusätzlich sollte vor jeder Implementierung einer Kampagne das Risiko abgeschätzt werden, ob eine Maßnahme Gewichtsstigmatisierung oder Essstörungen auch verstärken kann [68].

Neben den unerwünschten Konsequenzen sollten Annahmen, z. B. dass ein ungesunder Lebensstil alleinige Ursache für Adipositas ist, in gesundheitspolitischen Statements vermieden werden. Stattdessen sollte auf politischer Ebene klar kommuniziert werden, dass es sich bei Adipositas um eine komplexe chronische Erkrankung handelt: „*Gewichtsreduktion stoppt keine Gewichtsstigmatisierung*“ [19, 61, 63, 75]. Dabei sollte von einer Pathologisierung von hohem Körpergewicht abgesehen [63, 65, 78] und der Fokus auf die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität von Personen mit allen Körperformen gelegt werden, beispielsweise durch einen gewichtsinklusiven bzw. gewichtsneutralen Ansatz (z. B. Health at Every Size[®], Health in Every Respect[®], Physical Activity at Every Size[®]) [21, 64, 70, 74].

**Policy-Strategien
in 17 Quellen:**

**Reduktion von
Gewichtsstigmatisierung
als eine kollektive
Verantwortung
→ politische Maßnahmen
notwendig**

**Schulung von Fachkräften
der öffentlichen
Gesundheit zu
Gewichtsstigmatisierung**

**Forderung von Gesundheit,
Würde und Respekt
unabhängig vom
Körpergewicht**

**mögliche unerwünschte
Konsequenzen von
Strategien auf Personen
mit Übergewicht oder
Adipositas beachten**

**Risiko für Essstörungen
durch Kampagnen vor
Beginn abschätzen**

**auf politischer Ebene:
Adipositas als komplexe,
chronische Erkrankung,
kommunizieren**

**Fokus auf allgemeine
Gesundheit und
Lebensqualität von Allen
setzen und Gewicht nicht
pathologisieren**

Zudem wird in der Literatur die Schaffung von kreativen und unterstützenden Gemeinschaften und gesunden Umgebungen unter Berücksichtigung der mentalen Gesundheit und von Body-Positivity-Konzepten für Personen mit Adipositas empfohlen. Bei der Gestaltung sollten sowohl medizinische Fachkräfte als auch der Bildungssektor, Entscheidungsträger*innen und Personen mit Adipositas miteinbezogen werden [52, 75]. So sollten die Stimmen von Personen mit erlebter Gewichtsstigmatisierung in Kampagnen der öffentlichen Gesundheit im Vordergrund stehen [21].

unterstützende Gemeinschaften und gesunde Umgebungen für Personen mit Adipositas schaffen

In Bezug auf die Wissenschaft sollten einerseits Forschungsfragen und ausgewählte Endpunkte mit Blick auf Gewichtsstigmatisierung gewählt werden. Andererseits sollten bestehende Leitlinien zur Behandlung von Adipositas hinsichtlich Gewichtsvorurteilen, Gewichtsstigmatisierung und dessen Konsequenzen aktualisiert werden [75]. Ebenso sollten Interventionen und Leitlinien mit einem gewichtszentrierten Ansatz (BMI als Indikator für Gesundheit) re-evaluiert werden [47]. Darüber hinaus wird betont, dass Evidenz in hoher Qualität benötigt wird, um effektive Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung zu identifizieren [21]. Fachkräfte der öffentlichen Gesundheit mit Übergewicht oder Adipositas oder andere betroffene Personen sollten auch in wissenschaftlichen Arbeiten präsent sein [68].

Leitlinien zur Behandlung von Adipositas, sollen hinsichtlich Gewichtsvorurteilen und -stigmatisierung aktualisiert werden

Damit die bereits erwähnten Strategien und Maßnahmen zu einer Verringerung der Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen beitragen können, ist es wichtig, zusätzlich die allgemeine Bevölkerung über Gewichtsstigmatisierung und dessen Konsequenzen zu informieren [69].

zusätzlich die allgemeine Bevölkerung über Gewichtsstigmatisierung informieren

Gesetzgebung und strategische Planung

Die Verwaltung und Entscheidungsträger*innen sollten das Thema Gewichtsstigmatisierung in allen Gesundheitsförderungsmaßnahmen berücksichtigen. Zudem sollten Entscheidungsträger*innen in Zusammenarbeit mit Wissenschaftler*innen zum Thema Gewichtsstigmatisierung, sowie mit Personen mit erfahrener Gewichtsstigmatisierung an politischen und legislativen Maßnahmen gegen Gewichtsstigmatisierung arbeiten [21, 62, 70]. Obwohl das Körpergewicht oder Adipositas bisher noch kein ausdrücklich geschütztes Merkmal in den Menschenrechtskodizes ist, ist die Diskriminierung aufgrund des Gesundheitszustandes in einigen Ländern bereits verboten [70]. Diskriminierung aufgrund des eigenen Körpergewichts sollte formal als legitimes soziales Anliegen anerkannt werden und in das Antidiskriminierungsgesetz, das Diskriminierung aufgrund von anderen persönlichen Eigenschaften wie Geschlecht, Ehestatus oder Invalidität, bereits verbietet, eingeschlossen werden [21].

formale und legislative Maßnahmen gegen Gewichtsstigmatisierung erarbeiten:

Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts formal in das Antidiskriminierungsgesetz aufnehmen

Medien

Abseits des Gesundheitssektors betont die Literatur, dass Medien, inklusive Websites und Social Media, darauf achten sollten, dass Nachrichten und Beiträge zu Adipositas stigmafrei sind und mit der aktuellen Evidenzlage übereinstimmen [61, 63]. Dazu zählen eine stigmafreie Sprache, stigmafreie Bilder und die Repräsentation von Diversität bezüglich Körperformen, Herkunft, Ethnizität und Geschlechter [63, 68, 70]. Darüber hinaus wird empfohlen, strikte Richtlinien für Medien bezüglich Gewichtsstigmatisierung zu etablieren [62].

Nachrichten und Online-Beiträge zu Adipositas sollten ebenfalls stigmafrei und evidenzbasiert sein

Andere Bereiche

Neben der öffentlichen Gesundheit, der Gesetzgebung und den Medien gibt es noch weitere Policy-Bereiche, die zur Verringerung der Gewichtsstigmatisierung wichtig sind.

Auf wissenschaftlicher Ebene benötigt es Evidenz zu Gewichtsstigmatisierung und den Unterschieden zwischen Kulturen und Ländern [70]. Die Auswirkungen von Intersektionalität müssen dabei mitberücksichtigt werden, da Personen mit mehreren stigmatisierenden Identitäten Unterdrückung auf mehreren Ebenen erfahren, die sich auch negativ auf ihre Gesundheit auswirken können [19].

Neben der kulturellen Gewichtsstigmatisierung ist zusätzlich die Betrachtung auf Makroebene notwendig. Dies könnte beispielsweise Regulierungen gegenüber Industrien, die von bestimmten Körperbildern profitieren, umfassen, wie etwa die Diät-, Nahrungsmittel-, Werbungs- und Kleidungsindustrie [68].

Schlussendlich werden in der Literatur noch finanzielle Anreize als mögliche Maßnahme zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung genannt, jedoch wird nicht beschrieben, in welchem Kontext die finanziellen Anreize eingesetzt werden könnten [62].

Tabelle A1-11 bis Tabelle A1-14 im Appendix bieten einen detaillierten Überblick zu den Policy-Strategien.

weitere Policy-Bereiche:

**wissenschaftlich
ist Evidenz zur
Gewichtsstigmatisierung in
unterschiedlichen Ländern
und Kulturen nötig**

**Makro-Betrachtung
notwendig → Regulierung
der Industrie**

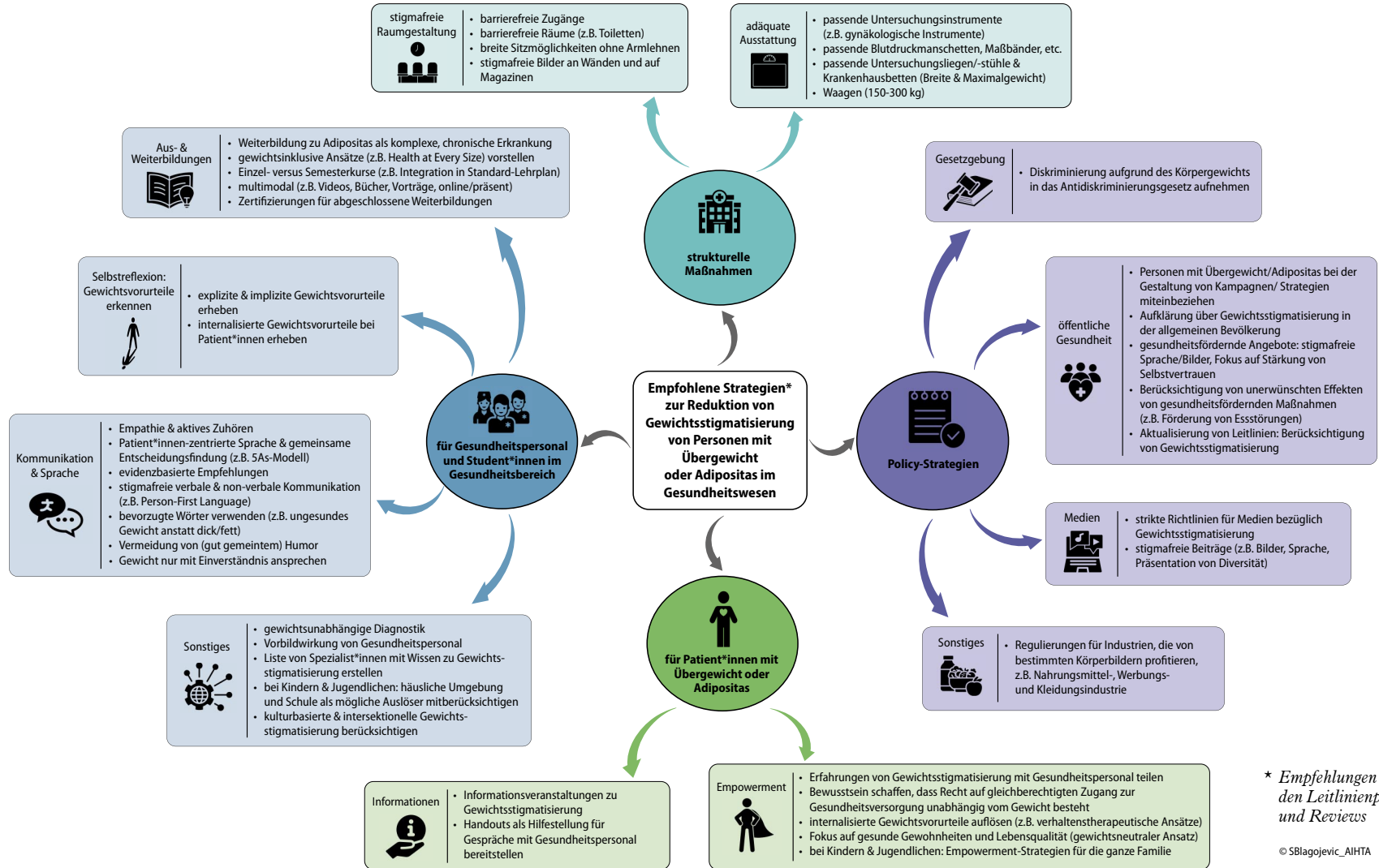


Abbildung 4-1: Überblick der Empfehlungen zu Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitssystem (eigene Darstellung)

4.2 Effektivität der Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

4.2.1 Eingeschlossene Literatur

Studiendesigns

Für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen wurden insgesamt 30 Studien eingeschlossen, darunter elf RCTs [79-87], drei NRCTs [88], elf Vorher-Nachher-Studien [89-99], drei Mixed-Methods-Studien [100] und zwei qualitative Studien [101]. Von den Studien stammen insgesamt 22 aus den USA [79-81, 83, 85-87, 90, 91, 93-99, 102-105], drei aus Kanada [88, 100], zwei aus Deutschland [82, 84] und jeweils eine aus Australien [89], Neuseeland [101] und der Schweiz [92].

FF2: 30 Quellen eingeschlossen, unterschiedliche Studiendesigns, 22/30 aus den USA

Zielgruppen und Stichprobengrößen

Insgesamt untersuchten sechs Studien Interventionen beim Gesundheitspersonal. Dabei schlossen drei **RCTs** Ärzt*innen [82], Pflegefachkräfte [82], Allgemeinmediziner*innen [84] und registrierte Diätolog*innen [106], ein. Die Stichprobengrößen variierten zwischen 50 [84] und 148 Studienteilnehmer*innen [82]. Der Anteil an Frauen reichte von 48 % unter den Ärzt*innen [82] bis zu 98 % unter den Diätolog*innen [106]. Das durchschnittliche Alter variierte zwischen 35 [82] und 49 [84] Jahren und der durchschnittliche BMI lag bei zirka 23 kg/m² [82]. Ein **NRCT** inkludierte 27 Physiotherapeut*innen in die Interventionsgruppe ein. Die Kontrollgruppe umfasste 383 Teilnehmer*innen, die die Antworten online übermittelten. Ein Großteil der Teilnehmer*innen waren Frauen (zirka 84 %) und die Mehrheit hatte zehn oder mehr Jahre Erfahrung in der klinischen Praxis (Interventionsgruppe: 89 %; Kontrollgruppe: 69 %) [88]. Des Weiteren umfasste eine **Mixed-Method Studie** insgesamt 61 „Family Medicine Residents“¹² des ersten Jahres [107]. Davon füllten insgesamt 31 Teilnehmer*innen alle Fragebögen aus, 43 % der Teilnehmer*innen waren Frauen, 29 % waren zwischen 20-25 Jahre alt, 60 % zwischen 26-30, 7 % zwischen 31-35 und 2 % über 40 Jahre. Zuletzt wurden in einer **qualitativen Studie** sechs registrierte Pflegefachkräfte und ein/e registrierte/r Physiotherapeut*in, welche regelmäßig mit Patient*innen mit Adipositas arbeiteten, befragt [101]. Nur ein Teilnehmer war ein Mann. Vier Teilnehmer*innern waren laut BMI normalgewichtig und drei weitere übergewichtig.

6 Studien zum Gesundheitspersonal:

3 RCTs mit 50-145 Teilnehmer*innen,

1 NRCT mit 27 Physiotherapeut*innen,

1 Mixed-Methods-Studie mit 61 Ärzt*innen in Facharztausbildung

1 qualitative Studie mit 6 Pflegekräften und 1 Physiotherapeut*in

Student*innen aus dem Gesundheitswesen wurden in insgesamt 20 Studien untersucht. Sechs **RCTs** hatten Student*innen im Gesundheitswesen im ersten bis zum vierten Semester als Zielgruppe, darunter Medizinstudent*innen [79, 81-83] und Pflegestudent*innen [82, 86]. Die Stichprobengröße variierte zwischen 101 [83] und 208 [82] Student*innen. Der Anteil an teilnehmenden Frauen variierte zwischen 42 % bei Medizinstudent*innen [79] und 96 % bei Pflegestudent*innen [86]. Das durchschnittliche Alter in den Studien reichte von 22 [82] bis 30 Jahre [86]. Der durchschnittliche BMI der Student*innen lag zwischen 22 [108] und 24 kg/m² [81]. Zwei **NRCTs** schlossen einerseits Student*innen der Kinesiologie (n=76: 33 vs. 34) [102] und andererseits Medizinstudent*innen (n=45: 24 vs. 21) [103] ein. Zirka 64 % der Kinesiolo-

20 Studien zu Student*innen aus dem Gesundheitswesen:

**6 RCTs: 101-208 Teilnehmer*innen
2 NRCTs: 45 Medizinstudent*innen, 76 Kinesiologiestudent*innen ...**

¹² Ärzt*innen in Facharztausbildung

gie-Student*innen waren Frauen. Das durchschnittliche Alter war zirka 22 Jahre und der durchschnittliche BMI lag bei 25 kg/m². Bei den Medizinstudent*innen waren 62 % Frauen, 87 % waren unter 24 Jahre alt und 13 % galten als übergewichtig. Alle elf **Vorher-Nachher-Studien** hatten Student*innen aus dem Gesundheitsbereich zur Zielgruppe, darunter Pflegestudent*innen, Medizinstudent*innen, Osteopathie-Student*innen, Student*innen der klinischen Psychologie und Student*innen im Gesundheitsbereich allgemein. Vier der Vorher-Nachher-Studien untersuchten Pflegestudent*innen des ersten bis dritten Studienjahres ein [94-96, 99], wobei sich die Student*innen einer Studie auf den Bereich der bariatrischen Chirurgie spezialisierten [96]. Die Stichprobengrößen variierte zwischen 19 [95] und 125 [99] Student*innen und der Großteil der Studienteilnehmer*innen waren Frauen mit einem Anteil zwischen 86 % [95] bis 95 % [99]. In einer Studie wurde das Durchschnittsalter von 26 Jahren und ein durchschnittlicher BMI von 24 kg/m² angegeben [96]. Eine andere Studie wurde berichtet, dass 14 % der Student*innen einen BMI von >25 kg/m² hatten [95]. Weitere Charakteristika gaben die beiden Studien nicht an. Weitere drei Vorher-Nachher-Studien schlossen Medizinstudent*innen aus dem ersten Studienjahr [90, 91] und eine weitere Studie Medizinstudent*innen aus dem dritten und vierten Studienjahr ein [92]. Die Stichprobengröße variierte zwischen 79 [92] und 127 [90] Student*innen. Zwischen 47 % [90] und 61 % [90] der Medizinstudent*innen waren Frauen. Das durchschnittliche Alter lag bei zirka 24 Jahren [90, 92]. Der angegebene durchschnittliche BMI in einer Studie war zirka 22 kg/m² [92], wohingegen in einer anderen Studie 15 % der Medizinstudent*innen einen BMI von >25 kg/m² hatten [90]. In den beiden anderen Studien wurden keine Angaben zum Alter oder BMI gemacht [91, 93]. Eine Vorher-Nachher-Studie zu Osteopathie-Student*innen umfasste 718 Student*innen der Jahrgänge 2013 bis 2018. Weitere Charakteristika wurden nicht angegeben [98]. Die Studie zu den Psychologie-Student*innen schloss 45 Teilnehmer*innen ein, davon waren 28 Frauen. Das durchschnittliche Alter lag bei zirka 28 Jahren. BMI-Daten wurde nicht berichtet [97]. Eine weitere Studie zu Student*innen im Bereich des Gesundheitswesens¹³ umfasste 124 Teilnehmer*innen, 66 % davon waren Frauen. Das durchschnittliche Alter war 21 Jahre und 15 % wurden basierend auf dem BMI als übergewichtig, sowie 1 % als adipös eingestuft [89]. Schlussendlich schloss eine **Mixed-Method Studie** 121 Pflegestudent*innen des ersten Studienjahrs ein [104]. Es wurden keine weiteren Charakteristika berichtet.

Interventionen zu Personen mit Übergewicht oder Adipositas wurden in insgesamt fünf Studien untersucht. Drei **RCTs** hatten Personen mit Übergewicht oder Adipositas (BMI ≥ 25 und ≤ 35) mit Gewichtsstigmatisierungserfahrungen als Zielgruppe [80, 85, 87]. Die Stichprobengrößen variierten zwischen 32 [80] und 105 [87] Studienteilnehmer*innen, davon waren zwischen 82 % [85] und 91 % Frauen [87]. Das durchschnittliche Alter reichte von 39 [85] bis 50 Jahren [87] und der durchschnittliche BMI variierte zwischen 31 [80] und 38 kg/m² [87]. In einer **Mixed-Methods-Studie** wurden 28 Patient*innen mit einem selbstberichteten BMI von über 30kg/m² eingeschlossen [100]. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer*innen lag bei 49 Jahren und der durchschnittliche BMI war 41 kg/m². Vierundsechzig Prozent der Patient*innen berichteten, dass sie mindestens einmal aufgrund ihres Gewichtes im Gesundheitswesen stigmatisiert worden waren. Zuletzt schloss eine **qualitative Studie** einerseits vier Medizinstudent*innen des ersten und zweiten Studien-

... **11 Vorher-Nachher-Studien:**
4 zu Pflegestudent*innen (n=19-125);
4 zu Medizinstudent*innen (n=79-127);
1 zu Osteopathie-Student*innen (n=718);
1 zu Psychologie-student*innen (n=45);
1 zu Student*innen im Gesundheitswesen (n=124)

1 Mixed-Method-Studie zu Pflegestudent*innen (n=121)

5 Studien zu Personen mit Übergewicht oder Adipositas:

3 RCTs (n=32-105);
1 Mixed-Methods-Studie (n=28);
1 qualitative Studie mit 4 Medizinstudent*innen und 2 Adipositas-Betroffenen

¹³ Fachrichtungen wurden nicht näher spezifiziert.

jahres und zwei Adipositas-Betroffene ein [105]. Drei der vier Medizinstudent*innen waren Frauen und das Alter variierte zwischen 23 und 28 Jahren, wohingegen beide Community-Mitglieder Frauen im Alter von 36 und 54 waren.

Interventionen

Acht Studien untersuchten den Effekt von **einmaligen Weiterbildungen bzw. Seminaren**, darunter z. B. Seminare zu Gewichtsstigmatisierung [83, 87, 88], ein Kommunikationskurs [90], ein Ethik-Seminar [91], ein Gewichtsvorurteilsseminar mit Einführung in alternative Modelle, wie das „Health at Every Size®“ Modell [97], ein Seminar zu Adipositas-Management inklusive Videosessions und anschließender Gruppendiskussion [102], und eine multimodale Veranstaltung mit geführter Museumstour und interaktiver Präsentationen von Ärzt*innen mit Expertise in Ernährung und Adipositas [103].

Einmalige/s Weiterbildung bzw. Seminar in 8 Studien untersucht

Weiterbildungen mit mehreren Einheiten wurden in elf Studien untersucht, z. B.:

Weiterbildungen mit mehreren Einheiten in 11 Studien untersucht

- Online-Tutorials zum 5A-Framework [79, 81, 85],
- „Doctor-Patient-Relationship“-Kurs inklusive 5A-Framework [91],
- 15-wöchiges Sensitivitätstraining im Bereich Adipositas-Management [94],
- 4-Semester Sensibilisierungsprogramm im Bereich bariatrischer Chirurgie inklusive Trigger-Videos und Gruppendiskussionen [96],
- einsemestriges Gewichtssensitivitätstraining [99],
- semesterlange adipositasspezifische Lehrveranstaltungen [89, 98],
- 5-wöchiger „Narrative-Medicine-Workshop „ inklusive Journaling und kritischer Reflexion [92],
- 8-wöchigen multi-dimensionalen Kurs [92],
- und einen interaktiven Onlinekurs [93].

Vier Studien untersuchten den Effekt von **informativen Videos** zum Thema Gewichtsstigmatisierung [81, 82, 84, 100] und drei Studien die Effekte von **Simulationen** untersucht, z. B. Gewichtszugsimulationen [92] oder Behandlungsgesprächen mit Virtueller Realität [81]. Darüber hinaus erhoben fünf Studien die Effekte von **Rollenspielen** im Rahmen von Fortbildungen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen [79, 90, 95, 102, 104] und eine Studie analysierte die Effekte einer **Meditation für mehr Mitgefühl** [86].

4 Studien zu informativen Videos, 3 zu Simulationen, 5 zu Rollenspielen, 1 zu Meditation für Mitgefühl

Die **Kontrollinterventionen** in den RCTs umfassten Standardtherapie-Protokolle bzw. -Unterrichtseinheiten [79, 83, 84], Kontrollvideos bzw. Artikel mit Standardinhalten [81], Body-Scan-Meditation [86], Standard-Gewichtsreduktionsprogramme [80, 87] oder eine Warteliste [85]. In einem RCT wurden Patient*innen mit Adipositas, die die Intervention nicht absolvierten, als Kontrollgruppe herangezogen [82]. Das Thema Gewichtsstigmatisierung wurde nur in einer Kontrollgruppe im Rahmen einer einstündigen Präsentation adressiert [108]. Kontrollinterventionen in den NRCTs umfassten ein ausschließlich ausfüllen von Fragebögen, ohne am Seminar teilzunehmen [88] traditionelle Kinesiologie-Unterrichtseinheit [102], oder drei einfache Weiterbildungseinheiten, ohne Museumstour [103].

Kontrollinterventionen meist Standardtherapie, bzw. Standard-unterrichtseinheiten

Nähere Informationen zu den Interventionen werden im Ergebniskapitel 4.2.2 beschrieben.

Endpunkte und Messinstrumente

Die meisten Studien erhoben quantitative Daten anhand von validierten Fragebögen. Dabei analysierten die meisten Studien den Endpunkt **Gewichtsvorurteile**, z. B. allgemeine Gewichtsvorurteile [82, 83, 86, 89-99, 102, 103, 107], explizite und implizite Gewichtsvorurteile [79], sowie internalisierte Gewichtsvorurteile [80, 84-87, 100]. Zur Messung der expliziten Gewichtsvorurteile wurden 12 Messinstrumente genannt, die zwischen acht und 47 Items umfassen. Die Antworten werden in der Mehrzahl der Instrumente mit einer Likert-Skala erfasst. Am häufigsten wurden in den Studien der „Anti-Fat Attitude Test“ (AFAT) verwendet. Impliziten Gewichtsvorurteile wurden mit zwei Messinstrumenten erfasst, die sich beide auf den Implicit Association Test (IAT) beziehen. Sechs unterschiedliche Fragebögen wurden zur Ermittlung der internalisierten Gewichtsvorurteile verwendet. Itemanzahl variierte dabei zwischen 11 und 22 Items und die meisten Fragen werden mithilfe einer Likert-Skala beantwortet.

Zusätzlich erhoben die Studien die Endpunkte **Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation** im Bereich Adipositas-Management [81, 84], das **Selbstvertrauen** bezüglich Adipositas-Management der Ärzt*innen in Facharztausbildung [107], sowie das Selbstvertrauen bezüglich der eigenen **Kommunikationsskills** [90] und die Einschätzung der Patient*innen bezüglich der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation [100]. Auch wurden die Endpunkte **Lebensqualität** [84], **depressive oder angstbezogene Symptome** [84] und **Empathie** [79, 104] analysiert. Vier verschiedene Fragebögen wurden zur Erhebung von Empathie verwendet. Itemanzahl variierte zwischen fünf und 20 Items und die Antworten wurden mithilfe einer Likert-Skala angegeben. Lebensqualität wurde mithilfe von vier Fragebögen erhoben. Dabei variierte die Itemanzahl zwischen fünf und 22 Items. Während zwei Fragebögen mithilfe einer Likert-Skala beantwortet werden, gibt es im dritten Fragebogen eine Ja/Nein-Antwortskala, sowie eine drei-stufige Antwortskala, je nach Item. Schließlich gab es noch fünf sonstige Fragebögen, einen zur sozialen Erwünschtheit, einen zu positiven Emotionen, einen Fragebogen zur Versorgungsqualität der Arzt-Patient*innen-Beziehung, eine Skala zur Bewertung der Qualität der Kommunikation zwischen Gesundheitsversorger*in und Patient*in und einen Persönlichkeitsfragebogen. Tabelle 4-1 bietet einen Überblick zu den verwendeten Instrumenten.

Zusätzlich zu den validierten Fragebögen und Skalen zogen einzelne Studien folgende nicht-validierte Fragebögen heran:

- Ein Fragebogen, der die drei Skalen „negative Stereotypen“, „Empathie für Patient*innen mit Adipositas“ und „Selbstvertrauen bei der klinischen Interaktion mit Patient*innen mit Adipositas“ umfasste und mithilfe einer 5-Punkte-Likert-Skala von starke Zustimmung (5) bis gar keine Zustimmung (1) beantwortet wurde [90].
- Ein anonymer Onlinefragebogen mit drei Ja-Nein-Fragen: „Haben Sie Probleme mit Ihrem Gewicht?“, „Haben Sie sich überlegt, Hilfe für Ihre Gewichtsprobleme zu holen?“, „Sind Menschen in Ihrem Umfeld überge-wichtig?“ [91].
- Ein Fragebogen mit fünf Items („*adipöse Körper sind für mich anstößig*“, „*Patient*innen mit Adipositas haben meistens einen unangenehmen Körpergeruch*“, „... *haben meistens ein schlampiges Erscheinungsbild*“, „... *sind meistens faul und haben wenig Selbstdisziplin*“, „*Ich fürchte mich vor Rückenverletzungen durch die Behandlung von Patient*innen mit Adipositas*“). Der Fragebogen wurde mithilfe einer 4-Punkte Likert-Skala von starker Zustimmung bis gar keine Zustimmung beantwortet [94].

Endpunkt
Gewichtsvorurteile
(allgemeine, explizite und implizite) von den meisten Studien erhoben

weitere erhobene Endpunkte:

Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation, Selbstvertrauen bezüglich Adipositas-Management bzw. der eigenen Kommunikationsskills, Lebensqualität, Empathie, depressive oder angstbezogene Symptome

zusätzlich zu zahlreichen validierten Fragebögen – Verwendung von 4 nicht validierten Fragebögen

- Ein selbstentwickelter 29-Item Fragebogen. Die Beantwortung des Fragebogens basierte auf einer 5-Punkte Likert-Skala, die folgende Punkte umfasste: 1) Wichtigkeit des Adipositas-Managements in der Allgemeinmedizin, 2) Angemessenheit früherer Adipositas-Management-Trainings, 3) Motivation für die Weiterbildung im Bereich Adipositas-Management, 4) und 22 Items über die Wirkungsweise des 5A-Frameworks bei der Konsultation mit Patient*innen [107].

Die Mixed-Methods Studien und die qualitativen Studien erhoben (auch) qualitative Daten, einerseits durch narrative Reflektionen zum Kurs [107], Kommentare der Diskussionen [100] und besprochene Erfahrungen der Student*innen [104], aber auch mittels Fragebögen mit offenen Fragen und anschließenden semi-strukturierten Interviews nach einer Gewichtsanzugstimulation [101] oder Fokusgruppen zum Narrativen-Medizin-Ansatz [105].

qualitative Daten in Mixed-Methods- und qualitativen Studien erhoben

Messzeitpunkte

Im Großteil der RCTs wurden die Endpunkte direkt nach der Intervention erhoben [79, 82, 83, 86, 106]¹⁴. Weitere Nachbeobachtungen variierten zwischen 14 Tagen [108] und zwölf Monaten [80]. In einem RCT war eine zusätzliche Nachbeobachtung nach neun Tagen und vier Wochen geplant. Diese konnte jedoch aufgrund mangelnder Partizipation trotz Anreizen nicht durchgeführt werden [83]. Ein RCT berichtete von einer Ausfallsrate von 24 % [84]. Ein weiteres RCT gab eine Antwortrate nach zwölf Monaten von 84 % bei Allgemeinmediziner*innen und 88 % bei Patient*innen an [84]. Ein anderes RCT gab eine Antwortrate von 65 % direkt nach der Intervention an [85].

RCTs: Endpunkte meist direkt nach der Intervention erhoben

weitere Nachbeobachtungen: 14 Tage – 12 Monate

In den NRCTs wurden die Daten jeweils vor und direkt nach der Intervention erhoben. Ein NRCT hatte eine zusätzliche Nachbeobachtung nach einem Monat [102] und ein weiteres NRCT nach drei Monaten [103]. In einer Studie wurden neun Drop-Outs berichtet [102]. Die anderen NRCTs machten keine Angaben dazu.

NRCTs: Erhebung direkt nach Intervention und zusätzlich nach 1-3 Monaten

In allen Vorher-Nachher-Studien wurden die Endpunkte jeweils vor und direkt nach der Intervention erhoben [89-99]. Weitere Nachbeobachtungen fanden nach 30 Tagen [96] bis zu nach einem Jahr statt [90, 98]. Eine Studie unterrichtete drei Jahre lang zu Adipositas relevanten Themen und führte jährliche Nachbeobachtungen bis zum vierten Studienjahr durch, wobei im vierten Studienjahr keine Intervention mehr durchgeführt wurde [98]. Eine Studie berichtete eine Antwortrate von 56 % [89]. Eine weitere Studie gab fehlende Daten vor der Intervention in 6 % der Fälle an. Dreißig Tage nach der Intervention fehlten 30 % der Daten [96].

Vorher-Nachher-Studien: Erhebung vor und nach Intervention, weitere Nachbeobachtungen nach 1 Monat bis zu 1 Jahr

In zwei Mixed-Methods-Studien [104] wurden die Daten jeweils vor und nach der Intervention erhoben. In der dritten Studie [100] wurden keine Messzeitpunkte berichtet, jedoch betrug die Drop-out-Rate der Intervention 53 % [100]. Detaillierte Informationen zu den unterschiedlichen Studien finden sich in Tabelle A1-15 bis Tabelle A1-27 im Appendix. Zudem bietet Tabelle 4-1 einen detaillierten Überblick der verwendeten Instrumente.

Mixed-Method-Studien: 2 vor und nach Intervention, in 1 Studie nicht berichtet


¹⁴ In diesem RCT war eine zusätzliche Nachbeobachtung nach neun Tagen und vier Wochen geplant. Diese konnte jedoch aufgrund mangelnder Partizipation trotz Anreizen nicht durchgeführt werden.

Tabelle 4-1: Überblick der in den Studien verwendeten Messinstrumente

Name	Beschreibung	Skala	Studien
Explizite Gewichtsvorurteile			
Anti-Fat Attitude Test (AFAT) ↑⊗	Ein 34-47 Items umfassendes Messinstrument für explizite Vorurteile gegenüber Personen mit Adipositas. 3 Subskalen: (1) soziales/charakterliches Herabsetzen von Personen mit Übergewicht oder Adipositas suggeriert, dass sie unerwünschte soziale Persönlichkeiten haben (z. B. unordentlich, dreckig); (2) körperliche Unattraktivität von Personen mit Übergewicht oder Adipositas suggeriert, dass sie keine guten romantischen Partner*innen sind; (3) Gewichtskontrolle suggeriert, dass Personen für ihr Gewicht verantwortlich gemacht werden.	5-Punkte-Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme vollkommen zu). Eine höhere Punktzahl deutet auf stärkere explizite Vorurteile gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas hin.	[83, 89, 93, 102, 106]
Willpower Subscale of the Anti-Fat Attitudes Test (AFAT) ↑⊗	Ein 8 Items umfassender Fragebogen, der den Glauben der Teilnehmer*innen an die Kontrollierbarkeit des Gewichts bewertet (z. B. „Manche Menschen sind dick, weil sie keine Willenskraft haben“).	9-Punkte-Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 9 (stimme vollkommen zu). Eine höhere Punktzahl deutet auf stärkeren Glauben an die Kontrollierbarkeit des Körpergewichts hin.	[97]
Dislike Subscale of the Anti-Fat Attitudes Test (AFAT) ↑⊗	Ein 10 Items umfassender Fragebogen zur Bewertung der Abneigung der Teilnehmer*innen von Personen mit Übergewicht oder Adipositas (z. B. „Ich mag dicke Menschen wirklich nicht besonders“).	9-Punkte-Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 9 (stimme vollkommen zu). Höhere Werte bedeuten eine größere Abneigung gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas.	[97]
Antifat Attitudes Questionnaire (AAQ) ↑⊗	Ein Fragebogen zur Erhebung von expliziten Gewichtsvorurteilen gegenüber Personen mit Adipositas.	Die Punktzahl reicht von 11 bis 99. Eine höhere Punktzahl deutet auf stärkere Vorurteile gegenüber Personen mit Adipositas hin.	[79]
Attitudes Towards Obese Persons (ATOP) scale ↑😊	Eine 20 Items Skala zur Messung der Einstellung gegenüber Personen mit Adipositas (z. B. allgemeine Wahrnehmungen, wie Unzufriedenheit oder Unglücklichsein).	6-Punkte-Likert-Skala von -3 (stimme überhaupt nicht zu) bis +3 (stimme vollkommen zu). Die Punkteanzahl reicht von 0 bis 120. Eine höhere Punktzahl spiegelt eine positivere Einstellung gegenüber Personen mit Adipositas wider.	[88]
Attitudes Towards Fat Clients ↑⊗	Ein 12 Items Fragebogen zur Erhebung von expliziten Vorurteilen gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas (z. B. „Ich bin oft frustriert wegen Patient*innen mit Adipositas“).	5-Punkte-Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme vollkommen zu). Eine höhere Punktzahl deutet auf stärkere explizite Vorurteile gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas hin.	[97]
Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP) ↑😊	Ein 8-Items Fragebogen zur Bewertung der Stärke von expliziten Vorurteilen über die Ursachen von Adipositas und die Gewichtskontrolle.	6-Punkte-Likert-Skala von +3 (stimme vollkommen zu) bis -3 (stimme überhaupt nicht zu). Die Gesamtpunktzahl reicht von 0 bis 48 und ein Medianwert von 24 gilt als akzeptabel. Eine höhere Punkteanzahl deutet auf eine stärkere Überzeugung hin, dass Adipositas NICHT unter der Kontrolle der Betroffenen liegt.	[88]
Fat Phobia Scale (FPS) ↑⊗	Den Teilnehmer*innen werden zwei gegensätzliche Adjektive vorgelegt, und sie wählen welches Adjektiv ihre Gefühle gegenüber Personen mit Adipositas am besten beschreibt.	5-Punkte-Likert-Skala von 1 (sehr positiv, z. B. fleißig) bis 5 (sehr negativ, z. B. faul). Eine höhere Punkteanzahl weist auf negative Einstellungen und Stereotypen über Personen mit Übergewicht oder Adipositas hin.	[82, 103]
Fat Stereotypes Questionnaire (FSQ)	Der Fragebogen erhebt, ob jemand Vorurteile gegenüber Personen mit Adipositas hat und folglich eine Person aufgrund ihres Übergewichts in negativer Weise beurteilt.	NR	[89]
Nurses' Attitudes Toward Obesity and Obese Patients Scale (NATOOPS) ↑⊗	Der 36 Items umfassende Fragebogen besteht aus 5 Subskalen: Reaktion auf Personen mit Adipositas (14 Items), Merkmale von Personen mit Adipositas (9 Items), kontrollierbare Faktoren, die zu Adipositas beitragen (8 Items), stereotype Merkmale von Patient*innen mit Adipositas (2 Items) und unterstützende Rollen bei der Betreuung dieser Patient*innen (3 Items).	100-mm-Analogskala, die je nach Item von "selten" bis "oft" oder "stimme zu" bis "stimme nicht zu" reicht. Eine höhere Punkteanzahl weist auf eine negativere Einstellung gegenüber Personen mit Adipositas hin. Um jedoch Antwortverzerrungen zu vermeiden, wurden 5 Items in umgekehrter Richtung formuliert.	[96]

Name	Beschreibung	Skala	Studien
Nutrition, Exercise and Weight Management (NEW) Attitudes Scale ⬇️⊗	Eine 31 Items Skala mit 3 Subskalen: (1) Anti-Fett; (2) Selbstwirksamkeit und Bereitschaft, Patient*innen mit Adipositas zu beraten; (3) Überzeugung, wie andere Adipositas verstehen.	5-stufige Thurstone-Skala von -2 (stimme überhaupt nicht zu) bis +2 (stimme vollkommen zu). Die mögliche Gesamtpunktzahl kann von -118 bis +118 reichen. Negative Punkte weisen auf starke Gewichtsvorurteile hin.	[92]
Universal Measure of Bias Fat (UMB-FAT)	Ein 20 Items umfassendes Messinstrument für explizite Gewichtsvorurteile, das sich aus vier Subskalen zusammensetzt: (1) negative Beurteilung; (2) Distanz (Unbehagen mit Nähe); (3) Anziehung; (4) Gleichberechtigung.	7-stufige Likert-Skala von 1 (stimme voll zu) bis 7 (stimme überhaupt nicht zu).	[83]
Implizite Gewichtsvorurteile			
Weight-related Implicit Association Test (IAT) ⬆️😊	Der Fragebogen erhebt implizite Gewichtsvorurteile.	Die Antworten wurden in einer Reihenfolge von 1 (starke Präferenz) bis 4 (keine Präferenz) kodiert. Höhere Werte wiesen auf schwächere implizite Gewichtsvorurteile hin.	[83, 86]
Obesity-specific Implicit Association Test (IAT)	Die Teilnehmer*innen sortieren positive Wörter (z. B. Liebe, schön) und negative Wörter (z. B. Hass, eklig) mit Silhouetten von dünnen und dicken Körperformen. Der Fragebogen wird unter der Prämisse ausgewertet, dass schnellere Antworten auf stärker Assoziationen hindeuten.	Die Ergebnisse reichen von +3 (starker Präferenz für Personen mit Übergewicht) bis -3 (starker Präferenz für schlanke Personen). Ein Wert von 0 bedeutet keine Bevorzugung. Ein Wert von 0,30 wird in der Literatur häufig als Marker für eine „moderate“ Verzerrung verwendet.	[79]
Internalisierte Gewichtsvorurteile			
Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties (AAQW)	22 Items umfassender Fragebogen, der psychologische Inflexibilität im Zusammenhang mit Gedanken und Gefühlen über das eigene Gewicht misst.	7-Punkte-Likert-Skala von 1 (nie wahr) bis 7 (immer wahr).	[85]
Body Shape Questionnaire (BSQ) ⬆️⊗	34 Items umfassender Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Bedenken bezüglich des Körperbildes im Zusammenhang mit dem „sich dick fühlen“.	6-Punkte-Likert-Skala. Höhere Werte spiegeln eine größere Belastung in Bezug auf Gewicht und Form wider.	[80]
Body Appreciation Scale (BAS) ⬆️😊	13 Items umfassende Selbsteinschätzung zur Bewertung der Körperwahrnehmung und einer positiven Facette des Körperbildes.	Höhere Punktzahlen spiegeln eine größere Wertschätzung des eigenen Körpers wider.	[80]
Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SA-TAQ-4) ⬆️⊗	Ein Fragebogen zur Erhebung des Grades, in dem eine Person die aktuellen, gesellschaftlich vorgeschriebenen Standards für Attraktivität oder Schönheit verinnerlicht (z. B. „Ich möchte dünn aussehen“).	5-Punkte-Likert-Skala. Höhere Gesamtpunktzahlen bedeuten einen höheren Grad an Verinnerlichung des Schlankheitsideals.	[80, 86]
Weight Bias Internalization Scale (WBIS) ⬆️😊	11 Items umfassender Fragebogen, mit dem bewertet werden soll, inwieweit eine Person glaubt, dass negative gewichtsbezogene Attribute zutreffend und auf sie selbst anwendbar sind.	7-Punkte-Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht überein) bis 7 (stimme vollkommen überein). Ein Wert von $\geq 4,0$ zeigt an, dass die Teilnehmer*innen im Durchschnitt nicht mit selbstverachtenden Aussagen einverstanden sind.	[80, 87, 100]
Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ)	12 Items umfassender Fragebogen, der die Selbststigmatisierung durch das Gewicht, einschließlich negativer Einstellungen gegenüber der eigenen Person aufgrund des Gewichts und der Angst, von anderen stigmatisiert zu werden, erhebt.	5-Punkte-Likert-Skala von 1 (völlig anderer Meinung sein) bis 5 (gleiche Meinung haben).	[85, 87]

Name	Beschreibung	Skala	Studien
Empathie			
Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	Skala zur Erhebung der Empathie bei Ärzt*innen.	Werte reichen von 20-180.	[79]
Jefferson Scale of Patient Perceptions of Nurse Empathy (JSPNE) ↑😊	5 Items umfassende Skala zur Erhebung, ob sich Pflegekräfte nach dem Alltag der Patient*innen erkundigen, sich um die Patient*innen sorgen, die Dinge aus der Perspektive der Patient*innen betrachteten, die Emotionen, Gefühle und Sorgen der Patient*innen verstanden haben und verständnisvoll sind.	7-Punkte-Likert-Skala von 1 (überhaupt keine Übereinstimmung) bis 7 (starke Übereinstimmung). Eine höhere Punktzahl weist auf ein höheres Maß an Empathie hin: niedrig (0-11), mittel (12-23) und hoch (24-35).	[104]
Jefferson Scale of Empathy-Health Professions Students (JSE-HPS) ↑😊	20 Items umfassendes Messinstrument zur Bewertung der Empathie bei Medizinstudent*innen.	7-Punkte-Likert-Skala von 1 (überhaupt keine Übereinstimmung) bis 7 (starke Übereinstimmung). Eine höhere Punktzahl weist auf ein höheres Maß an Empathie hin: sehr niedrig (32-48), niedrig (49-72), mittel (73-89), hoch (90-110) und sehr hoch (111-140).	[104]
Toronto Empathy Questionnaire (TEQ)	16 Items umfassender Fragebogen, der das selbstberichtete Einfühlungsvermögen, definiert als das genaue Wahrnehmen der Gefühle einer anderen Person, erhebt (z. B. „Ich kann erkennen, wenn andere traurig sind, auch wenn sie nichts sagen“).	Eine 4-Punkte-Likert-Skala von 0 (nie) bis 4 (immer).	[83]
Lebensqualität			
EQ-5D-5L – German Version ↑😊	5 Items umfassender Fragebogen zur Erhebung der wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität: (1) Mobilität; (2) Selbstversorgung; (3) übliche Aktivitäten; (4) Schmerzen/Beschwerden; (5) Angst/Depression.	5-Punkte-Antwortskala von 1 (z. B. „Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden“) bis 5 („Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden“). Visuelle Analogskala von 0 (=schlechtester Gesundheitszustand) bis 100 (bester Gesundheitszustand).	[84]
Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire–Lite (IWQOL-Lite)	NR	NR	[87]
Patient Health Questionnaire (PHQ-9) – German version ↑☹️	9 Items umfassender Fragebogen zur Bewertung von depressiven Symptomen (z. B. wenig Interesse oder Freude am Tun, schlechter Appetit oder übermäßiges Essen).	4-Punkte-Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht vorhanden) bis 3 (fast jeden Tag vorhanden). Der Gesamtwert reicht von 0 (keine Depression) bis 27 (starke Depression). Demnach weist eine höhere Punkteanzahl auf schwerere depressive Symptome hin.	[84]
The Subscales for ‘panic syndrome’ and ‘other anxiety syndrome’ of the PHQ-D to assess anxiety	Die Subskala für das Paniksyndrom umfasst 15 Items. Die Subskala für andere Angstsyndrome umfasst 7 Items.	Ja/Nein-Antwortskala. Eine 3-stufige Antwortskala von 1 (überhaupt nicht anwesend) bis 3 (an mehr als der Hälfte der Tage anwesend).	[84]
Sonstiges			
Balanced Inventory of Desirable Responding short form-16 (BIDR-16)	Ein 16-Punkte-Maß für soziale Erwünschtheit.	8-Punkte-Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht überein) bis 8 (stimme vollkommen zu).	[83]
Modified Differential Emotions Scale (mDES) ↑😊	Skala zur Erhebung der positiven Emotionen. Zu den positiven, auf andere bezogene Emotionen gehören Dankbarkeit, Euphorie, Liebe und Ehrfurcht. Positive Emotionen, die sich nicht auf andere beziehen, sind Belustigung, Auftrieb, Hoffnung, Neugier, Glück, Stolz und Zufriedenheit.	Höhere Gesamtwerte weisen auf eine größere positive Emotionalität hin.	[86]

Name	Beschreibung	Skala	Studien
Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) – German version 	Die ersten 20 Items des Fragebogens decken die 5 Subskalen Patientenaktivierung, Pflege, Zielsetzung, Problemlösung und Nachbereitung ab. Die restlichen 6 Items decken den 5A-Ansatz ab.	5-Punkte-Likert-Skala von 1 (fast nie) bis 5 (fast immer). Die Gesamtpunkteanzahl kann zwischen 25-125 liegen, wobei ein Unterschied von 15 Punkten vor und nach der Intervention als klinisch signifikante Veränderung des PACIC-5A-Summenwertes angesehen wird. Eine höhere Punktzahl bedeutet eine stärkere wahrgenommene Übereinstimmung mit dem 5A-Ansatz.	[84]
Patient–Health Care Provider Communication Scale (PHCPCS)	21 Item umfassende Selbsteinschätzungsskala zur Bewertung der Qualität der Kommunikation zwischen Patient*innen und dem Gesundheitspersonal, einschließlich der Qualität der positiven Kommunikation (z. B. „Ich fühle mich wohl mit der Art und Weise, wie das Gesundheitspersonal mir Gesundheitsinformationen vermittelt“) und die negative Kommunikation (z. B. „Das Gesundheitspersonal gibt mir das Gefühl, dass ich mit meinen medizinischen Anliegen nerve“).	5-Punkte-Likert-Skala von 1 (nie) bis 5 (immer).	[100]
The 10-item Big Five Inventory (BFI-10)	10 Items umfassender Fragebogen zur Bewertung von 5 Persönlichkeitsmerkmalen.	5-Punkte-Likert-Skala von 1 (überhaupt keine Übereinstimmung) bis 5 (starke Übereinstimmung).	[84]

Abkürzungen: NR – not reported.

Legende:

-  Eine höhere Punkteanzahl bedeutet eine Verschlechterung des Endpunktes.
-  Eine niedrigere Punkteanzahl bedeutet eine Verschlechterung des Endpunktes.
-  Eine höhere Punkteanzahl bedeutet eine Verbesserung des Endpunktes.

Qualitätsbewertung

Drei der elf RCTs [79, 84, 85] wurden mit einem niedrigen Verzerrungsrisiko eingestuft, wohingegen zwei RCTs [80, 83] ein hohes Verzerrungsrisiko aufwiesen. Die Hauptgründe dafür waren inadäquate Sequenzerstellung [83] bzw. verdeckte Zuteilung [80, 83, 106, 108], fehlende Verblindung [80, 83] und fehlende Angaben zu potentiellen Interessenskonflikten [80]. Bei den übrigen sechs mit unklarem Verzerrungsrisiko RCTs [81, 82, 86, 87] fehlten Informationen, um das Verzerrungsrisiko einschätzen zu können, darunter Informationen zur Sequenzerstellung [81, 82], Allokationsplanung [81], Verblindung [82, 86], fehlenden Daten [81], bzw. selektive Ergebnisberichterstattung [106], geplante Nachbeobachtung [86] und zu potentiellen Interessenskonflikten [87].

Verzerrungsrisiko RCTs:
3/11 niedrig
2/11 hoch
6/11 unklar

Das Gesamt-Verzerrungsrisiko der drei NRCT wurde als moderat eingeschätzt. Die Hauptgründe dafür waren Verzerrung aufgrund von Confounding (z. B. unzureichende Anpassung möglicher Effekte durch andere Kurse des Lehrplans) [88] und das Verzerrungspotential bei der Messung der Endpunkte (z. B. Beeinflussung der Auswahl der Messmethode durch das Wissen der Intervention) [88].

Verzerrungsrisiko NRCTs:
3/3 moderat

Die Instrumente zur Erhebung des Verzerrungspotentials von Vorher-Nachher-Studien, Mixed-Methods-Studien und qualitativen Studien ergeben kein Gesamtverzerrungspotential, viel eher zeigen sie einzelne Aspekte auf, die das Verzerrungspotential der Studien erhöhen:

Erhöhung des Verzerrungspotentials in anderen Studienarten:

In sechs der elf eingeschlossenen Vorher-Nachher-Studien wurden die Patient*innen-Charakteristika nur unvollständig [90-94, 99] und in einer Studie überhaupt nicht [98] berichtet. Ebenso wurden die Ausschlusskriterien im Großteil der Studien nicht vollständig [89-93, 95, 97-99] und in einer Studie gar nicht [94] beschrieben. In keiner der Studien wurden Angaben dazu gemacht, ob die Endpunkte verblindet erhoben wurden. In einer Studie [90] wurden die Daten mit einem nicht-validierten Fragebogen erhoben. In acht Studien [89, 91-97] war die Nachbeobachtungszeit nicht lange genug, um wichtige Ereignisse der Intervention erheben zu können und vier Studien [93, 94, 97, 99] machten keine Angaben zum Verlust der Studienteilnehmer*innen bis zur Nachbeobachtung. Potenzielle Interessenskonflikte und die Finanzierung wurden in vier Studien nur teilweise berichtet [90, 91, 93, 95] und in zwei Studien gar nicht [97, 99].

Vorher-Nachher-Studien:
unvollständige Beschreibung der Patient*innen Charakteristika oder Ausschlusskriterien, Nachbeobachtungszeit zu kurz, keine Angabe zu Verlust von Teilnehmer*innen, etc.

Bei den drei Mixed-Methods-Studien wurden in einer Studie [107] keine Angaben zur theoretischen oder konzeptionellen Untermauerung der Erhebung gemacht. Ebenso wurde in allen drei Studien [100, 104] keine Begründung für die Auswahl der Messinstrumente angegeben. In einer Studie wurde zudem kein Prozess der Datenerhebung beschrieben [100].

Mixed-Methods-Studien:
u. a. keine Begründung für Messinstrumente

Bei den qualitativen Studien fehlten Informationen zur Rekrutierungsstrategie [101], zur Beziehung zwischen Forscher*innen und Studienteilnehmer*innen (z. B. Beeinflussung der Forschungsfragen, der Rekrutierung, Reaktionen der Forscher*innen auf unvorhergesehene Ereignisse) [101] und zur Analyse von widersprüchlichen Daten [101].

qualitative Studien:
fehlende Informationen zur Rekrutierung und Analyse

Tabelle A1-28 bis Tabelle A1-32 im Appendix präsentieren die detaillierten Beurteilungen der Verzerrungspotenziale der eingeschlossenen Studien.

4.2.2 Wirksamkeitsanalyse

Im Folgenden wird die Evidenz zur Wirksamkeit der untersuchten Interventionen mit dem Ziel, Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zu reduzieren, für die unterschiedlichen Zielgruppen zusammenfassend dargestellt.

Evidenz zur Wirksamkeit in den unterschiedlichen Zielgruppen:

Interventionen für das Gesundheitspersonal

Insgesamt sechs Studien, davon drei RCTs [82, 84, 106], ein NRCT [88], eine Mixed-Methods-Studie [107] und eine qualitative Studie [101] untersuchten Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung beim Gesundheitspersonal, darunter Ärzt*innen [82, 84], Pflegekräfte [82, 101], registrierte Diätolog*innen [106] und Physiotherapeut*innen [101]. Das Gesundheitspersonal kam dabei aus unterschiedlichen Bereichen, z. B. Primärversorgung [84], stationärer Bereich [101], palliativer Bereich [101], private Praxen [101] oder Universitäten [107]. Die untersuchten Interventionen für das Gesundheitspersonal konnten in drei Kategorien unterteilt werden: informative Videos, Kurse/Seminare und Simulationen mit einem Gewichtsanzug.

6 Studien zu Intervention beim Gesundheitspersonal

Unterteilung in 3 Interventionsarten

Wirksamkeit der informativen Videos beim Gesundheitspersonal

Zwei Studien untersuchten den Effekt von informativen Videos auf die Gewichtsvorurteile des Gesundheitspersonals. In einem RCT wurde 150 Pflegekräften und 148 Ärzt*innen Videos mit Best-Practice-Beispielen zur Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen mit Adipositas gezeigt [82]. In einem anderen RCT wurden 147 registrierten Diätolog*innen Videos gezeigt, die negative Beispiele einer Diätolog*innen-Patient*innen-Kommunikation und die Auswirkungen von Gewichtsstigmatisierung darstellten [106].

2 RCTs zu informativen Videos mit 147 Diätolog*innen & 298 Pflegekräfte/Ärzt*innen

Beim ersten RCT zeigte sich direkt nach der Vorstellung der Videos keine statistisch signifikante Verbesserung der Gewichtsvorurteile bei den Pflegekräften [**FPS**: 3,3 (SD 0,7) vs. 3,3 (SD 0,7), $p=0,754$] und Ärzt*innen [**FPS**: 3,5 (SD 0,5) vs. 3,5 (SD 0,5), $p=0,309$] im Vergleich zur Kontrollgruppe (Patient*innen), die keine Videos angeschaut hatten [82]. Im zweiten RCT zeigte sich ebenso keine statistisch signifikante Verbesserung der expliziten [**AFAT-Blame Vorher-Nachher-Differenz**: IG vs. CG1: -0,05 vs. +0,04, $p=0,86$; IG vs. CG2: -0,05 vs. +0,07, $p=0,51$; **AFAT-Social**: IG vs. CG: +0,04 vs. +0,19, $p=0,10$; IG vs. CG2: +0,04 vs. +0,10, $p=0,15$; **AFAT-Physical**: IG vs. CG1: -0,01 vs. +0,05, $p=0,81$; IG vs. CG2: -0,01 vs. +0,02, $p=0,87$] und impliziten Gewichtsvorurteile [**IAT Vorher-Nachher-Differenz**: IG vs. CG1: -0,02 vs. +0,54, $p=0,16$; IG vs. CG2: -0,02 vs. +0,29, $p=0,37$] direkt nach dem Interventionsvideo mit Fokus auf unkontrollierbare Adipositasursachen im Vergleich zu den Kontrollvideos mit Fokus auf kontrollierbare Adipositasursachen und Diäten [106].

2 RCTs: keine s.s. Verbesserung der Gewichtsvorurteile bei Pflegekräften, Ärzt*innen & Physiotherapeut*innen durch informative Videos

2 RCTs zu informativen Videos beim Gesundheitspersonal zeigten keine statistisch signifikanten Verbesserungen der expliziten und impliziten Gewichtsvorurteile.

Wirksamkeit der Seminare/Kurse beim Gesundheitspersonal

Drei Studien untersuchten die Auswirkung von Kursen und Seminaren auf die Gewichtsvorurteile des Gesundheitspersonals. Ein RCT mit 50 Allgemeinmediziner*innen und eine Mixed-Methods-Studie mit 61 Teilnehmer*innen erhoben dabei die Effekte eines 5A-(Online)-Kurses. Diese Kurse bieten eine Weiterbildung im Bereich von Adipositas-Management an, welche auf den „5As of Obesity Management“ des kanadischen Netzwerks für Adipositas basieren. Die 5As umfassen „ASK“ (Diskussion des Gewichts und der Motivation mit Patient*innen), „ASSESS“ (Erheben des aktuellen Gesundheitszustands und Adipositasgrades, Komorbiditäten und Ursachen der Gewichtszunahme), „ADVISE“ (Informationen über Behandlungsmöglichkeiten), „AGREE“ (Gemeinsame Entscheidungsfindung zu Zielen, Erwartungen der Gewichtsreduktion und dem Behandlungsplan) und „ASSIST“ (regelmäßige Nachbeobachtungen) [84, 107]. Darüber hinaus untersuchte ein NRCT mit 27 Physiotherapeut*innen ein eintägiges, interaktives Seminar mit Vorträgen von Chirurg*innen, Diätolog*innen, Physiotherapeut*innen, Apotheker*innen und Wissenschaftler*innen aus dem Bereich der Bariatrie. Alle Vortragenden hatten zuvor Adipositas-sensitivitätsseminare absolviert. Inhalte des interaktiven Seminars waren die komplexen Ursachen von Adipositas und Möglichkeiten, Gewichtsvorurteile und -diskriminierung in der klinischen Praxis zu reduzieren (z. B. durch Verbesserung der Kommunikation mit Hilfe des „People-First Language“ Ansatzes) [88].

Das RCT berichtete, dass 63 %, die am 5A-Onlinekurs teilnahmen, dem Statement zustimmten, dass alle relevanten Probleme des Adipositas-Managements adressiert worden waren, wohingegen 26 % dieser Aussage nicht zustimmten und 5 % ihre Stimme enthielten. Der Aussage, dass der 5A-Onlinekurs eine hilfreiche Unterstützung war, um die Adipositasbehandlung zu verbessern, stimmten 58 % zu, 26 % nicht zu und 5 % äußerten sich nicht. Darüber hinaus gaben 63 % der Allgemeinmediziner*innen an, dass der Onlinekurs sie darin unterstützte, eine Konversation über das Gewicht mit Patient*innen mit Adipositas zu starten. Für 26 % war der Kurs keine Unterstützung und 5 % äußerten sich nicht zu dieser Aussage. Bei der Befragung von Patient*innen über die Qualität der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation konnte weder nach sechs Monaten (**PACIC 5A**: 60,5 vs. 54,9, $p=0,0509$), noch nach 12 Monaten (59,0 vs. 52,5, $p=0,295$) ein statistisch signifikanter Unterschied bei den Ärzt*innen, die den 5A-Onlinekurs absolvierten, festgestellt werden. Ebenso wurden bei der Lebensqualität der Patient*innen (EQ-5D), dem Gesundheitszustand der Patient*innen (PHQ-9, BFI-10) und den von den Patient*innen eingeschätzten externen Gewichtsvorurteilen der Ärzt*innen (FPS) keine statistisch signifikanten Unterschiede beobachtet. Ein statistisch signifikanter Unterschied wurde lediglich für die internalisierten Gewichtsvorurteile der Patient*innen nach sechs Monaten berichtet (**WBIS**: 3,29 vs. 3,88, $p<0,01$) [84].

Die Mixed-Methods-Studie zeigte, dass sich die Glaubenssätze gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach dem 5A-Kurs inklusive Gewichtsanzugsimulation bei den Ärzt*innen in Facharztausbildung statistisch signifikant verbesserten [**BAOP Vorher-Nachher**: 19,86 (SD 5,94) vs. 24,03 (SD 7,54), $p=0,001$], wohingegen sich die Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas nicht statistisch signifikant veränderte [**ATOP**: 73,15 (SD 16,58) vs. 69,26 (SD 17,75), $p=0,0959$]. Zusätzlich ergab der selbsterstellte 29-Item-Fragebogen statistisch signifikante Verbesserungen für neun Themenbereiche (Selbstvertrauen der Ärzt*innen in Facharztausbildung, Adipositas-Ursachen, Behandlungsoptionen, gemeinsame Entscheidungsfindungen, Gewichtszunahme

3 Studien zu Seminaren/Kursen:

1 RCT mit 50 Allgemeinmediziner*innen,

1 Mixed-Methods-Studie mit 61 Teilnehmer*innen,

1 NRCT mit 27 Physiotherapeut*innen

1 RCT: keine s.s. Verbesserung der Kommunikation mit den Pat., der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes der Pat. und der externen Gewichtsvorurteile gegenüber den Pat. durch den 5A-Onlinekurs für die Allgemeinmediziner*innen beobachtet

1 Mixed-Methods-Studie: s.s. Verbesserung der Glaubenssätze, jedoch nicht der Haltung gegenüber Pat. durch 5A-Kurs

weitere Sorgen über Ansprache zum Gewicht

während der Schwangerschaft, gewichtsbezogene Depression und Ängste, Adipositas bei Kindern und Überweisungen an andere Disziplinen). Darüber hinaus zeigten die Auswertungen der narrativen Reflexionen, dass der Kurs dazu geführt hatte, die Annahme zu den Ursachen von Adipositas zu hinterfragen und die Komplexität der Erkrankung besser zu verstehen. Nichtsdestotrotz gaben einzelne Teilnehmer*innen an, dass sie Sorge hätten, Patient*innen zu beleidigen, wenn sie das Gewicht ansprechen, oder dass sie sich auch nutzlos fühlten, wenn bestimmte Behandlungsansätze keine Wirkung zeigten. Ebenso wurde die Problematik der fehlenden Zeit erwähnt, um auf jede/n Patient*in individuell eingehen zu können. Insgesamt wurde das 5A-Modell jedoch von den meisten Ärzt*innen in Facharztausbildung als hilfreiches Instrument beschrieben. Insbesondere der Aspekt, Patient*innen um Erlaubnis zu fragen, über das Gewicht sprechen zu können, oder sie über ihre Vergangenheit der Gewichtszunahme zu befragen, wurde hervorgehoben [107].

Darüber hinaus ergab das NRCT, dass sich die Glaubenssätze gegenüber Personen mit Adipositas auch durch das interaktive Seminar statistisch signifikant verbesserten [BAOP: 17,4 (SD 6,4) vs. 22,3 (SD 7,6), $p=0,001$]. Die durchschnittlichen BAOP-Werte der Online-Kontrollgruppe lagen bei 19,4 (SD 7,6). Jedoch verschlechterte sich die Haltung der Physiotherapeut*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas [ATOP: 71,3 (SD 19,4) vs. 63,3 (SD 15,9), $p=0,02$]. Die durchschnittlichen ATOP-Werte der Online-Kontrollgruppe lagen bei 72,6 (SD 15,3) [88].

Drei Studien (jeweils ein RCT, eine Mixed-Methods-Studie und ein NRCT) zu **Seminaren/Kursen beim Gesundheitspersonal** zeigten widersprüchliche Ergebnisse. Während sich die Glaubenssätze gegenüber Patient*innen **statistisch signifikant** verbesserten, gab es **keine signifikante Verbesserungen** der externen Gewichtsvorurteilen, bei der Haltung gegenüber Patient*innen, der Kommunikation mit Patient*innen, der Lebensqualität und dem Gesundheitszustand bei Patient*innen.

1 NRCT:
s.s. Verbesserung der Glaubenssätze, jedoch Verschlechterung der Haltung geg. Pat. durch interaktives Seminar

Wirksamkeit der Gewichtsanzugsimulationen beim Gesundheitspersonal

Zwei Studien, darunter eine Mixed-Methods-Studie mit 61 Teilnehmer*innen [107] und eine qualitative Studie mit sieben Teilnehmer*innen [101], untersuchten (zusätzlich) den Effekt eines Gewichtsanzuges. Die Teilnehmer*innen trugen den Anzug zwischen 15 Minuten [101] und drei Stunden [101] und absolvierten alltägliche Aktivitäten damit, wie z. B. aufstehen, sich anziehen, putzen, Treppen steigen, öffentliche Verkehrsmittel benutzen, ein Café besuchen, Essen einkaufen [101].

Die Mixed-Methods-Studie berichtete, dass experimentelles Lernen (z. B. mit einer Gewichtsanzugssimulation) hilfreich sein kann, die Empathie des Gesundheitspersonals gegenüber Patient*innen mit Adipositas zu verbessern [107]. Die statistische Signifikanz des Effekts wurde jedoch nicht getestet.

Die im Rahmen der qualitativen Studie durchgeführten Interviews mit sechs Pflegekräften und einem/r Physiotherapeut*in zur Gewichtsanzugsimulation zeigten, dass das Tragen eines Simulationsanzuges den Teilnehmer*innen half, wenn auch nur für kurze Zeit, eine Pseudoerfahrung von Menschen mit extremer Adipositas zu erleben. Dies kann in Folge zu einem besseren Verständnis der körperlichen und sozialen Herausforderungen, mit denen Personen mit Übergewicht täglich konfrontiert sind, beitragen. Insgesamt wurden in den Interviews drei Hauptthemen identifiziert [101]:

2 Studien zu Gewichtssimulationen:
1 Mixed-Methods-Studie mit 61 und 1 qualitative Studie mit 7 Teilnehmer*innen

1 Mixed-Methods-Studie:
Verbesserung der Empathie ohne Testung auf Signifikanz

1 qualitative Studie:
Haupterfahrungen des Gewichtsanzuges: Einblicke in physische & psychische Schwierigkeiten von Pat. mit Adipositas, Veränderung der Haltung gegenüber diesen Pat.

- Einblicke in die physischen Schwierigkeiten, die Personen mit extremer Adipositas haben
- Bewusstsein über die sozialen Konsequenzen für Personen mit extremer Adipositas
- Veränderte Haltung von Pflegekräften und Physiotherapeut*innen gegenüber Personen mit extremer Adipositas

Hinsichtlich der physischen Einschränkungen, erzählten sechs Teilnehmer*innen, wie sich der Gewichtsanzug auf ihre Fähigkeit auswirkte, sich sicher und problemlos in Umgebungen zu bewegen [101].

In Bezug auf das soziale Stigma berichtete ein/e Teilnehmer*in von Erfahrungen, die sie während der Gewichtsanzugssimulation innerhalb eines Krankenhauses gemacht hatte: *„Mir ist aufgefallen, dass das Krankenhauspersonal einen nicht ansieht, wenn man durch die Flure geht. Nun, sie sehen einem nicht in die Augen. Sie stellen keinen Augenkontakt her. Wenn sie vorbeigehen, blicken sie nach unten und schauen auf deinen Körper... Und nicht ein einziger Mensch hat mich angelächelt“*. Ein/e andere Teilnehmer*in gab an: *„...man fühlte sich von den Mitarbeitern des Krankenhauses sehr beobachtet. Einige Patient*innen oder Besucher*innen waren auch ziemlich auffällig in ihrer Beobachtung. Es gab ein paar Mitarbeiter*innen, bei denen ich wirklich das Gefühl hatte, dass sie mich begutachten... Es fühlte sich ein paar Mal so an, als würde ich beurteilt werden“*. Kommentare von anderen Teilnehmer*innen bezogen sich darauf, dass das soziale Stigma zu Isolation führen kann: *„Ich würde nicht hinausgehen. Ich würde wahrscheinlich online einkaufen gehen. Ich würde auch meine Essenseinkäufe online bestellen. Ja, es macht keinen Spaß, unterwegs zu sein... Ich glaube, das ist ziemlich isolierend. Wirklich einsam. Eigentlich unglücklich. Ich könnte in diesem Anzug leicht depressiv werden, wenn ich ihn ewig tragen müsste. Schrecklich... Ich fühle mich in diesem Anzug wirklich isoliert. Niemand will in deiner Nähe sein.“* [101].

Die Studie zeigte auch, dass die Teilnehmer*innen vor der Gewichtsanzugssimulation beunruhigt darüber waren, das Gewicht bei den Patient*innen anzusprechen und es auch teilweise als frustrierend wahrnahmen. Nach der Simulation gaben einige an, weniger wertend und empathischer gegenüber Patient*innen mit Adipositas zu sein. Ein/e Teilnehmer*in sagte dazu im Interview: *„Ich werde dafür sorgen, dass sie sich wohl fühlen, wenn sie sich hinsetzen! Ich werde dafür sorgen, dass der Sitz groß genug ist und sich nicht bewegt, wenn sie sich daraufsetzen. Ich werde dafür sorgen, dass sie Tausende von Tüchern haben, um den Schweiß abzuwischen. Diese ganze Sache, dass sie ihre Füße nicht sehen können... und gebe ihnen Zeit. Denn der Weg dorthin wird so anstrengend sein, dass man nicht erwarten kann, dass sie sofort etwas tun. Denn eigentlich brauchen sie fünf Minuten, um sich zu erholen“* [101].

Zwei Studien (eine Mixed-Methods-Studie und eine qualitative Studie) untersuchten **Gewichtsanzugssimulationen beim Gesundheitspersonal**. Es schien eine Verbesserung der Empathie zu geben, jedoch wurde **nicht auf Signifikanz getestet**. Die Teilnehmer*innen erhielten jedoch Einblicke in physische und psychische Schwierigkeiten von Patient*innen mit Adipositas.

Erfahrung von Teilnehmer*innen hinsichtlich sozialem Stigma

Teilnehmer*innen weniger wertend und empathischer gegenüber Pat. kurz nach Simulation

Detailliertere Ergebnisse zur Wirksamkeit der Interventionen beim Gesundheitspersonal finden sich im Appendix (Tabelle A1-19, Tabelle A1-22, Tabelle A1-26 und Tabelle A1-27).

Interventionen bei Student*innen im Gesundheitswesen

Interventionen bei Medizinstudent*innen

Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Medizinstudent*innen wurden in insgesamt neun Studien untersucht. Dabei handelte es sich um drei RCTs [79, 81, 83], ein NRCT [103], vier Vorher-Nachher-Studien [90-93] und eine qualitative Studie [105]. Die untersuchten Interventionen umfassten Fortbildungen und unterschiedliche Simulationen/Rollen-spiele.

9 Studien zu Interventionen bei Medizinstudent*innen

Wirksamkeit der Fortbildungen bei Medizinstudent*innen

Fünf Studien untersuchten die Effekte von verschiedenen Fortbildungen. In einem RCT mit 101 Medizinstudent*innen wurde eine einmalige Adipositasweiterbildung (Dauer: 75 Minuten) durchgeführt. Die Fortbildung wurde in Kleingruppen von zirka zwölf Teilnehmer*innen durchgeführt, basierte auf dem „Elaboration Likelihood Model“¹⁵ und umfasste vier Komponenten um Gewichtsstigmatisierung zu reduzieren: (1) Teilnehmer*innen über die Ursachen und Kontrollierbarkeit von Gewicht aufklären, (2) gängige Stereotypen im Gesundheitswesen hinterfragen, (3) Empathie für Gewichtsstigmatisierung steigern und (4) kognitive Dissonanz hervorrufen [83]. In einem NRCT mit 45 Medizinstudent*innen wurde eine geführte Museumstour inklusive interaktiven Präsentationen von Ärzt*innen mit Expertise in Ernährung und Adipositas untersucht. Während der Fortbildung wurden Themen, wie die Ursachen von Adipositas, Destigmatisierung in der Behandlung der Patient*innen, Herausforderungen der Adipositasbehandlungen, Motivational Interviewing und Leitlinien zur bariatrischen Chirurgie besprochen [103]. Zwei Vorher-Nachher-Studien untersuchten verschiedene Fortbildungsmöglichkeiten, darunter ein einmaliges Ethikseminar bei sechs Jahrgängen mit zirka 120 Medizinstudent*innen pro Jahrgang [91] und ein interaktiver Onlinekurs bei 103 Medizinstudent*innen [93]. In dem 90-minütigen Ethikseminar wurden persönliche Erfahrungen mit Gewichtsvorurteilen, persönliche Schwierigkeiten und Glaubenssätze über die Ursachen von Adipositas und Videos zum Thema negative Gewichtsvorurteile in kleinen Gruppen diskutiert [91]. Im Rahmen des interaktiven Onlinekurses wurden die Student*innen hinsichtlich der Prävalenzen von Adipositas und Strategien zur Reduktion von Gewichtsvorurteilen anhand eines Beispiels mit einer/m fiktiven Patient*in unterrichtet. Zusätzlich gab es eine Einführung in das 5A-Modell und Motivational Interviewing und die Student*innen nahmen an einem Online-Podium, in dem mehrere Patient*innen ihre Erfahrungen berichteten, teil [93]. Eine qualitative Studie beschäftigte sich mit einem „Narrativen Medizin“¹⁶-Workshop, den Medizinstudent*innen gemeinsam mit Personen mit Adipositas, die bereits Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen erlebt hatten, besuchten. Der Workshop bestand aus wöchentlichen zweistün-

5 Studien zu Fortbildungen:

**1 RCT (n=101),
1 NRCT (n=45),
2 Vorher-Nachher-Studien (n=103~700),
1 qualitative Studie mit
4 Student*innen und mit
2 Adipositas Betroffenen**

¹⁵ Das „Elaboration Likelihood Model“ geht davon aus, dass es zwei Wege zur Einstellungsänderung gibt: Veränderungen über den zentralen Weg werden durch eine umfassende Auseinandersetzung des Einzelnen mit der dargebotenen Botschaft erreicht und treten auf, wenn die Motivation und die Fähigkeiten hoch sind. Veränderungen über die periphere Route treten auf, wenn die Motivation oder die Fähigkeit, die Botschaft zu verarbeiten, gering ist, was durch minimalen kognitiven Aufwand gekennzeichnet ist.

¹⁶ Die narrative Medizin ist ein Bereich, der sich damit beschäftigt, Kliniker*innen die narrative Kompetenz zu vermitteln, die Geschichten von Krankheiten zu erkennen, aufzunehmen, zu interpretieren und sich von ihnen bewegen zu lassen.

digen Treffen über einen Zeitraum von fünf Wochen. Für jede Einheit wurden Texte, die sich mit Erfahrungen von Personen mit Adipositas auseinandersetzten, herangezogen. Alle Teilnehmer*innen mussten die eigenen Gedanken zu den Texten verschriftlichen. Folglich wurden die Gedanken in der Gruppe vorgelesen und diskutiert [105].

Das RCT zeigte, dass die einmalige Adipositasweiterbildung mit Diskussion über Gewichtsvorurteile zu keiner Reduktion der impliziten und expliziten Gewichtsvorurteile im Vergleich zu den Medizinstudent*innen, die den Standardlehrplan besuchten, führte [IAT: $p=0,20$; AFAT: $p=0,67$; UMB-FAT: $p=0,67$]. Bei den Analysen ohne Kontrolle für soziale Erwünschtheit zeigte sich eine statistisch signifikante Reduktion für die Medizinstudent*innen, die die einmalige Weiterbildung besuchten für den **IAT-Gesamtscore** ($p=0,017$), den **UMB-FAT-Gesamtscore** ($p=0,034$), sowie für die Subskalen **AFAT-Weight control/Blame** ($p=0,010$), **UMB-FAT-Attraction** ($p=0,029$), **UMB-FAT-Equal Rights** ($p=0,047$). Es wurde jedoch keine signifikante Interaktion festgestellt, wenn Empathie, aktueller BMI oder höchster BMI als Moderator der Beziehung zwischen der Interventionsgruppe und den Ergebnissen nach der Intervention in den Tests AFAT, UMB-FAT und Weight-IAT betrachtet wurden ($p>0,05$). Das biologische Geschlecht wurde ebenfalls als potenzieller Moderator nach der Intervention untersucht, es wurden jedoch keine Unterschiede festgestellt ($p>0,05$) [83].

Das NRCT zeigte, dass sich bei allen Student*innen – denjenigen, die die Museumstour inklusive Vorträgen von Expert*innen, und denen, die nur drei Unterrichtseinheiten besuchten – die Gewichtsvorurteile nach der Intervention reduzierten. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren jedoch nicht statistisch signifikant [BAOP: IG-Vorher-Nachher: 18,83 (SD 6,90) – 20,46 (SD 4,99) vs. KG-Vorher-Nachher: 17,38 (SD 6,03) – 29,91 (SD 8,60), $p=0,370$; ATOP: 68,58 (SD 14,46) – 74,83 (SD 11,35) vs. 69,33 (SD 12,80) – 74,14 (SD 18,21), $p=0,715$; FPS: 3,58 (SD 0,43) – 3,44 (SD 0,44) vs. 3,63 (SD 0,38) – 3,38 (SD 0,58), $p=0,552$; IAT: -1,46 (SD 1,18) bis -1,21 (SD 1,25) vs. -1,30 (SD 1,38) bis -1,00 (SD 1,48), $p=0,630$]. Ebenso wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich dem Wissen über Adipositas ($p=0,445$), der Sicherheit im Umgang mit Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas ($p=0,666$) und dem Komfort bei der Gewichtsberatungen mit Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas ($p=0,120$) identifiziert [103].

Bei der Vorher-Nachher-Studie zum Ethikseminar ergab die IAT-Auswertung vor der Intervention, dass über sechs Jahrgänge 70 % der Medizinstudent*innen dünne Patient*innen präferierten und 89 % Adipositas als Erkrankung mit verhaltensbasierten Ursachen sahen. Weitere genannte Ursachen waren Armut (90 %), Genetik (57 %), Ignoranz (74 %) und Faulheit (28 %) [91]. Es gab keine IAT-Werte nach der Intervention. Die Vorher-Nachher-Studie zum interaktiven Onlinekurs zeigte eine statistisch signifikante Reduktion der expliziten Gewichtsvorurteile bei Medizinstudent*innen, die den interaktiven Onlinekurs absolviert hatten [AFAT-Fear: 4,63 (SD 2,24) vs. 3,72 (SD 2,60), $p<0,001$; AFAT-Dislike: 1,25 (SD 1,30) vs. 0,88 (SD 1,15), $p<0,001$; AFAT-Willpower: 3,23 (SD 1,90) vs. 2,31 (SD 1,87), $p<0,001$] [93].

1 RCT:
keine s.s. Verbesserung der impliziten & expliziten Gewichtsvorurteile der Medizinstudent*innen durch eine einmalige Adipositasweiterbildung

1 NRCT:
Verbesserung der Gewichtsvorurteile bei Medizinstudent*innen nach Museumstour + Vorträgen (IG) & 3 Unterrichtseinheiten (KG), Unterschiede jedoch nicht s.s.

1 Vorher-Nachher-Studie:
s.s. Verbesserung der expliziten Gewichtsvorurteile bei Medizinstudent*innen nach einem interaktivem Onlinekurs

Die Ergebnisse der Fokusgruppen zum Narrativen-Medizin-Workshop ergaben, dass der Workshop den Student*innen die Möglichkeit gab, die Ursachen und Konsequenzen einer Pathologisierung von Adipositas kritisch zu hinterfragen. Bei der Diskussion über „fatphobia“ gaben die Medizinstudent*innen weit gefasste, komplexe Definitionen an, die zwischenmenschliche (Missverständnisse, Unbehagen), soziale (Stereotypisierung, negative Medienporträts) und strukturelle (Medizin als Normalität für dünne, weiße, männliche Körper) Diskriminierung von Menschen mit Adipositas anerkennen. Der Workshop half den Student*innen, zu erkennen, wie wichtig es ist, die Geschichten der Patient*innen anzuhören. Ein/e Student*in berichtete: *„Ich glaube, ich habe vor dem Workshop unterschätzt, wie sehr jede/r Patient*in mit Adipositas von Ärzt*innen das Gleiche hört. Selbst wenn Ärzt*innen gute Absichten hatten mit `Vielleicht sollten Sie Sport treiben`, hatten es die Patient*innen schon zu oft gehört. Ich denke, ich würde das immer im Hinterkopf behalten, wenn ich mit Patient*innen spreche. Ich bin nicht der erste Arzt, den sie sehen, und wenn ich wirklich etwas bewirken will, muss ich sorgfältig darüber nachdenken, wie ich meine Behandlung individualisiere und sicherstelle, dass ich nicht einfach das Gleiche sage wie alle anderen, sondern auf ihre Bedürfnisse eingehe“*. Ebenso wurde die Empathie der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas gestärkt. Ein/e Student*in erzählte: *„Es gibt keinen Grund, als Ärzt*in etwas hinzuzufügen, vor allem, wenn ein/e Patient*in z. B. zu einer gynäkologischen Untersuchung kommt, gibt es keinen Grund, das Gewicht anzusprechen oder ihr/ihm eine Broschüre über das Abnehmen zu geben. Es ist eine Sache, wenn sie die/den Ärzt*in nach Möglichkeiten zur Gewichtsabnahme fragen, aber wenn sie wegen eines anderen Problems kommen, das nichts mit dem Gewicht zu tun hat, dann gibt es keinen Grund, das in irgendeiner Weise anzusprechen“* [105].

1 qualitative Studie:
Fokusgruppen-Ergebnisse zeigten Wichtigkeit, die verschiedenen Diskriminierungsformen aufgrund des Gewichts (zwischenmenschlich, sozial, strukturell) zu erkennen und Empathie der betreuenden Personen zu stärken

Fortbildungen bei Medizinstudent*innen wurden in insgesamt fünf Studien (1 RCT, 1 NRCTs, 2 Vorher-Nachher-Studien und 1 qualitative Studie) untersucht. Es gab **widersprüchliche Ergebnisse** für explizite und implizite Gewichtsvorurteile, jedoch halfen die Fortbildungen bei der Erkennung verschiedener Diskriminierungsformen und bei der Stärkung der Empathie gegenüber Patient*innen.

Wirksamkeit der Simulationen/Rollenspiele bei Medizinstudent*innen

Zwei Studien untersuchten die Effekte von Simulationen. Dabei wurden in einem RCT 119 Medizinstudent*innen zunächst Artikel über die Ursachen von Adipositas ausgehändigt. Anschließend sahen sie mithilfe von virtueller Realität eine/n Patient*in mit Adipositas, Knieschmerzen, Atemnot und Ausschlag an der Hand und mussten dann ein Behandlungsgespräch mit der/m virtuellen Patient*in führen [81]. Eine Vorher-Nachher-Studie mit 79 Student*innen im dritten und vierten Studienjahr analysierte die Effekte eines multidimensionalen Semesterkurses, der eine Simulation mit einem Gewichtsanzug beinhaltete. Der Kurs startete mit Unterrichtseinheiten zu den Ursachen von Adipositas, den Konsequenzen von Gewichtsstigmatisierung und dessen mögliche Vermeidung, die Prävention von Adipositas, bariatrische Operationen und deren Nachbehandlungen und Adipositas in der Kindheit. Der Kurs beinhaltete zusätzlich eine Live-OP-Übertragung eines laparoskopischen Magenbypasses aus dem Operationssaal in den Klassenraum mit Erläuterungen durch den Operateur. Zusätzlich mussten alle Student*innen die Erfahrung mit einem Gewichtsanzug machen, indem sie den Anzug 30 Minuten lang in der Öffentlichkeit trugen [92].

2 Studien zu Simulationen bei Student*innen:

**1 RCT (n=119),
 1 Vorher-Nachher-Studie (n=79)**

Das RCT zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Dauer der Kommunikation zwischen den Medizinstudent*innen mit virtuellen Patient*innen mit genetischer Adipositasursache, den Medizinstudent*innen mit virtuellen Patient*innen mit verhaltensbedingten Ursachen und der Kontrollgruppe, die lediglich einen Artikel las (durchschnittliche Sekunden: 162,41 vs. 179,33 vs. 152,32). Es zeigte sich jedoch ein statistisch signifikanter Wechselwirkungseffekt in der Student*innengruppe mit den Patient*innen mit genetischen Ursachen, dass sich die Kommunikationslänge mit jeder Erhöhung der BMI-Einheit um eine signifikante Länge verkürzte. Darüber hinaus sprachen die beiden Interventionsgruppen das Gewicht der Patient*innen häufiger als die Student*innen der Kontrollgruppe an (88 % vs. 84 % vs. 45 %). Dieser Effekt korrelierte positiv mit steigendem BMI. Ebenso ermutigten sie die Patient*innen häufiger zu Lebensstilveränderungen (66 % vs. 76 % vs. 45 %). Die Student*innen mit den virtuellen Patient*innen mit verhaltensbasierten Ursachen verwendeten mit viermal höherer Wahrscheinlichkeit stigmatisierende Sprache als die Kontrollgruppe (55 % vs. 15 %, $p < 0,05$), wohingegen der Unterschied der Student*innen mit Patient*innen mit genetischer Ursache im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht statistisch signifikant war (29 % vs. 15 %, $p > 0,05$). Demnach könnten Informationen über genetische Ursachen für Adipositas hilfreich sein, um stigmatisierende Sprache gegenüber Patient*innen zu reduzieren [81].

Die Vorher-Nachher-Studie zeigte ebenso keine statistisch signifikante Verbesserung der Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas durch den Semesterkurs inklusive Gewichtszugenerfahrung. Dies zeigte die Auswertung der **NEW Attitudes Skala** [Vorher-Nachher: 19,59 (SD 22,13) vs. 24,21 (SD 25,27), $p = 0,24$], sowie der einzelnen Subskalen [**Anti-fat**: 15,32 (SD 19,6) vs. 21,58 (SD 21,28), $p = 0,62$; **Self-efficacy**: 2,73 (SD 7,85) vs. 1,01 (SD 8,70), $p = 0,20$; **Beliefs about peers**: 1,54 (SD 0,69) vs. 1,62 (SD 0,52), $p = 0,47$]. Signifikante Unterschiede gab es für folgende Glaubenssätze [92]:

- „Ich glaube, dass der Gewichtsverlust langfristig sein kann“ (Zustimmung Vorher-Nachher: 76 % vs. 47 %, $p = 0,001$).
- „Personen mit Übergewicht/Adipositas fehlt es an Willensstärke“ (27 % vs. 14 %, $p = 0,001$).
- „Personen mit Übergewicht/Adipositas sind faul“ (52 % vs. 36 %, $p = 0,005$).

Zwei weitere Studien analysierten die Effekte von Rollenspielen. In einem RCT mit 129 Medizinstudent*innen wurden Rollenspiele zum Artikel „The Most Massive Women Wins“ durchgeführt. Dabei ging es um Gewicht im Kontext der sozialen Diskriminierung. Im Anschluss an die Rollenspiele wurden Diskussionen zu den Inhalten geführt [79]. In einer Vorher-Nachher-Studie mit 127 Medizinstudent*innen im ersten Studienjahr wurde ein Kommunikationsseminar mit Rollenspielen mit Standard-Patient*innen¹⁷ untersucht. Dabei wurden unterschiedliche Szenarios verwendet: (1) Patient*in hat noch nie über das Gewicht nachgedacht und glaubt, keine Gewichtsprobleme zu haben. (2) Patient*in weiß, dass Gewichtsprobleme bestehen, und hat bereits mehrmals erfolglos Gewicht reduziert. (3) Patient*in hat Erfahrungen mit Gewichtsstigmatisierung von Ärzt*innen. (4) Patient*in weigert sich, über das Gewicht zu sprechen. (5) Patient*in wusste nicht, dass das Gewicht ein

1 RCT:
Informationen zu genetischen Ursachen könnte einen positiven Einfluss auf stigmatisierende Sprache gegenüber Pat. mit Adipositas haben

Kommunikationsdauer zwischen Student*innen & Pat. mit Adipositas verkürzte sich mit steigendem BMI

1 Vorher-Nachher-Studie:
keine s.s. Verbesserung der Haltung der Medizinstudent*innen gegenüber den Pat. mit Adipositas nach der Gewichtszug-Erfahrung, jedoch s.s. Verbesserung der Glaubenssätze hinsichtlich der Willensstärke und der Faulheit der Pat.

2 Studien zu Rollenspielen mit Medizinstudent*innen:

**1 RCT (n=129),
1 Vorher-Nachher-Studie (n=127)**

¹⁷ Standardisierte Patient*innen sind Personen, die speziell dafür ausgebildet sind, als Patient*innen z. B. für Studienzwecke zu fungieren, im Sinne von Schauspieler*innen.

Problem darstellt, und möchte den Umgang damit lernen. (6) Patient*in kommt aus einer Familie mit Adipositas und glaubt, dass es keine Lösung gibt, da es allein an der Genetik liegt. Nach den Rollenspielen gab es Gruppendiskussionen, um den Student*innen Feedback zu ihrer Kommunikation mit den Patient*innen zu geben [90].

Das RCT ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei den impliziten Gewichtsvorurteilen [IAT: $p > 0,05$] und bei der Empathie der Student*innen [JSPE: $p > 0,05$] im Vergleich zu den Medizinstudent*innen, die nur eine einstündige Einheit zu Adipositasmanagement besuchten. Jedoch wurde bei Frauen (aber nicht bei Männern) eine signifikante Auswirkung der Intervention auf die Veränderung der Empathie [JSPE: $p = 0,04$] am Ende der Studie beobachtet. Ebenso wurde eine statistisch signifikante Reduktion expliziter Gewichtsvorurteile [AAQ: $p = 0,01$] in der Rollenspielgruppe berichtet [79].

Im Gegensatz dazu zeigte die Vorher-Nachher-Studie statistisch signifikante Verbesserungen in allen Subskalen des selbstentwickelten Fragebogens direkt nach dem Rollenspiel:

- **Negative Adipositas-Stereotypen:**
2,31 (SD 0,55) vs. 2,18 (0,57), $p < 0,0001$
- **Empathie für Patient*innen mit Adipositas:**
4,02 (SD 0,54) vs. 4,21 (SD 0,57), $p < 0,0001$
- **Selbstvertrauen bei der klinischen Beratung mit Patient*innen mit Adipositas:** 2,41 (SD 0,67) vs. 3,61 (0,67), $p < 0,0001$

Bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr hatte sich die Subskala negative Adipositas-Stereotypen auf das Ausgangsniveau zurückgebildet und der geringfügige Rückgang der **Stereotypisierung** bei der unmittelbaren Nachuntersuchung war verschwunden [2,31 (SD 0,55) vs. 2,29 (SD 0,62), $p = 0,87$]. Bei den durchschnittlichen Werten der Empathie- und Beratungsskala, die im Vergleich zum Ausgangswert statistisch signifikant blieben, wurden die Verbesserungen jedoch beibehalten [**Empathie:** 4,02 (SD 0,54) vs. 4,15 (SD 0,47), $p < 0,001$; **Beratung:** 2,41 (SD 0,67) vs. 3,39 (SD 0,66), $p < 0,0001$] [90].

Zwei Studien (1 RCT und 1 Vorher-Nachher-Studie) zu **Simulationen bei Medizinstudent*innen** zeigte einen **möglichen positiven Effekt** für stigmatisierende Sprache, jedoch **keine statistisch signifikanten Verbesserungen** in der Haltung der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas.

Weitere zwei Studien (1 RCT und 1 Vorher-Nachher-Studie) untersuchten den Effekt von **Rollenspielen bei Medizinstudent*innen** mit **statistisch signifikanten Verbesserungen** der expliziten Gewichtsvorurteilen, negativer Stereotypen, Empathie und Selbstvertrauen.

1 RCT:
s.s. **Verbesserung der expliziten Gewichtsvorurteile bei allen Teilnehmer*innen & der Empathie gegenüber Pat. mit Adipositas lediglich bei Frauen durch Rollenspiele**

1 Vorher-Nachher-Studie:
s.s. **Verbesserungen hinsichtlich negativer Adipositas-Stereotypen direkt nach den Rollenspielen, der Empathie gegenüber Pat. mit Adipositas und dem Selbstvertrauen der Student*innen direkt bzw. 1 Jahr danach**

Interventionen bei Pflegestudent*innen

Insgesamt sieben Studien untersuchten Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Pflegestudent*innen, darunter zwei RCTs [86, 108], vier Vorher-Nachher-Studien [104], und eine Mixed-Methods-Studie [104]. Die untersuchten Interventionen umfassten Fortbildungen, Simulationen/Rollenspiele und eine Meditation.

7 Studien zu Interventionen bei Pflegestudent*innen

*Wirksamkeit der Fortbildungen bei Pflegestudent*innen*

In einem RCT mit 103 Student*innen wurde eine Weiterbildung zur Reduktion von Gewichtsvorurteilen im Rahmen des Lehrplans analysiert. Zusätzlich beinhaltete der Semesterkurs fallbasierte Szenarios, die die Student*innen motivieren sollten, ihr kritisches Denken gegenüber den Patient*innen zu reflektieren. Die Szenarios wurden in der siebten und zehnten Woche diskutiert [108]. Drei Vorher-Nachher-Studien untersuchten verschiedene Fortbildungen, darunter ein vier-semesteriges bariatrisches Sensibilisierungsprogramm bei 70 Pflegestudent*innen des ersten Studienjahrs [96], ein 15-wöchiges Adipositas sensitivitätsprogramm bei 103 Pflegestudent*innen des dritten und vierten Studienjahrs [94] und ein semesterlanges Gewichtssensitivitätsprogramm bei 125 Pflegestudent*innen des dritten Studienjahrs [99]. Im Rahmen des bariatrischen Sensitivitätsprogrammes wurden sechs kurze Trigger-Filme angesehen, die Negativ-Bespiele von Interaktionen zwischen bariatrischem Pflegepersonal und Patient*innen zeigten. Anschließend wurden die Filme in Gruppen diskutiert und eine „Take-Home-Message“ formuliert [96]. Das Adipositas sensitivitätsprogramm, auf Basis der Lewin's drei-Schritte-Theorie für Veränderungen¹⁸, hatte zum Ziel, das Bewusstsein für Gewichtsvorurteile gegenüber Personen mit Adipositas zu steigern. Den Student*innen wurden dazu unterschiedliche Vignetten zur Begutachtung gegeben. Das erste Vignettenset stellte Frauen mit unterschiedlichem Gewicht dar. Das zweite Set befasste sich mit der Haltung von Pfleger*innen gegenüber Personen mit Adipositas und deren emotionale Reaktionen darauf und das dritte Set diskutierte mögliche Konsequenzen von Stigmatisierung für das Patient*innen-Wohlbefinden [94]. Der Gewichtssensitivitätskurs befasste sich mit der Prävalenz von Adipositas, genetischen Ursachen, negativen Konsequenzen von Gewichtsvorurteilen und Strategien, um diese zu reduzieren. Darüber hinaus wurde ein informatives Video „Weight Bias in Healthcare“ gezeigt. Im Anschluss wurden die Themen in der Gruppe diskutiert [99].

Das RCT zeigte Verbesserungen in der Haltung der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas, sowohl in der Gruppe, die den Kurs zur Reduktion von Gewichtsvorurteilen mithilfe von Patient*innen-Fallbeispielen besuchte [**ATOPS-Vorher-Nachher:** 71,63 (SD 7,30) vs. 83,96 (SD 9,05)], als auch in der Kontrollgruppe, die den Standardkurs zur Reduktion von Gewichtsvorurteilen absolvierte [**ATOPS-Vorher-Nachher:** 74,13 (SD 8,36) vs. 82,43 (SD 7,77)]. Der Unterschied nach den Kursen war jedoch zwischen den beiden Gruppen nicht statistisch signifikant ($p=0,356$). Im Gegensatz dazu, war die Verbesserung hinsichtlich der Glaubenssätze (z. B. Kontrollierbarkeit von Adipositas-Risikofaktoren) zwischen den Gruppen statistisch signifikant [**BAOP-Vorher:** 17,94 (SD 6,22) vs. 19,97 (SD 4,00); **BAOP-Nachher:** 26,68 (SD 7,85) vs. 22,93 (SD 2,80), $p=0,001$] [108].

4 Studien zu Fortbildungen:

**1 RCT (n=103),
3 Vorher-Nachher-Studien (n=70-125)**

**1 RCT:
s.s. Verbesserung der Glaubenssätze gegenüber Pat. mit Adipositas nach Kurs mit Patient*innen-Fallbeispielen, jedoch kein s.s. Unterschied der Haltung gegenüber den Pat.**

¹⁸ Erster Schritt: „Auftauen“ (im Sinne einer Vorbereitung auf eine Veränderung), Erkennen und Ändern negativer Wahrnehmungen, die mit negativem Verhalten einhergehen, das zu dem Problem beiträgt; zweiter Schritt: Bewegen, Umsetzen eines Plans, um anstößige Gedanken und Leistungen zu verhindern (Gruppendiskussionen); dritter Schritt: „Wiedereinfrieren“ (im Sinne einer dauerhaften Umgewöhnung), Erfassen der vorgenommenen Änderungen und deren Einführung als neuer Status quo mit der Entwicklung positiverer Einstellungen.

Die Vorher-Nachher-Studie im Bereich der bariatrischen Chirurgie berichtete eine Verbesserung der Haltung der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas direkt nach dem einsemestrigen bariatrischen Sensitivitätsprogramm. Die Verbesserung war jedoch nur für drei Subskalen statistisch signifikant [**NATOOPS-Charakteristika der Patient*innen**: 574,3 (SD 88,4) vs. 549,7 (SD 88,4), $p=0,02$; **NATOOPS-kontrollierbare Adipositas-Risikofaktoren**: 515,3 (SD 77,5) vs. 452,9 (SD 77,5), $p<0,0001$); **NATOOPS-stereotypische Eigenschaften**: 66,1 (SD 26,5) vs. 61,1 (SD 26,5), $p=0,05$]. Dreißig Tage nach der Intervention war die Verbesserung der Haltung der Student*innen nur mehr bei zwei Subskalen statistisch signifikant [**NATOOPS-kontrollierbare Adipositas-Risikofaktoren**: 515,3 (SD 77,5) vs. 472,7 (SD 77,5), $p<0,001$; **NATOOPS-stereotypische Eigenschaften**: 66,1 (SD 29,7) vs. 56,0 (SD 29,7), $p=0,01$]. Zusätzlich ergab die Studie direkt nach dem Seminar eine statistisch signifikante Verbesserung der Glaubenssätze der Student*innen bezüglich Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas [**BAOP**: 16,4 (SD 5,5) vs. 19,9 (SD 5,5), $p<0,0001$]. Dreißig Tage nach der Intervention war die Verbesserung nicht mehr so groß, aber immer noch statistisch signifikant besser als vor der Intervention [**BAOP**: 16,4 (SD 5,5) vs. 18,2 (SD 5,5), $p=0,01$] [96]. Die zweite Vorher-Nachher-Studie zeigte, dass mehr als die Hälfte der Student*innen vor dem Sensitivitätstraining negative Meinungen über Patient*innen mit Adipositas hatten. Nach Abschluss des 15-wöchigen Adipositasensitivitätsprogramms gaben die Student*innen an, ein neues Bewusstsein dafür gewonnen zu haben, wie gewichtsbezogene Diskriminierung eine Patient*innen-zentrierte Pflege limitiert. Zudem wurde festgestellt, dass die Student*innen aufgeschlossener waren und ihnen nun Kommunikation mit Patient*innen mit Adipositas in Bezug auf ihre gesundheitlichen Bedürfnisse leichter fiel. Die Studierenden engagierten sich auch stärker in der Teamarbeit, insbesondere bei der Förderung einer korrekten Körpermechanik zur Vermeidung von Verletzungen. Diese Ergebnisse spiegelten sich in der statistisch signifikanten Verbesserung ($p<0,00001$) in den fünf **ATOPS-Subskalen** wider [94]. Auch in der dritten Vorher-Nachher-Studie zeigten sich nach einem einsemestrigen Gewichtssensitivitätstraining statistisch signifikante Verbesserungen der Haltung der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas [**ATOPS**: 74,30 (SD 14,61) vs. 84,54 (SD 15,33), $p<0,001$]. Darüber hinaus verbesserten sich auch die Glaubenssätze der Student*innen z. B. hinsichtlich der unkontrollierbaren Ursachen von Adipositas [**BAOP**: 18,25 (SD 6,80) vs. 22,22 (SD 7,87); Kontrollierbarkeit von Adipositas $p>0,001$] [99].

Vier Studien (1 RCT und 3 Vorher-Nachher-Studien) zu **Fortbildungen bei Pflegestudent*innen** zeigten **statistisch signifikante Verbesserungen** der Haltung, jedoch **widersprüchliche** Ergebnisse der Glaubenssätze gegenüber Patient*innen.

*Wirksamkeit der Simulation/Rollenspiele bei Pflegestudent*innen*

Eine Vorher-Nachher-Studie mit 19 Pflegestudent*innen untersuchte den Effekt einer Weiterbildung inklusive simulationsbasierter Erfahrungen. Die Simulation reflektierte einen Patient*innen-Besuch in einer Praxis für Allgemeinmedizin. Von den Pflegestudent*innen wurde anschließend erwartet, dass sie eine Anamnese und eine körperliche Untersuchung durchführten und entsprechend den klinischen Bedürfnissen des/r Patient*in medizinische Maßnahmen verschrieben. Im Anschluss wurden die Schwierigkeiten der Student*innen mithilfe der „Debriefing for Meaningful Learning (DML)“-

3 Vorher-Nachher-Studien:
s.s. Verbesserung der Haltung gegenüber Pat.

ebenfalls
s.s. Verbesserung in Glaubenssätzen in 2 Studien

2 Studien zu Simulationen/Rollenspielen:
1 Vorher-Nachher-Studie (n=19),
1 Mixed-Methods-Studie (n=121)

Methode¹⁹ diskutiert [95]. Weiters untersuchte eine Mixed-Methods-Studie mit 121 Pflegestudent*innen die Effekte von Empathie-Lernaktivitäten in Kombination mit einer Simulationsaktivität basierend auf dem Kolb's 4-Stufenmodell des erfahrungsbasierten Lernens²⁰. Zuerst wurde ein Artikel „Weight Bias in Healthcare: A Guide for Healthcare Providers Working with Individuals Affected by Obesity“ gelesen und Videos zu Gewichtsvorurteilen angesehen. Beides wurde in Folge in der Gruppe diskutiert. Die Simulationsaktivität stellte ein Rollenspiel zwischen einer/m gespielten Patient*in und einer/m Pflegestudent*in in einem Krankenhausraum dar [104].

Die Vorher-Nachher-Studie zeigte keine statistisch signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Haltung der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Weiterbildung mit simulationsbasierten Erfahrungen [ATOPS: 80,57 (SD 14,03) vs. 80,43 (SD 25,53), $p=0,983$]. Ebenso wurden keine statistisch signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Glaubenssätze der Student*innen in Bezug auf Adipositas nach der simulationsbasierten Weiterbildung beobachtet [BAOPS: 23,86 (SD 8,21) vs. 23,71 (SD 8,69), $p=0,980$] [95].

Die Mixed-Methods Studie zeigte ein hohes Niveau an Empathie bei den Student*innen sowohl vor der Weiterbildung inklusive Rollenspiele als auch danach [JSE-Vorher-Nachher: 115,5 (SD 17,7) vs. 115,9 (SD 11,9)]. Statistisch signifikante Unterschiede wurden für die Subskalen **Perspektivenwechsel** [59,9 (SD 6,5) vs. 61,2 (SD 6,2), $p=0,018$], **mitfühlende Betreuung** [45,8 (SD 4,2) vs. 45,4 (SD 5,7), $p=0,0416$] und **„in den Schuhen der Patient*innen stehen“** [9,5 (SD 2,6) vs. 9,4 (SD 2,8), $p=0,041$] identifiziert. Die Nachbesprechung der Intervention ergab, dass die Student*innen eine einfühlsame Kommunikation mit Patient*innen mit Adipositas üben konnten. Manche Student*innen berichteten jedoch, dass die Umsetzung der vorgeschlagenen Kommunikationsstrategien oft schwierig war. Insgesamt fassten die Student*innen zusammen, dass ein geduldiger und entspannter Umgang sehr hilfreich für eine gute Kommunikation sei [104].

1 Vorher-Nachher-Studie:
keine s.s. Verbesserung der Haltung und Glaubenssätze der Student*innen nach den simulationsbasierten Erfahrungen

1 Mixed-Methods-Studie:
s.s. Verbesserung der Empathie-Subskalen Perspektivenwechsel, mitfühlende Betreuung und „aus der Sicht der Pat.“

Simulationen/Rollenspiele bei Pflegestudent*innen wurden in zwei Studien (1 Vorher-Nachher- und 1 Mixed-Methods-Studie) untersucht. Es zeigten sich **statistisch signifikante Verbesserungen** in drei Subskalen von Empathie in der Mixed-Methods-Studie, jedoch keine **statistisch signifikanten Verbesserungen** in der Haltung und Glaubenssätzen gegenüber Patient*innen in der Vorher-Nachher-Studie.

¹⁹ Bei der „Debriefing for Meaningful Learning“-Methode wird ein sechsstufiger Prozess angewandt: engagieren, erkunden, erklären, ausarbeiten, bewerten und erklären. Dieses Modell unterstützt die Entwicklung des klinischen Denkens und Urteilsvermögens zukünftiger Mitarbeiter des Gesundheitswesens durch Diskussion und Reflexion nach der Simulationserfahrung.

²⁰ Erste Phase: Konkrete Erfahrung, der/die Lernende wird mit den untergeordneten Inhalten konfrontiert, wie z. B. Gewichtsvorurteile und die Wissenschaft hinter der Adipositas. Phase der reflektierenden Beobachtung: der/die Lernende reflektiert über den gelehnten Inhalt, betrachtet das Gesamtbild und bewertet die Erfahrung aus verschiedenen Perspektiven. Phase der abstrakten Konzeptualisierung: der/die Lernende analysiert die Konzepte und plant, wie er/sie in konkreten Situationen handeln kann. Phase des aktiven Experimentierens: der/die Lernende wendet seine/ihre Fähigkeiten zum Aufbau von Wissen an.

Wirksamkeit der Meditation bei Pflegestudent*innen

In einem RCT mit 189 Pflegestudent*innen wurde der Effekt einer Meditation für mehr Mitgefühl (loving kindness meditation, LKM) untersucht. Das Skript für die Meditation wurde von der Kristin Neff's LKM (2020), und die Methode von Stell and Farsides (2016) adaptiert. Die Student*innen wurden angehalten, Phrasen wie „Mögest du gesund sein.“ oder „Möge es dir gut gehen.“ an sich selber, an nahestehende Personen, sowie auch an fremde Personen gedanklich zu schicken. Am Ende der Meditation sollten die Student*innen diese Phrasen an eine Frau mit Adipositas schicken [86].

Das RCT ergab eine statistisch signifikante positive Korrelation zwischen Selbstmitgefühl und einer positiven Einstellung gegenüber Personen mit Adipositas, sowohl in der Gruppe, die die zehnmündige Meditation für mehr Mitgefühl durchgeführt hatte ($p < 0,01$), als auch in der Kontrollgruppe, die die Body-Scan-Meditation durchgeführt hatte ($p < 0,01$). Darüber hinaus wurde ein statistisch signifikanter Effekt der Meditation für mehr Mitgefühl für die Subskala „positive, andere wertschätzende Emotionen“ des **mDES** festgestellt ($p < 0,001$), wobei die Interventionsgruppe (9,43, SD 3,41) im Vergleich zur Kontrollgruppe (6,61, SD 3,92) mehr „positive, andere wertschätzende Emotionen“ zeigte. Ein statistisch signifikanter Effekt wurde auch für die Subskala „positive, nicht auf andere bezogene Emotionen“ identifiziert [**mDES**: 14,83 (SD 4,98) vs. 6,61 (SD 3,92), $p < 0,001$]. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen wurden für Gewichtsvorurteile [0,53 (SD 0,43) vs. 0,58 (SD 0,41), $p = 0,36$] und für positivere Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas [75,10 (SD 15,38) vs. 72,91 (SD 17,85), $p = 0,38$] beobachtet [86].

1 RCT (n=189) zu Meditation für mehr Mitgefühl

1 RCT: s.s. Korrelation von Selbstmitgefühl und positiven Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas in IG und KG

keine s.s. Gruppenunterschiede bei Gewichtsvorurteilen und bei positiven Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas

Ein RCT untersuchte **Meditationen für mehr Mitgefühl bei Pflegestudent*innen ohne statistisch signifikanten Gruppenunterschieden** bei Gewichtsvorurteilen und positiven Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas.

Interventionen bei anderen Student*innen im Gesundheitsbereich

Ein NRCT und drei Vorher-Nachher-Studien untersuchten Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Student*innen in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen, darunter Kinesiologie [102], Osteopathie [98] und klinische Psychologie [97]. In einer Vorher-Nachher-Studie wurde der Bereich nicht näher definiert [89]. In allen vier Studien waren die Interventionen ein Kurs bzw. Seminar im Rahmen des Adipositas-Managements. In zwei Studien wurden eintägige Seminare untersucht [97, 102], wohingegen die anderen zwei Studien mehrtägige Fortbildungen analysierten [89, 98]. Im NRCT wurde die Weiterbildung mit Rollenspielen verbunden [102].

4 Studien zu Interventionen bei anderen Student*innen im Gesundheitsbereich, darunter Kinesiologie, Osteopathie und klinische Psychologie

Wirksamkeit der eintägigen Seminare für Student*innen

Das NRCT mit 76 Kinesiologie-Student*innen des dritten und vierten Studienjahrs untersuchte eine eintägige Fortbildung, die mehrere Videosessions und Gruppenaktivitäten inklusive Rollenspiele umfasste. Die Themen der Fortbildung umfassten die Komplexität und die Ursachen von Adipositas, sowie die negativen Effekte eines stigmatisierenden Kommunikationsstils. Das erste Rollenspiel galt als Negativbeispiel, wohingegen das zweite Rollenspiel ein Vorbild für eine stigmatafreie Behandlung zeigte [102]. Eine Vorher-Nachher-Studie mit 45 Student*innen der klinischen Psychologie analysierte ein dreistündiges Gewichtsvorurteilseminar, geführt von einer/m Sozialpsycholog*in. Das Seminar adressierte Überzeugungen über die Kontrollier-

2 Studien zu eintägigen Seminaren für Student*innen: 1 NRCT mit 76 Kinesiologie Student*innen

1 Vorher-Nachher-Studie mit 45 klinische Psychologiestudent*innen

barkeit des Gewichts, negative Einstellungen zum Gewicht und Einstellungen zur Arbeit mit Patient*innen mit Adipositas sowie generelle Mythen zum Thema. So lernten die Teilnehmer*innen zum Beispiel, dass das Gewicht ein schwacher Indikator für Gesundheit ist, dass Diäten für eine langfristige Gewichtsreduktion ineffektiv sind und dass Gewichtsdiskriminierung eine Reihe negativer Konsequenzen hat. Zusätzlich wurden den Teilnehmer*innen gewichtsinklusive Modelle, wie das „Health at Every Size®“ Modell vorgestellt, bei denen es darum geht, gesunde Zugänge zu Essen, Bewegung und anderen Verhaltensänderungen ohne Stigmatisierung und Diskriminierung zu vermitteln. Die dem Seminar zugrunde liegende Theorie ist das Attribution-Wert-Modell. Dieses Modell ermöglicht es, die Mechanismen zu verstehen, die Vorurteilen zugrunde liegen. Folglich können wichtige Mechanismen identifiziert werden, die der Wirksamkeit von Maßnahmen zum Abbau von Vorurteilen zugrunde liegen können [97].

Das NRCT ergab, dass die eintägige Fortbildung in einer Reduktion expliziter Gewichtsvorurteile [**AFAT-Blame**: Vorher-Nachher-1 Monat: 2,79 vs. 2,43, vs. 2,40; **AFAT-Physical**: 2,59 vs. 2,63 vs. 2,53; **AFAT-Social**: 1,72 vs. 1,77 vs. 1,76] im Vergleich zu den Student*innen, die den traditionellen Lehrplan erhielten [**AFAT-Blame**: 2,71 vs. 2,76 vs. 2,67; **AFAT-Physical**: 2,53 vs. 2,62 vs. 2,58; **AFAT-Social**: 1,70 vs. 1,82 vs. 1,83], resultierte. Die Unterschiede waren für die Subskala AFAT-Blame ($p < 0,001$), jedoch nicht für die Subskalen AFAT-Physical ($p = 0,575$) und AFAT-Social ($p = 0,620$) statistisch signifikant. Die Intervention resultierte jedoch in keiner Reduktion der impliziten Gewichtsvorurteile der Student*innen. Ein Vergleich der einmonatigen Nachbeobachtung mit dem Zeitpunkt direkt nach der Intervention unter Verwendung einer allgemeinen linearen Modellanalyse ergab, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verringerung der impliziten Gewichtsverzerrung (**IAT-Werte**) in der Interventionsgruppe 1,66 (95 % KI 0,90-3,06) mal höher, aber nicht statistisch signifikant war ($p = 0,10$), während sie in der Kontrollgruppe 0,57 (95 % KI 0,31-1,04) mal niedriger, aber ebenfalls nicht statistisch signifikant war ($p = 0,07$). Demnach könnte der Standard-Lehrplan (Fokus auf Ernährung/Diäten und Sport) zu einer Steigerung der impliziten Gewichtsvorurteile führen [102].

Die Vorher-Nachher-Studie zeigte, dass die Student*innen eine Woche nach dem eintägigen Seminar schwächere Überzeugungen zur Gewichtskontrolle berichteten [**Weight controllability beliefs Vorher-Nachher**: 4,46 (SD 1,64) vs. 3,39 (SD 1,49)]. Der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant ($p = 0,604$). Ebenso berichteten die Student*innen reduzierte Gewichtsvorurteile eine Woche nach dem Seminar [**AFAT Vorher-Nachher**: 2,36 (SD 1,54) vs. 2,10 (SD 1,18)]. Der Unterschied war jedoch auch nicht statistisch signifikant ($p = 0,072$). Die Auswertung eines anderen Fragebogens ergab ebenso keinen statistisch signifikanten Unterschied der Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas [**Attitudes toward fat clients Vorher-Nachher**: 1,81 (SD 0,81) vs. 1,59 (SD 0,67), $p = 0,118$] [97].

1 NRCT:
keine s.s. Verbesserung der impliziten Gewichtsvorurteile, generelle Reduktion expliziter Gewichtsvorurteile, jedoch nur für ausgewählte Subskalen

1 Vorher-Nachher-Studie:
keine s.s. Verbesserungen bei Überzeugungen zur Gewichtskontrolle, Gewichtsvorurteilen oder Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas

Zwei Studien (1 NRCT und 1 Vorher-Nachher-Studie) untersuchten **eintägige Seminare für Student*innen**. Es gab **keine statistisch signifikanten Verbesserungen** für implizite Vorurteile, bei Überzeugungen zur Gewichtskontrolle, oder Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas. Es gab eine generelle Reduktion der expliziten Gewichtsvorurteilen, jedoch war dieser für die meisten Skalen nicht signifikant.

*Wirksamkeit der mehrwöchigen Seminare für Student*innen*

Eine Vorher-Nachher-Studie mit 718 Osteopathie-Student*innen untersuchte einen umfassenden Lehrplan, der das Wissen über Adipositas verbessern sollte. Das erste Jahr der Osteopathie-Student*innen umfasste die Adipositas-Themen Epidemiologie, Krankheitsverlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Im zweiten Studienjahr kamen Unterrichtseinheiten über die Wechselwirkung zwischen Adipositas, Stoffwechselanomalien und Umweltveränderungen hinzu. Darüber hinaus wurde ein spezieller osteopathischer Ansatz zur Behandlung von Adipositas gelehrt. Im dritten Studienjahr wurden virtuelle Patient*innen-Fälle präsentiert, die adipositasbezogene Themen in den Bereichen Familienmedizin, Innere Medizin, Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie und Chirurgie behandelten. Zusätzlich mussten die Student*innen verschiedene Leitlinien über Adipositas, gesunde Ernährung bei Kindern und das metabolische Syndrom lesen [98]. In einer weiteren Vorher-Nachher-Studie mit 124 Student*innen wurden Unterrichtseinheiten (3h/Woche) über 12 Wochen zum Thema Ernährung und Reduktion von Gewichtsstigmatisierung analysiert. Im Detail wurden die nicht ernährungsbedingten Ursachen von Adipositas, häufige Verhaltensweisen gegenüber Personen mit Übergewicht oder Adipositas, der Einfluss der Medien, die Konsequenzen von Gewichtsstigmatisierung und die Wichtigkeit alternativer Ansätze wie das „Health At Every Size“-Modell behandelt. Die Einheiten beinhalteten zusätzliche Gruppendiskussionen, Lernspiele (z. B. Ernährungs-Bingo), das Entschlüsseln von Beiträgen in Sozialen Medien und verschiedene Präsentationen zum Thema Adipositas. Die Seminare stützten sich einerseits auf die Attributionstheorie, die sich mit der Frage beschäftigt, inwieweit Menschen Personen mit Übergewicht oder Adipositas für ihr Gewicht verantwortlich machen. Zum anderen wurde die sozial-kognitive Theorie herangezogen. Demnach lernt jede/r Einzelne durch die Beobachtung von Interaktionen und Erfahrungen anderer Menschen und orientiert sein Verhalten an anderen Personen in seinem Umfeld [89].

Die erste Vorher-Nachher-Studie ergab, dass ein umfassender adipositaspezifischer Lehrplan zu einer Reduktion der Vorurteile gegenüber Adipositas führen und die Student*innen besser für die Behandlung von Patient*innen mit Adipositas vorbereiten kann [FPS Jahrgang 2015: 3,65 (SE 0,04) vs. 3,47 (SE 0,05), $p < 0,01$; Jahrgang 2016: 3,76 (SE 0,04) vs. 3,38 (SE 0,05), $p < 0,01$; Jahrgang 2017: 3,57 (SE 0,04) vs. 3,34 (SE 0,04), $p < 0,01$; Jahrgang 2018: 3,61 (SE 0,04) vs. 3,37 (0,04), $p < 0,01$] [98]. Die zweite Vorher-Nachher-Studie zeigte eine statistisch signifikante Reduktion der negativen Einstellungen gegenüber Personen mit Adipositas [AFAT Vorher-Nachher: 47,0 (SD 17,49) vs. 43,10 (SD 16,79), $p < 0,001$] bei den Student*innen, die den 12-wöchigen Kurs besuchten. Die Ergebnisse des Fragebogens zu den Stereotypen über Personen mit Adipositas zeigten keine statistisch signifikante Reduktion durch die Fortbildung (FSQ: $p > 0,05$), es verbesserte sich jedoch die Trefferquote beim Ernährungswissen um 14 % (SD 9,47). Die stärksten Verbesserungen wurden für die Subskala „Verbindung von Diät und Gesundheit“ um 23 % ($p < 0,001$), „Diätempfehlungen“ um 20 % ($p < 0,001$) und „Nahrungsquelle für Nährstoffe“ um 19 % ($p < 0,001$) identifiziert [89].

2 Vorher-Nachher-Studien zu mehrwöchigen Seminaren für Student*innen (n=124-718)

1 Vorher-Nachher-Studie: s.s. Reduktion der Vorurteile gegenüber Adipositas

1 Vorher-Nachher-Studie: s.s. Reduktion der negativen Einstellungen,

keine s.s. Reduktion der Stereotypen über Personen mit Adipositas

Mehrwöchige Seminare für Student*innen wurden in zwei Vorher-Nachher-Studien untersucht. Es zeigte sich eine **statistisch signifikante Reduktion** der Vorurteile und negativen Einstellungen gegenüber Adipositas, jedoch **keine statistisch signifikante Reduktion** der Stereotypen über Personen mit Adipositas.

Tabelle A1-20, Tabelle A1-22, Tabelle A1-23 bis Tabelle A1-27 im Appendix bieten einen detaillierteren Überblick über die Studienergebnisse zur Wirksamkeit der Interventionen bei Student*innen im Gesundheitsbereich.

Interventionen bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas

Insgesamt fünf Studien, darunter drei RCTs [80, 85, 87], eine Mixed-Methods-Studie [100] und eine qualitative Studie [105], untersuchten Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas. Ein RCT gab an, dass die Teilnehmer*innen in Behandlung bei Allgemeinmediziner*innen waren [87]. Die untersuchten Interventionen in den Studien umfassten drei Kategorien, darunter verschiedene Gruppenprogramme, unterstützte Selbsthilfekurse und informative Videos.

5 Studien zu Interventionen bei Personen mit Übergewicht und Adipositas

Wirksamkeit der Gruppenkurse für Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas

Drei Studien untersuchten den Effekt von Gruppenprogrammen bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas. Ein RCT mit 61 Patient*innen untersuchte ein Gruppenprogramm namens „Body-Project“, welches eine Stunde pro Woche über vier Wochen stattfand. Das Programm wurde zusätzlich zu Standardbehandlungen zur Gewichtsreduktion angeboten. Vor Beginn des Programms mussten die Teilnehmer*innen ein Trainingsvideo online absolvieren [80]. Ein anderes RCT mit 105 Patient*innen untersuchte ein verhaltensbasiertes Gewichtsreduktionsprogramm in Kombination mit dem „Weight Bias Internalisation and Stigma Programme“. Dabei handelte es sich um 90-minütige Gruppentreffen, die von einer/m klinischen Psycholog*in, einer/m Psycholog*in (postdoc) oder einer/m registrierten Diätolog*in geleitet wurden. Das Programm umfasste 20 wöchentliche Einheiten, gefolgt von monatlichen Einheiten für sechs Monate und danach alle zwei Monate für weitere drei Monate. Acht bis zwölf Teilnehmer*innen bildeten eine Gruppe. Im ersten Monat wurden verhaltensbasierten Standardmaßnahmen zur Gewichtsreduktion vermittelt. Ab der fünften Woche wurden gewichtsstigmatisierende Elemente, wie z. B. Psychoedukation, das Aufheben von Mythen, Coping-Strategien, Stärkung des Selbstvertrauens und der -akzeptanz und Reduktion der Selbstkritik eingeführt [87]. Wie bereits bei den Studien zu den Medizinstudent*innen beschrieben, beschäftigte sich eine qualitative Studie mit „Narrative Medizin²¹“-Workshops, die Medizinstudent*innen gemeinsam mit Personen mit Adipositas, die bereits Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen erlebten, besuchten. Der Workshop umfasste wöchentliche zweistündige Treffen über fünf Wochen. Für jede Einheit wurden Texte, die sich mit Erfahrungen von Personen mit Adipositas auseinandersetzten, herangezogen. Alle Teilnehmer*innen mussten die eigenen Gedanken zu den Texten verschriftlichen. Folglich wurden die Gedanken der Teilnehmer*innen in der Gruppe vorgelesen und diskutiert [105].

3 Studien zu Gruppenprogrammen bei Patient*innen mit Übergewicht und Adipositas:

**2 RCTs (n=61-105)
1 qualitative Studie mit 2 Betroffenen**

²¹ Die narrative Medizin ist ein Bereich, der sich damit beschäftigt, Kliniker*innen die narrative Kompetenz zu vermitteln, die Geschichten von Krankheiten zu erkennen, aufzunehmen, zu interpretieren und sich von ihnen bewegen zu lassen.

Das erste RCT berichtete, dass die Patient*innen, die das „Body-Project“-Programm zusätzlich zu den Standard-Gewichtsreduktionsempfehlungen bekamen, im Vergleich zu den Patient*innen, die nur die Standardempfehlungen bekamen, einen Monat nach der Intervention weniger unzufrieden mit ihrem Körper waren [BSQ: 22,6 (SD 20,1) vs. 16,27 (SD 15,1), Effektgröße 0,35 (95 % KI -0,23 – 0,94)], weniger internalisierte Gewichtsvorurteile [WBIS: 12,4 (SD 20,5) vs. 3,17 (SD 22,5), Effektgröße 0,43 (95 % KI -0,16 – 1,02)] und eine verbesserte Körperwahrnehmung [BAS: 19,4 (SD 22,1) vs. 8,1 (SD 11,6), Effektgröße 0,63 (95 % KI 0,03 – 1,23)] hatten [80]. Das zweite RCT zeigte, dass das „Weight Bias Internalisation and Stigma Programme“ zusätzlich zu dem verhaltensbasierten Gewichtsreduktionsprogramm in keiner statistisch signifikanten Verbesserung der internalisierten Gewichtsvorurteile der Teilnehmer*innen nach 72 Wochen resultierte (WBIS: durchschnittliche Differenz -0,21, $p=0,30$). Im Gegensatz dazu wurden mit einem anderen Fragebogen statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der internalisierten Gewichtsvorurteile nach 46 Wochen (WSSQ: durchschnittliche Differenz -3,02, $p=0,05$) und beinahe signifikante Unterschiede nach 72 Wochen (WSSQ: durchschnittliche Differenz -2,97, $p=0,06$) beobachtet. Zusätzlich wurde eine statistisch signifikant größere Reduktion der Angst vor Stigmatisierung in der Gruppe, die das „Weight Stigma“-Programm besuchte, nach 46 Wochen identifiziert (WSSQ Subskala: $p=0,046$). Hinsichtlich der erhobenen Lebensqualität zeigten die Subskalen für physische Funktionsfähigkeit, Selbstwertgefühl und Sexualität nach 46 und 72 Wochen statistisch signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Interventionsgruppe statistisch signifikant mehr lernte, besser mit Gewichtsstigmatisierung umzugehen (gelernte Fähigkeiten: $p=0,008$; eingesetzte Fähigkeiten: $p=0,001$) [87].

Die Fokusgruppen-Ergebnisse der qualitativen Studie zu dem „Narrative Medizin“-Workshop resultierte für die zwei teilnehmenden Patient*innen in einer verbesserten Wertschätzung von Seiten der teilnehmenden Student*innen. Ein/e Teilnehmer*in gab an: „... *Es war herzerwärmend für mich, dass die Student*innen mir gegenüber so einfühlsam und aufgeschlossen waren. Ich hatte das Gefühl, dass sie meinen Schmerz spürten und für uns da sind*“. Die zweite Teilnehmerin fasste zusammen, dass sie sich zutiefst zufrieden fühlte, als sie eine neue Metapher fand, die ihr half, die Erfahrung, wegen ihres Gewichts diskriminiert zu werden, zu vermitteln [105].

Gruppenkurse für Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas wurden in insgesamt drei Studien (2 RCTs und 1 qualitative Studie) untersucht. Es gab **statistisch signifikante Reduktionen** der Angst vor Stigmatisierung und **Verbesserungen** der Lebensqualität und Umgang mit Gewichtsstigmatisierung. Ergebnisse zu internalisierten Gewichtsvorurteilen waren **uneindeutig**.

1 RCT:
Reduktion der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper

1 RCT:
s.s. Verbesserung der internalisierten Gewichtsvorurteile nur in 1/2 Fragebögen; s.s. Reduktion der Angst vor Stigmatisierung und s.s. Verbesserungen der Lebensqualität und Umgang mit Gewichtsstigmatisierung

qualitative Studie:
verbesserte Wertschätzung

Wirksamkeit des unterstützten Selbsthilfekurses bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas

Ein RCT mit 55 Patient*innen untersuchte einen unterstützten Selbsthilfekurs, in dem die Teilnehmer*innen innerhalb von acht Wochen das Buch „The Diet Trap“ von Lillis 2014 lesen sollten. Bei diesem handelt es sich um ein Selbsthilfebuch, das verschiedene Skills der Akzeptanz- und Kommitment-Therapie²² vermitteln, und dadurch Selbststigma reduzieren, sowie die Motivation für die eigene Gesundheit und Lebensqualität steigern, soll. Jedes Kapitel des Buches umfasste spezifische Journaling-Aufgaben. Diese Selbsthilfe-Aufgaben wurden einerseits durch wöchentliche Erinnerungsmails und unterstützenden Texten oder durch E-Mails plus zusätzliche wöchentliche telefonische Coaching-Sessions unterstützt. Die Coaching-Sessions hatten zusätzlich das Ziel, die Adhärenz und die Motivation der Teilnehmer*innen zu steigern und Fragen zu klären[85].

Das RCT zeigte statistisch signifikante Verbesserungen der internalisierten Gewichtsvorurteile bei den Patient*innen, die den Akzeptanz- und Kommitment-Therapie-basierten Selbsthilfekurs, unterstützt durch E-Mails und telefonischen Coaching-Sessions absolvierten [WSSQ Vorher-Nachher: 43,94 (SD 6,36) vs. 32,42 (SD 9,72), $p < 0,001$] und bei den Patient*innen, die den E-Mail unterstützten Selbsthilfekurs machten [WSSQ Vorher-Nachher: 44,90 (SD 5,87) vs. 36,25 (SD 10,03) $p < 0,001$]. Die Verbesserung der Selbststigmatisierung war im Vergleich zu den Patient*innen der Warteliste statistisch signifikant [Telefonunterstützung: $p < 0,01$; E-Mail-Unterstützung: $p < 0,05$]. Zusätzlich ergab das RCT eine Verbesserung der psychischen Flexibilität mit gewichtsbezogenen Bedenken in der Telefongruppe [AAQW Vorher-Nachher: 95,88 (SD 14,68) vs. 61,42 (SD 16,22), $p < 0,001$] und der E-Mail-Gruppe [AAQW Vorher-Nachher: 94,45 (SD 17,78) vs. 67,92 (SD 22,32), $p < 0,001$], sowie einen statistisch signifikanten Unterschied zur Warteliste-Kontrollgruppe [Telefonunterstützung: $p < 0,001$; E-Mail-Unterstützung: $p < 0,01$]. Die allgemeine psychische Flexibilität der Patient*innen hat sich jedoch nicht verbessert [85].

1 RCT zu unterstützen Selbsthilfekurs bei Patient*innen (n=55)

**1 RCT:
s.s. Verbesserung internalisierter Gewichtsvorurteile und psychologischer Flexibilität bei gewichtsbezogenen Bedenken**

Unterstützte Selbsthilfekurse bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas wurden in einem RCT untersucht. Es gab statistisch signifikante Verbesserung der internalisierter Gewichtsvorurteile und psychologischer Flexibilität bei gewichtsbezogenen Bedenken.

²² Die Akzeptanz- und Kommitment-Therapie (ACT) ist ein transdiagnostischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz, der darauf abzielt, Menschen zu vermitteln, emotionalen Problemen mit Achtsamkeit und Mitgefühl offen zu begegnen und gleichzeitig in ihrem Leben das zu verfolgen, was ihnen wirklich am Herzen liegt.

Wirksamkeit der informativen Videos bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas

In einer Mixed-Methods-Studie bekamen 61 Patient*innen zwei Videos zu sehen. Im ersten Video wurden traditionelle „Iss weniger und bewege dich mehr“-Ansätze gezeigt. Im zweiten Video wurden drei Charaktere gezeigt, die veranschaulichen, dass Adipositas eine Erkrankung ist: der „Gate-Keeper“ (homöostatisches System: Selbstregulation) signalisiert bei Gewichtsverlust zur vermehrten Nahrungsaufnahme, der „Go-Getter“ (hedonisches System: intrinsische und extrinsische Motivation) lernt Assoziationen und führt zu Cravings und der „Sleepy Executive“ (exekutives System: Kontrolle der eigenen Gedanken) muss bei Cravings dagegenhalten. Zusätzlich präsentierte das Video Adipositas als eine chronische Erkrankung, für welche es effektive Behandlungsoptionen gibt [100].

Die Mixed-Methods-Studie ergab, dass die angepassten Videos im Vergleich zum Standard-Gewichtsreduktions-Video in einer statistisch signifikanten Reduktion der internalisierten Gewichtsvorurteile bei den Patient*innen resultierten [**WBIS**: 4,49 vs. 3,36, $p < 0,001$; **WBIS-Sorgen**: 5,72 vs. 4,35, $p < 0,001$; **WBIS-Selbstabwertung**: 3,32 vs. 2,56, $p < 0,001$]. Zusätzlich führten die adaptierten Videos aus Sicht der Patient*innen zu einer verbesserten Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen [**PHCPCS**: 2,65 vs. 4,20, $p < 0,001$; **PHCPCS-Kommunikationsqualität**: 2,63 vs. 4,22, $p < 0,001$; **PHCPCS-Negative Kommunikation**: 3,25 vs. 1,89, $p < 0,001$]. Die qualitative Analyse der 82 Patient*innen-Kommentare zu den Videos umfassten größtenteils positive Rückmeldungen zum adaptierten Video. Ein/e Patient*in berichtete beispielsweise: „Ich fand das Video [Kerngeschichte] großartig. Es nimmt der Person mit Adipositas die Schuld ab und legt den Gesundheitszustand ohne Vorurteile oder Stigma dar“. Nichtsdestotrotz gab es auch negative Kommentare über die Beziehung zu den Ärzt*innen, sowie Kommentare zu externalisierten und internalisierten Vorurteilen [100].

1 Mixed-Methods-Studie zu informativen Videos bei Patient*innen (n=61)

1 Mixed-Methods-Studie: s.s. Reduktion internalisierter Gewichtsvorurteile, verbesserte Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen (Patient*innensicht)

positive Rückmeldungen

Eine Mixed-Methods-Studie mit **informativen Videos bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas** zeigte eine **statistisch signifikante Reduktion** internalisierter Gewichtsvorurteile und **verbesserte signifikant** die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen mit Adipositas, aus der Sicht der Patient*innen.

Tabelle 4-2 präsentiert die quantitativen Ergebnisse dieses Berichts im Überblick. Zur besseren Verständlichkeit der Tabelle wird die Legende bereits vorab abgebildet:






-  statistisch signifikante Verbesserung des Endpunktes zwischen den Studiengruppen (kontrollierte Studien) bzw. im Vorher-Nachher-Vergleich (unkontrollierte Studien)
-  keine statistisch signifikante Verbesserung des Endpunktes zwischen den Studiengruppen bzw. im Vorher-Nachher-Vergleich
-  Hinweis für eine Verbesserung ohne Testung der Signifikanz
-  Intervention wurde in der Literatur (Kapitel 4.1) genannt/empfohlen.
-  Intervention wurde in der Literatur (Kapitel 4.1) NICHT genannt

Tabelle 1-21, Tabelle A1-26 und Tabelle A1-27 im Appendix bieten einen detaillierteren Überblick über die Studienergebnisse zur Wirksamkeit der Interventionen bei Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas.

Tabelle 4-2: Übersicht zu den quantitativen Ergebnissen

Gesundheitspersonal und Student*innen im Gesundheitsbereich						
Untersuchte Intervention	Zielgruppe	Kontrolle	Studiendesign (n), Land [Referenz]	Endpunkt und Messzeitpunkt	Effekt	Quelle
Mehrtägige/-wöchige Weiterbildung						
Semesterkurs mit Patient*innen-Fallbeispielen		Standardkurs zur Reduktion von Gewichtsvorurteilen	RCT (n=103), USA [108]	Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↓	☑
				Glaubenssätze gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↑	☑
Adipositas sensitivitätsprogramm	Pflegerstudent*innen	NA	Vorher-Nachher-Studie (n=103), USA [94]	Glaubenssätze gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↑	☑
		NA	Vorher-Nachher-Studie (n=125), USA [99]	Haltung und Glaubenssätze gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↑	☑
	Pflegerstudent*innen im Bereich der Bariatrie	NA	Vorher-Nachher-Studie (n=70), USA [96]	Glaubenssätze gegenüber den Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas nach der Intervention und nach 30 Tagen	↑	☑
				Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas (Charakteristika der Patient*innen) nach der Intervention Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas (kontrollierbaren Adipositas-Risikofaktoren und stereotypischer Eigenschaften) nach der Intervention und nach 30 Tagen		
Angepasster Lehrplan inklusive dem Thema Gewichtsstigmatisierung (z. B. Vorstellen des gewichtsneutraler Ansätze)	Osteopathie-Student*innen	NA	Vorher-Nachher-Studie (n=718), USA [98]	Vorurteile gegenüber Patient*innen mit Adipositas der Student*innen und Vorbereitung für deren Behandlung nach der Intervention	↑	☑
	Student*innen im Gesundheitsbereich	NA	Vorher-Nachher-Studie (n=124), Australien [89]	Negative Einstellungen gegenüber Patient*innen mit Adipositas der Student*innen nach der Intervention	↑	☑
				Stereotypen der Student*innen über Personen mit Adipositas nach der Intervention	↓	☑
Eintägiges Seminar/Kurs						
5A-(Online)-Kurs	Allgemein-mediziner*innen	Behandlung nach Standardprotokoll	RCT (n=50), Deutschland [84]	Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation nach 6 und 12 Monaten	↓	☑
				Internalisierte Gewichtsvorurteile der Patient*innen nach 6 Monaten	↑	☑
	Ärzt*innen in Facharzt Ausbildung	NA	Mixed-Methods-Studie (n=61), Kanada [107]	Glaubenssätze gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↑	☑
				Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↓	☑
Medizin student*innen	NA	Vorher-Nachher-Studie (n=103), USA [93]	Explizite Gewichtsvorurteile bei den Student*innen nach der Intervention	↑	☑	
Interaktives Seminar zu Gewichtsstigmatisierung im Bereich Bariatrie (inkl. „People-First Language“-Ansatz)	Physio-therapeut*innen	Online-Gruppe übermittelte Fragebögen ohne Seminar zu besuchen	NRCT (n=27), Kanada [88]	Glaubenssätze gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↑	☑
				Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↓	☑

Gesundheitspersonal und Student*innen im Gesundheitsbereich						
Untersuchte Intervention	Zielgruppe	Kontrolle	Studiendesign (n), Land [Referenz]	Endpunkt und Messzeitpunkt	Effekt	Quelle
Adipositasweiterbildung mit Vorträgen zu Gewichtsstigmatisierung (z. B. zum Health at Every Size® Modell)	Medizinstudent*innen	Standardlehrplan	RCT (n=101), USA [83]	Implizite und explizite Gewichtsvorurteile der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↓	☑
		Drei Standard-Unterrichtseinheiten	NRCT (n=45), USA [103]	Implizite und explizite Gewichtsvorurteile bei den Student*innen nach der Intervention	↓	☑
	Student*innen der klinischen Psychologie	NA	Vorher-Nachher-Studie (n=45), USA [97]	Überzeugungen zur Gewichtskontrolle, (fettfeindliche) Einstellungen der Student*innen gegenüber Patient*innen eine Woche nach der Intervention	↓	☑
Informative Videos						
Videos zu Best-Practice-Beispielen zur Kommunikation mit Patient*innen	Pflegekräfte, Ärzt*innen	Patient*innen, die keine Videos anschauten	RCT (n=298), Deutschland [82]	Gewichtsvorurteile nach der Intervention	↓	☑
Videos mit Negativ-Beispielen zur Kommunikation mit Patient*innen	Registrierte Diätolog*innen	Kontrollvideos mit Fokus auf kontrollierbare Adipositasursachen und Diäten	RCT (n=147), USA [106]	Explizite und implizite Gewichtsvorurteile nach der Intervention	↓	☑
Simulationen						
Gewichtszug (in Kombination mit einem 5A-Kurs)	Ärzt*innen in Facharzt Ausbildung	NA	Mixed-Methods-Studie (n=61), Kanada [107]	Empathie gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	←	!
Behandlungsgespräch mit Virtual Reality	Medizinstudent*innen	Kontrollgruppe, die lediglich einen Artikel las	RCT (n=119), USA [81]	Gesprächsdauer mit Patient*innen ²³ nach der Intervention	↓	!
				Wahrscheinlichkeit für stigmatisierende Sprache gegenüber Patient*innen mit verhaltensbasierten und genetischen Adipositasursachen nach der Intervention	↓	!
Gewichtszug im Rahmen eines Semesterkurses		NA	Vorher-Nachher-Studie (n=79), Schweiz [92]	Haltung gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↓	!
Rollenspiele						
Dramatisches Lesen eines Skripts mit anschließender Gruppendiskussion	Medizinstudent*innen	Einstündige Einheit zu Adipositasmanagement	RCT (n=129), USA [79]	Implizite Gewichtsvorurteile der Student*innen und Empathie gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↓	!
				Explizite Gewichtsvorurteile der Student*innen nach der Intervention	↑	!
Kommunikationsseminar mit Rollenspielen		NA	Vorher-Nachher-Studie (n=127), USA [90]	Negative Adipositas-Stereotypen, Empathie gegenüber Patient*innen mit Adipositas und Selbstvertrauen bei der Behandlung der Patient*innen nach der Intervention	↑	!
Simulation eines Patient*innenbesuchs in einer Praxis für Allgemeinmedizin	Pflegestudent*innen	NA	Vorher-Nachher-Studie (n=19), USA [95]	Haltung und Glaubenssätze der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach der Intervention	↓	!

²³ Jedoch Korrelation: höherer BMI – kürzere Gesprächsdauer.

Gesundheitspersonal und Student*innen im Gesundheitsbereich						
Untersuchte Intervention	Zielgruppe	Kontrolle	Studiendesign (n), Land [Referenz]	Endpunkt und Messzeitpunkt	Effekt	Quelle
Rollenspiel zwischen einer/m gespielten Patient*in und einer/m Pflegestudent*in in einem Krankenhausraum		NA	Mixed-Methods-Studie (n=121), USA [104]	Empathie der Student*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas (Perspektivenwechsel, einfühlsame Betreuung, sich in die Patient*innen hineinversetzen können)	↑	!
Rollenspiele (im Rahmen einer eintägigen Fortbildung)	Kinesiologie-Student*innen	Traditioneller Lehrplan ohne eintägige Veranstaltung mit Rollenspielen	NRCT (n=76), USA [102]	Explizite Gewichtsvorurteile (Subskala Schuld) der Student*innen nach der Intervention	↑	!
				Implizite Gewichtsvorurteile der Student*innen nach der Intervention	↓	!
Meditation						
Meditation für mehr Mitgefühl	Pflegestudent*innen	Body-Scan Meditation	RCT (n=189), USA [86]	Positive wertschätzende Emotionen gegenüber Personen mit Adipositas nach Intervention	↑	!
				Gewichtsvorurteile und positivere Einstellung gegenüber Patient*innen mit Adipositas	↓	!
Mehrtägige/-wöchige Gruppenkurse/-programme						
Body-Project + Standardempfehlungen	Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas	Standard-Gewichtsreduktionsempfehlungen	RCT (n=61), USA [80]	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und verbesserte Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bei den Patient*innen einen Monat nach der Intervention	↑	☑
Weight Bias Internalisation and Stigma Programm + verhaltensbasiertes Gewichtsreduktionsprogramm	Patient*innen mit Adipositas	Verhaltensbasiertes Gewichtsreduktionsprogramm	RCT (n=105), USA [87]	Internalisierte Gewichtsvorurteile und Angst vor Stigmatisierung bei den Patient*innen nach 46 Wochen	↑	☑
				Internalisierte Gewichtsvorurteile bei den Patient*innen nach 72 Wochen	↓	☑
Selbsthilfekurs						
Unterstützter Selbsthilfekurs (E-Mail bzw. E-Mail + Coaching-Sessions)	Patient*innen mit Adipositas	Warteliste	RCT (n=55), USA [85]	Internalisierte Gewichtsvorurteile und psychische Flexibilität hinsichtlich gewichtsbezogener Bedenken der Patient*innen nach der Intervention	↑	!
				Allgemeine psychische Flexibilität der Patient*innen nach der Intervention	↓	!
Informative Videos						
Informative Videos inklusive dem Thema Gewichtsstigmatisierung	Patient*innen mit Adipositas	-	Mixed-Methods-Studie (n=61), Kanada [100]	Internalisierte Gewichtsvorurteile (allgemein, Sorgen, Selbstabwertung) bei den Patient*innen nach der Intervention	↑	!
				Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation aus Sicht der Patient*innen (allgemein, Kommunikationsqualität, negative Kommunikation) nach der Intervention	↑	!

Abkürzungen: NA – not available (nicht vorhanden), NRCT – nicht-randomisierte Kontrollstudie, RCT – randomisierte Kontrollstudie, USA – United States of America

Legende:

↑ statistisch signifikante Verbesserung des Endpunktes zwischen den Studiengruppen (kontrollierte Studien) bzw. im Vorher-Nachher-Vergleich (unkontrollierte Studien)

↓ keine statistisch signifikante Verbesserung des Endpunktes zwischen den Studiengruppen bzw. im Vorher-Nachher-Vergleich

☐ Hinweis für eine Verbesserung ohne Testung der Signifikanz ☑ Intervention wurde in der Literatur (Kapitel 4.1) genannt/empfohlen. ! Intervention wurde in der Literatur (Kapitel 4.1) NICHT genannt

5 Diskussion

Gewichtsstigmatisierung hat gravierende Auswirkungen und wird schon jahrzehntelang untersucht. Studien zeigen, dass Gesundheitspersonal aus verschiedenen Bereichen und schon in der Ausbildungsphase über implizite und explizite Gewichtsvorurteile verfügt, sowie negative Einstellungen zu Personen mit Übergewicht oder Adipositas hat. Dabei erlebt ein Großteil der Personen mit Übergewicht oder Adipositas Gewichtsstigmatisierung, am häufigsten im Gesundheitsbereich. Diese zeichnet sich in der Art des interpersonellen Umgangs, dem Fokus der Versorgung, sowie auch in der Gestaltung der physischen Umgebung ab. In Folge nehmen Patient*innen medizinische Versorgung häufig verzögert oder gar nicht wahr, was durch Angst vor Diskriminierung und den Vertrauensverlust in das Gesundheitspersonal verstärkt wird. Zudem können unterschiedliche Behandlungsstandards gegenüber Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas in einer unzureichenden medizinischen Versorgung resultieren, die auch mit höheren, oft vermeidbaren Gesundheitskosten einhergehen. Generell hat Gewichtsstigmatisierung körperliche und psychische Belastungen zur Folge. Einerseits kann das Vermeidungsverhalten von Betroffenen ungesunde Verhaltensweisen fördern. Andererseits können durch verzögerte Diagnosen chronische (Folge-)Erkrankungen erst spät behandelt werden. Zudem leiden Betroffene vermehrt unter Stress, Schuld- und Schamgefühlen, was häufig einen sozialen Rückzug begünstigt und folglich wiederum zu schlechterer physischer und psychischer Gesundheit, häufigeren Krankschreibungen oder verringerter Arbeitsfähigkeit führen kann.

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel des vorliegenden Berichts, Empfehlungen zu Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen zu identifizieren und die Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen systematisch aufzuarbeiten.

Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitsbereich häufig

physische und psychische Konsequenzen bei Personen mit Übergewicht oder Adipositas

Berichtsziel: Empfehlungen und Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigma im Gesundheitswesen

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurden 13 Leitlinienpapiere [52, 54, 60-70] und 13 Übersichtsarbeiten [19, 21, 27, 33, 47, 71-78] berücksichtigt, die Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen empfehlen. Für die zweite Forschungsfrage zur Wirksamkeit von Interventionen wurden 30 Studien einbezogen, darunter elf RCTs [79-87], drei NRCTs [88], elf Vorher-Nachher-Studien [89-99], drei Mixed-Methods-Studien [100] und zwei qualitative Studien [101].

Im Folgenden werden zuerst die in Tabelle 4-2 zusammenfassend dargestellten Interventionen sowie deren Evidenz zur Wirksamkeit kurz beschrieben und jeweils genannt, ob diese empfohlen wurden. Anschließend werden weitere Empfehlungen dargelegt, deren Wirksamkeit bisher nicht untersucht wurde.

26 Quellen für FF1 und 30 Studien für FF2 eingeschlossen

Maßnahmen für das Gesundheitspersonal und Student*innen

Bei den Maßnahmen für das Gesundheitspersonal wurden informative Videos, eintägige Kurse, mehrtägige bzw. mehrwöchige Weiterbildungen, Simulationen, Rollenspiele und Mediationen als Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung untersucht.

Zu den am häufigsten untersuchten Interventionen gehören die **mehrtägigen bzw. mehrwöchigen Weiterbildungen**. Diese fallen in die Gruppe jener Interventionen mit den stärksten Hinweisen für einen positiven Effekt hinsichtlich Gewichtsstigmatisierung. Verbesserung zeigten sich bei den **Glaubenssätzen** und **Vorurteilen** gegenüber Patient*innen mit Adipositas, sowie bei der **Vorbereitung auf die Behandlung**. Verbesserungen der **Stereotypen** waren ebenfalls vorhanden, aber nicht statistisch signifikant. Die Ergebnisse zur **Haltung** gegenüber Patient*innen mit Adipositas waren hingegen widersprüchlich. Einschränkend ist, dass die Mehrzahl der Studien Vorher-Nachher-Studien ohne Vergleichsgruppen und ohne längere Nachbeobachtung waren, sodass nicht abschließend beurteilt werden kann, ob der Effekt ursächlich mit der Intervention zusammenhängt und nachhaltig ist. Übereinstimmend mit der Literatur zur Wirksamkeit empfehlen auch die Leitlinienpapiere und Übersichtsarbeiten mehrtägige bzw. mehrwöchige Kurse als Strategie zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen.

Eine weitere mehrfach untersuchte Strategie sind **eintägige Kurse**. Nachdem Mediziner*innen bzw. solche in Ausbildung und Angehörige einiger weiterer Gesundheitsberufe einen solchen Kurs absolvierten, konnte eine statistisch signifikante Verbesserung der **internalisierten Gewichtsvorurteile** bei Patient*innen, der **Glaubenssätze** und (bei einzelnen Zielgruppen) der **expliziten Gewichtsvorurteile** beobachtet werden. Die eintägigen Seminare führten jedoch zu keiner statistisch signifikanten Verbesserung der **impliziten Gewichtsvorurteile**, der **Haltung**, der **Kommunikation** und der **stigmatisierenden Einstellungen**. Im Gegensatz zu den Studien zu längeren Weiterbildungen wurde beim Großteil dieser Studien die Intervention mit einer Kontrollgruppe verglichen. Der Effekt kann also mit größerer Sicherheit der Intervention zugeordnet werden. Ob die Maßnahmen nachhaltig sind, ist aufgrund fehlender Nachbeobachtung in den meisten der Studien auch hier unklar. Die Leitlinienpapieren und/oder Übersichtsarbeiten empfehlen solche Kurse, wobei überwiegend aber langfristige und multimodale Einheiten empfohlen werden, um den verschiedenen Mechanismen von Gewichtsstigmatisierung entgegenwirken zu können.

Seltener wurden **informative Videos**, sowohl zu Best-Practice-Beispielen als auch zu negativen Beispielen hinsichtlich der Kommunikation mit Patient*innen untersucht. Die vorliegenden Studien zeigen keine statistisch signifikante Verbesserung, gemessen anhand der **expliziten und impliziten Gewichtsvorurteile**. Die Aussagekraft ist hier aufgrund des gewählten Studiendesigns (RCT) hoch. Trotzdem empfehlen die Leitlinien informative Videos.

Einige Studien zu **Simulationen mit einem Gewichtsanzug** zeigten eine Verbesserung der **Empathie** gegenüber Patient*innen, ohne jedoch auf Signifikanz zu testen. Die **Haltung** gegenüber den Patient*innen mit Adipositas verbesserte sich nicht statistisch signifikant. Auch bei einer **Simulation eines Behandlungsgesprächs mit Hilfe von Virtueller Realität** kam es zu keiner statistisch signifikanten Verbesserung der **Gesprächsdauer** mit den Patient*innen und der stigmatisierenden Sprache. Übereinstimmend mit diesen Ergebnissen empfehlen Leitlinienpapieren bisher keine Simulationsinterventionen.

Maßnahmen beim Gesundheitspersonal:

mehrtägige/mehrwöchige Weiterbildungen:

am häufigsten untersucht und stärkste Hinweise für positive Effekte

als Empfehlung in Leitlinien genannt

eintägige Kurse ebenfalls häufig untersucht und in Empfehlungen vertreten

keine Hinweise auf Effektivität von informativen Videos, trotzdem von Leitlinien empfohlen

keine Hinweise auf Effektivität von Simulationen, auch in Leitlinien nicht empfohlen

Beim Einsatz von **Rollenspielen** zeigten einige Studien statistisch signifikanten Verbesserungen der **expliziten Gewichtsvorurteile** und des **Selbstvertrauen** von Medizinstudent*innen bei der Behandlung der Patient*innen. Diese Effekte wurden jedoch in unterschiedlichen Studiendesigns dargestellt, sodass nicht abschließend beurteilt werden kann, ob sie ursächlich mit den Interventionen zusammenhängen und nachhaltig sind. Darüber hinaus zeigten die Studien, dass Rollenspiele in keiner signifikanten Verbesserung der **impliziten Gewichtsvorurteile** und der **Haltung und Glaubenssätze** resultierten. Ebenso war der Effekt auf die **Empathie** der Medizin- und Pflegestudent*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas nicht eindeutig. Trotz der teilweise positiven Effekte von Rollenspielen werden diese Intervention bisher nicht in Leitlinienpapieren und/oder Übersichtsarbeiten genannt.

heterogene Effekte bei Rollenspielen, in Leitlinien nicht genannt

Zuletzt wurde noch eine **Meditation für mehr Mitgefühl** bei Pflegestudent*innen untersucht, mit einer statistisch signifikanten Verbesserung der **positiven wertschätzenden Emotionen** der Student*innen gegenüber den Patient*innen mit Adipositas. Es kam jedoch zu keiner signifikanten Verbesserung bei den **Gewichtsvorurteilen** und **positiven Einstellungen**. Die Aussagekraft ist hier aufgrund des gewählten Studiendesigns (RCT) hoch. Trotzdem werden Meditationen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bisher nicht in den Leitlinienpapieren und/oder Übersichtsarbeiten empfohlen.

positive Effekte von Meditation für mehr Mitgefühl, nicht in Leitlinien enthalten

Interventionen für betroffene Patient*innen

Zu den Interventionen, die Patient*innen direkt adressieren, gehören mehrtägige bzw. mehrwöchige Gruppenkurse, unterstützte Selbsthilfekurse und Informationsvideos:

Interventionen für Patient*innen:

Hinsichtlich der **mehrtägigen bzw. mehrwöchigen Gruppenkurse** zum Thema Gewichtsstigmatisierung zeigten sich statistisch signifikante Verbesserung der **Zufriedenheit mit dem eigenen Körper**, der **internalisierten Gewichtsvorurteile** und der **Angst vor Stigmatisierung** 46 Wochen nach der Intervention. Die Verbesserung der internalisierten Gewichtsvorurteile war jedoch nach 72 Wochen nicht mehr statistisch signifikant. Diese Ergebnisse basieren auf zwei RCTs, sodass die Aussagekraft hier hoch einzustufen ist. Übereinstimmend werden solche langfristigen Gruppenkurse auch in den Leitlinienpapieren und/oder Übersichtsarbeiten empfohlen.

mehrtägige/-wöchige Gruppenkurse zeigten positive Effekte und sind auch in Leitlinien vertreten

Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Studie zu **unterstützten Selbsthilfekursen**, die eine statistisch signifikante Verbesserung der **internalisierten Gewichtsvorurteile** und der **psychischen Flexibilität** hinsichtlich gewichtsbezogener Bedenken zeigte. Dagegen verbesserte sich die **allgemeine psychische Flexibilität** nicht signifikant. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist aufgrund des Studiendesigns (RCT) als hoch zu bewerten. Nichtsdestotrotz werden Selbsthilfekurse für Betroffene von Gewichtsstigmatisierung bisher nicht in den Leitlinienpapieren und/oder Übersichtsarbeiten genannt.

ebenfalls positive Effekte bei begleiteten Selbsthilfekursen, jedoch nicht in Leitlinien enthalten

Zuletzt zeigte eine Studie, dass **informative Videos internalisierten Gewichtsvorurteile** von Patient*innen und die **Kommunikation** mit Ärzt*innen statistisch signifikant verbessern können. Die Anwendung von Informationsvideos zu Gewichtsstigmatisierung für Patient*innen wird jedoch bisher nicht in Leitlinienpapieren und/oder Übersichtsarbeiten empfohlen.

Verbesserungen durch informative Videos in einer Studie, nicht von Leitlinien empfohlen

Die Ergebnisse der qualitativen Analysen zeigten zudem, dass auch Ängste beim Gesundheitspersonal bestehen, Patient*innen zu beleidigen, wenn sie das Gewicht ansprechen. Des Weiteren wurde die knappe Zeit als Problemfaktor genannt, was individuell angepasste Behandlungen enorm erschwert.

qualitative Analyse: Sorge bzgl. ungewollter Beleidigungen und knappe Zeit

Empfehlungen ohne Wirksamkeitsstudien

Weitere Empfehlungen umfassten unter anderem die Sprache und Kommunikation des Gesundheitspersonals mit den Patient*innen, Unterstützungsangebote für Patient*innen, sowie strukturelle und politische Anpassungen:

Hinsichtlich der Kommunikation des Gesundheitspersonals und der Student*innen im Gesundheitsbereich mit Patient*innen wurde eine Patient*innen-zentrierte, stigmafreie (verbal und non-verbal) und evidenzbasierte Kommunikation empfohlen. Hilfreich für eine stigmafreie Kommunikation soll sein, in einem ersten Schritt die eigenen Gewichtsvorurteile zu erkennen. Zudem sollte insbesondere die Diagnostik gewichtsunabhängig sein, sowie kulturbasierte und intersektionelle Gewichtsstigmatisierung mitberücksichtigt werden.

Für Patient*innen, die Gewichtsstigmatisierungen im Gesundheitswesen erfahren haben, empfiehlt die Literatur einerseits Informationsveranstaltungen und andererseits unterschiedliche Empowerment-Strategien, z. B. das Recht auf gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom eigenen Körpergewicht. Darüber hinaus wird eine Liste zu Expert*innen im Bereich Adipositas, die zusätzliche Weiterbildungen zum Thema Gewichtsstigmatisierung haben, als hilfreich eingeschätzt, um diese zu identifizieren. Ebenso wären standardisierte Zertifizierungen für Expert*innen förderlich.

Zu den strukturellen Anpassungen gehört die Notwendigkeit einer stigmafreien Raumgestaltung und adäquaten Ausstattung für alle Körperformen in Krankenhäusern und Praxen. Auf politischer Ebene präsentieren die Dokumente einerseits Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (z. B. stigmafreie Gesundheitskampagnen) und andererseits Überlegungen zu Gesetzesänderungen (z. B. Antidiskriminierungsgesetz, Richtlinien für verschiedene Industrien).

weitere, noch nicht untersuchte Empfehlungen:

Patient*innen-zentrierte, stigmafreie und evidenzbasierte Kommunikation

Informationsveranstaltungen und Empowerment-Strategien für Patient*innen, Liste mit Adipositas-Expert*innen und Zertifizierungen

stigmafreie Raumgestaltung und adäquate Ausstattung

5.2 Kritische Reflexion

Methodik und Studienqualität

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sollten einige methodische Aspekte der eingeschlossenen Evidenz berücksichtigt werden:

- Die Wirksamkeitsanalyse umfasst sowohl kontrollierte als auch nicht-kontrollierte Studien. Bei den kontrollierten Studien fehlte vereinzelt die Verblindung, was die Ergebnisse verzerren kann. Zudem könnten die Ergebnisse der kontrollierten Studien durch Confounding (z. B. Effekte durch andere Kurse des Lehrplans), Beeinflussung der Auswahl der Messmethode durch das Wissen der Intervention, oder potenzielle Interessenskonflikte verzerrt sein. In den unkontrollierten Studien wurden die Patient*innen-Charakteristika, sowie die Ein- und Ausschlusskriterien teilweise nicht vollständig erhoben. Diese sind jedoch für die Interpretation der Ergebnisse wichtig. Potenzielle Interessenskonflikte, die die Studienergebnisse ebenfalls beeinflussen können, wurden in den unkontrollierten Studien ebenso teilweise nicht angegeben.

methodische Aspekte der Evidenz:

teilweise fehlende Informationen bei RCTs und NRCTs, die Ergebnisse verzerren könnten

- Darüber hinaus wurde für die quantitativen Analysen eine Vielzahl unterschiedlicher Fragebögen zur Erhebung von z. B. expliziten (n=10), impliziten (n=1) und internalisierten Gewichtsvorurteilen (n=6), der Empathie (n=4) sowie der Lebensqualität (n=3) verwendet (siehe Tabelle 4-1). Die Verwendung zahlreicher unterschiedlicher Fragebögen erklärt möglicherweise die teilweise gegensätzlichen Ergebnisse. So berichtete beispielsweise eine Studie eine signifikante Verbesserung der Haltung von Pflegestudent*innen gegenüber Patient*innen mit Adipositas nach Abschluss eines mehrwöchigen Adipositassensitivitätsprogramms (Fragebogen: NATOOPS) [96], während eine andere Studie keine signifikante Verbesserung der Haltung feststellte (Fragebogen: ATOPS) [108]. Möglicherweise wäre hierbei eine Standardisierung der Fragebogen zur Erhebung der jeweiligen Endpunkte anzudenken.
- Bei den qualitativen Analysen fehlten Informationen zur Beziehung zwischen Forscher*innen und Studienteilnehmer*innen (z. B. Reaktionen der Forscher*innen auf unvorhergesehene Ereignisse), die die Ergebnisse beeinflussen konnten.
- Insgesamt war die Nachbeobachtungszeit bei den meisten eingeschlossenen Studien zu kurz, um langfristige Effekte der Interventionen zeigen zu können.

Verwendung zahlreicher verschiedener Fragebögen, erklärt möglicherweise widersprüchliche Ergebnisse

fehlende Informationen zur Beziehung der Forscher*innen und Teilnehmer*innen in qualitativen Studien, Nachbeobachtungszeiten meist zu kurz

Übertragbarkeit der Ergebnisse

Neben dem Verzerrungspotential der Studien ist auch die Übertragbarkeit der Studienergebnisse zu reflektieren. Ein Großteil der Literatur zu den Empfehlungen und der Wirksamkeitsstudien zu Interventionen stammt aus den USA (Leitlinienpapiere: 9/13, Übersichtsarbeiten: 6/13, Wirksamkeitsstudien: 19/30). Aus diesem Grund müssen vor allem die Unterschiede zwischen den USA und Österreich bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden:

- In den USA ist Adipositas eine weit verbreitete Herausforderung und Gewichtsstigmatisierung entsprechend tief verwurzelt. Die ersten Ansätze und Bewegungen, die gegen Gewichtsstigmatisierung ankämpften und für einen gewichtsneutraleren Fokus plädierten, stammen demnach aus den USA. Folglich gibt es in den USA bereits viele Interventionen, die getestet bzw. eingeführt wurden, um Gewichtsstigmatisierung in den verschiedensten Bereichen zu reduzieren [109]. Im Gegensatz dazu spielt die öffentliche Debatte um Adipositas und Körperbilder in Österreich noch eine vergleichsweise geringe Rolle. Hier liegt der Fokus bisher vermehrt auf der medizinischen Perspektive (z. B. Gewichtsreduktion) [110]. Vor diesem Hintergrund könnte die Akzeptanz von bestimmten Interventionen, wie etwa Weiterbildungen oder Simulationen, in den USA höher sein, während in Österreich solche Maßnahmen aufgrund des fehlenden Vorwissens auf Widerstand stoßen oder weniger gut verstanden werden könnten. Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung bei Gesundheitspersonal und Student*innen im Gesundheitsbereich sollten demnach bei einer allgemeinen Bewusstseins-schaffung für das Thema in Österreich ansetzen. Zusätzlich sollte die Art und Weise, wie Gewichtsstigmatisierung vermittelt wird, auf die spezifischen sozialpsychologischen Gegebenheiten abgestimmt werden. Dies könnte bedeuten, dass bestimmte US-amerikanische Konzepte, wie „Health at Every Size“[®], anders vermittelt oder angepasst werden müssen.

Großteil der Literatur aus den USA → Übertragbarkeit der Ergebnisse für Ö fragwürdig

Gewichtsstigmatisierung, im Vergleich zu USA, in Ö noch nicht im Fokus

Akzeptanz von Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung in Ö derzeit unbekannt

- Darüber hinaus umfassen US-amerikanische Studien häufig urbane und diverse Bevölkerungsschichten, während Österreich weniger Metropolen und eine weniger diversifizierte Bevölkerung charakterisiert ist [111]. Demzufolge sollten untersuchte Interventionen für ländlichere oder kleinere städtische Gebiete eventuell angepasst werden.
- Hinsichtlich gesetzlicher und politischer Rahmenbedingungen gibt es in den USA, Kanada, Australien, Frankreich, UK und Deutschland Bewegungen in Richtung gesetzlicher Anerkennung von Körpergewicht als geschützte Diskriminierungskategorie [112, 113]. In Österreich gibt es hingegen wenig spezifische rechtliche Regelungen zur Gewichtsdiskriminierung, was die Relevanz von Interventionen beeinflussen könnte [114].

Im Allgemeinen liefert die internationale Evidenz wertvolle Erkenntnisse, die auch für Österreich von Interesse sind. Jedoch sind Überlegungen zu spezifischen kulturellen, sozialen, strukturellen und politischen Gegebenheiten mitzubedenken. Eine direkte Übertragung der Ergebnisse ohne Berücksichtigung dieser Unterschiede könnte die Wirksamkeit der Interventionen in Österreich einschränken. Somit wäre bei einer Implementierung bestimmter Strategien in Österreich, aufgrund der Unsicherheiten dazu, Begleitforschung unabdingbar.

Untersuchte Interventionen

Obwohl die untersuchten **Weiterbildungen** für Gesundheitspersonal, insbesondere die mehrtägigen bzw. mehrwöchigen Seminare, positive Effekte auf die Glaubenssätze, sowie implizite und explizite Vorurteile des Gesundheitspersonals gezeigt haben, sollten auch mögliche negative Auswirkungen solcher Weiterbildungen berücksichtigt werden. So können Aus- und Weiterbildungen, die nicht sensibel und gut strukturiert sind, unbeabsichtigt bestehende Vorurteile beim Gesundheitspersonal auch verstärken. Eine oberflächliche oder unangemessene Vermittlung des Themas Adipositas und Gewichtsstigmatisierung, kann dazu führen, dass die Teilnehmenden weiterhin Stereotype verinnerlichen oder sogar bestätigen. Zudem könnten manche Gesundheitsfachkräfte Schwierigkeiten haben, Schulungsinhalte mit ihren eigenen Überzeugungen oder ihrer Berufserfahrung zu vereinbaren, was wiederum zu inneren Konflikten führen und den Effekt von Schulungen mindern kann [88, 89]. Zudem kann es auch einen generellen Widerstand gegen solche Schulungen beim Personal geben, z. B. aufgrund fehlender Kapazitäten [88, 93]. Bezüglich der Inhalte gab es bei den Empfehlungen teilweise Widersprüche, da einerseits empfohlen wurde, Adipositas als komplexe chronische Erkrankung zu erklären, während andere Empfehlungen von einer Pathologisierung abrieten, da dies die Stigmatisierung gegenüber Personen mit Übergewicht verstärken könnte. Vor diesem Hintergrund sollten Schulungen gut durchdacht und praxisnah mit evidenzbasierten und aktuellen Inhalten möglichst über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden. Darüber hinaus sollten kulturelle Unterschiede in Bezug auf Körper und Gesundheit berücksichtigt werden [32, 88, 115].

Bezüglich der Verwendung von **Gewichtsanzügen** beim Gesundheitspersonal ist neben der schwachen Evidenzlage zu berücksichtigen, dass Gewichtsanzüge ebenso negative Stereotype gegenüber Personen mit Adipositas verstärken können, da der Hauptfokus auf die physischen Einschränkungen gelegt wird und die komplexen psychologischen, sozialen und medizinischen Aspekte dabei außer Acht gelassen werden [101, 107]. Zudem fühlen die Teilnehmer*innen, wenn überhaupt, nur während der Simulation Empathie ge-

weniger Metropolen, und geringere Bevölkerungsdiversität in Ö

derzeit wenig rechtliche Regelungen zur Gewichtsdiskriminierung in Ö

Begleitforschung bei Implementierung von Interventionen in Ö nötig

Weiterbildungen könnten auch negative Auswirkungen mit sich bringen, wenn diese nicht sensibel und gut strukturiert, vorbereitet werden

Simulationen mit Gewichtsanzügen können negative Stereotype verstärken, langfristige Effekte ungewiss

genüber Personen mit Adipositas. Dieses Mitgefühl scheint jedoch nach der Intervention schnell wieder zu verschwinden [105]. Aus diesen Gründen sollten Simulationen mit Gewichtszugängen, wenn, dann immer nur in Verbindungen mit umfassenden Weiterbildungen inklusive gründlicher Nachbesprechung stattfinden, um Missverständnisse zu vermeiden und das Erlebte sinnvoll zu reflektieren.

Auch bei der Bereitstellung von **informativen Videos, Gruppenkursen oder Selbsthilfekursen** für Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas, die vor allem einen signifikanten Effekt auf die internalisierten Gewichtsvorurteile der Patient*innen zu haben scheinen, sollten mögliche negative Konsequenzen bedacht werden. So könnte eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Körpergewicht dazu führen, dass die Betroffenen ihre negativen Stigmatisierungserlebnisse immer wieder durchleben und dadurch einer höheren psychischen Belastung ausgesetzt sind, anstatt das Erlebte konstruktiv verarbeiten zu können. Zudem kann es insbesondere im Rahmen einer Gruppe schwierig sein, auf individuelle Bedürfnisse und Probleme einzugehen. Demnach könnte für manche Personen eine intensivere und persönlichere Betreuung hilfreicher sein. Insgesamt ist es wichtig, dass die Betroffenen nicht alleine gelassen werden (z. B. Selbsthilfekurse) und Angebote von geschulten Fachkräften begleitet werden [110].

Auseinandersetzung mit dem eigenen Körpergewicht kann psychisch belastend sein

intensive und persönliche Betreuung hilfreich

Begrifflichkeiten

Das Thema Gewichtsstigmatisierung gewinnt in den letzten Jahrzehnten immer mehr an Bedeutung. Diesbezüglich wurde auch eine Diskussion über verschiedene Begrifflichkeiten gestartet, die den Wandel in der Wahrnehmung von Körpern und Gesundheit widerspiegeln soll. Die sogenannte Body-Positivity Bewegung mit Ursprung in den USA war eine der ersten Bewegungen, die sich für eine weniger wertende, inklusivere und respektvollere Sprache einsetzte und zum Ziel hatte, Stigmatisierung von Personen mit einem höheren Körpergewicht zu reduzieren [116]. So wurden insbesondere die Begriffe „Übergewicht“ und „Adipositas“ von der Bewegung kritisch hinterfragt. Generell bezieht sich der Begriff „Übergewicht“ auf ein Körpergewicht, das über dem als „normal“ definierten Bereich liegt, oft basierend auf dem BMI. Demnach kann der Begriff auch implizieren, dass es ein „normales“ oder „ideales“ Gewicht gibt und alles darüber hinaus ungesund oder unerwünscht ist. Im Gegensatz dazu wird der Begriff „Adipositas“ (Fettleibigkeit) häufig als Krankheitszustand definiert, der durch ein übermäßiges Körperfett charakterisiert ist und mit einer Reihe von gesundheitlichen Risiken wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Gelenkproblemen verbunden wird. Body-Positivity oder Body-Neutrality Bewegungen argumentieren, dass diese Pathologisierung von Körpern, die möglicherweise nicht krank sind, hinterfragt werden sollte. Zudem wird Adipositas oft als direkte Ursache von Krankheiten dargestellt, obwohl andere Faktoren wie Genetik, sozioökonomischer Status, Ernährung und psychosoziale Belastungen ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. So betont die Body-Positivity Bewegung, dass die Definitionen von „Normalgewicht“ und „Adipositas“ in erster Linie auf gesellschaftlichen Normen und Schönheitsidealen basieren und weniger auf individuellen gesundheitlichen Faktoren [117, 118]. Als alternative und wertneutralere Begriffe werden z. B. „Mehrgewicht“, „Gewichtsspektrum“ und „Körpervielfalt“ vorgeschlagen. Der Begriff „Mehrgewicht“ soll dabei lediglich andeuten, dass eine Person mehr wiegt als der Durchschnitt, ohne dies als negativ oder ungesund zu bewerten. Der Begriff „Gewichtsspektrum“ soll darauf abzielen, Gewicht als ein Kontinuum darzustellen, anstatt es in Kategorien wie „nor-

**Diskurs über Begriffe „Übergewicht“ und „Adipositas“ → Pathologisierung von Körpern, die möglicherweise nicht krank sind, wird hinterfragt
Vorschlag zur Nutzung von „Mehrgewicht“, „Gewichtsspektrum“ und „Körpervielfalt“**

Sorge aus medizinischer Sicht, dass alternative Begriffe Risiken von Übergewicht und Adipositas runterspielen

mal“ und „abnormal“ zu unterteilen. Darüber hinaus stellt die Betonung der körperlichen Vielfalt („body diversity“) in den Vordergrund, dass Körper in verschiedenen Formen und Größen existieren, ohne dass eine Körperform als besser oder gesünder angesehen wird als eine andere [119]. Vor allem aus medizinischer Sicht wird jedoch befürchtet, dass alternative Begriffe die Risiken von Übergewicht und Adipositas herunterspielen könnten und dass eine Veränderung der Begrifflichkeiten dazu führen kann, dass die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas nicht mehr ausreichend adressiert werden [120]. Ein wichtiger Teil dieser Diskussion ist demnach die Notwendigkeit, medizinisches Personal und die Öffentlichkeit besser über die Vielfalt von Körpern und die Komplexität von Gesundheit aufzuklären, wie es bereits unterschiedliche internationale Initiativen machen, z. B.:

- Die World Obesity Initiative [121]
- Die Supportive Obesity Care Initiative aus den USA [22]
- Die Obesity Initiative in Kanada [122]
- Der Obesity Evidence Hub in Australien [123]
- Die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung in Deutschland [124]
- Die National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA) aus den USA [125]

5.3 Limitationen des Berichts

Der vorliegende Bericht liefert einen breiten Überblick über Empfehlungen zu Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen und analysiert darüber hinaus die Wirksamkeit verschiedener Interventionen. Nichtsdestotrotz weist der Bericht Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Um einen breiten Überblick über empfohlene Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung zu bekommen, wurden nicht nur evidenzbasierte Leitlinien, sondern Konsens- und Positionspapiere eingeschlossen. Ähnlich wurden bei den Übersichtsarbeiten nicht nur systematische Übersichtsarbeiten herangezogen, sondern auch solche, deren Methodik nicht systematisch war bzw. nicht transparent genug beschrieben wurde. Dabei lag der Fokus auf spezifischen Leitlinienpapieren und Übersichtsarbeiten zu Gewichtsstigmatisierung. Allgemeine Leitlinien oder Übersichtspapiere mit einem kleinen Input zu Gewichtsstigmatisierung wurden nicht eingeschlossen. Zudem wurde die Vertrauenswürdigkeit der herangezogenen Leitlinienpapiere und Übersichtsarbeiten nicht systematisch überprüft. Allerdings wurde die berichtete Methodik so detailliert wie möglich beschrieben.

Hinsichtlich der Wirksamkeitsanalyse stellt der vorliegende Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da aufgrund der Vielzahl an vorhandener Literatur lediglich Studien, die ab 2014 publiziert worden waren und aus Europa, Nordamerika, Australien oder Neuseeland stammten, eingeschlossen wurden. Demnach wurden ältere Studien, bzw. Studien aus anderen als den genannten Ländern nicht berücksichtigt.

Bezüglich den Studienendpunkten wurden lediglich Endpunkte zum Thema Gewichtsstigmatisierung (siehe Tabelle 3-1 und Tabelle 3-2) extrahiert. Demnach wurden nicht die gesamten Ergebnisse der eingeschlossenen Studien berücksichtigt (z. B. Ergebnisse zur Zufriedenheit).

Limitationen des Berichts:

Einschluss von Konsens- und Positionspapieren sowie nicht systematischen Übersichtsarbeiten, um einen breiten Überblick der Literatur zu gewährleisten

Vollständigkeit der Interventionsstudien durch Beschränkung in Publikationszeitraum und auf Länder nicht gewährleistet

nur Endpunkte zu Gewichtsstigmatisierung berücksichtigt

Darüber hinaus wurden viele unterschiedliche Studiendesigns (RCTs, NRCTs, Vorher-Nachher-Studien, Mixed-Methods-Studien und qualitative Studien) berücksichtigt. Einerseits konnten dadurch viele unterschiedliche Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen analysiert werden, andererseits waren die Ergebnisse mit unterschiedlicher Evidenzstärke nicht vergleichbar. Insgesamt lässt sich durch die fehlende Vergleichbarkeit der Ergebnisse aufgrund der verschiedenen Studiendesigns, Endpunkte und Messinstrumente keine klare Differenzierung der Wirksamkeit der untersuchten Interventionen nach Berufsgruppen ableiten.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse durch unterschiedliche Studiendesigns und betrachtete Berufsgruppen eingeschränkt

5.4 Weitere Forschungsbedarfe

Im Zuge der Bearbeitung der Forschungsfragen zum Thema Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen wurden folgende offene Themen identifiziert, welche weiterer Forschung bedürfen:

weitere Forschungsbedarfe:

- Prävalenz von Gewichtsstigmatisierung: Diese ist nicht einfach zu erheben und erfordert daher weitere Forschung, um zu untersuchen, wie sich Gewichtsstigmatisierung bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen manifestiert. Für den österreichischen Kontext wäre eine nationale Erhebung der Betroffenen von Gewichtsstigmatisierung (im Gesundheitssystem) sinnvoll, da die Prävalenzzahlen der vorliegenden internationalen Studien nur mit großer Vorsicht auf Österreich übertragbar sind.
- Integration der identifizierten Empfehlungen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung in die allgemeinen Leitlinien, z. B. Adipositas-Leitlinien.
- Langzeitstudien, die untersuchen, ob die durchgeführten Interventionen nachhaltige Veränderungen im Verhalten und in den Einstellungen des Gesundheitspersonals gegenüber Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas bewirken.
- Forschung zu wirksamen Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen.
- Forschung zur Frage, welche strukturellen Faktoren in Gesundheitseinrichtungen (z. B. unzureichend große Ausstattungen, unzugängliche Geräte oder diskriminierende Richtlinien) die Gewichtsstigmatisierung verstärken. Solche Untersuchungen können auch Lösungsvorschläge bieten, um Gesundheitseinrichtungen inklusiver zu gestalten.
- Evaluierung der Auswirkungen von gesetzlichen und institutionellen Regelungen, die Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen eindämmen könnten, z. B. zur Frage, wie politische Maßnahmen, z. B. Antidiskriminierungsgesetze, die Wahrnehmung und Behandlung von übergewichtigen Patient*innen verändert.
- Untersuchung ökonomischer Auswirkungen von Gewichtsstigmatisierung (im Gesundheitssystem), z. B. wie sich Gewichtsstigmatisierung auf die langfristigen Kosten im Gesundheitssystem auswirkt, wenn es zu verzögerten oder fehlerhaften Diagnosen und Behandlungen aufgrund von Stigmatisierung kommt, welche indirekten Kosten von Gewichtsstigmatisierung, einschließlich Arbeitsausfällen oder verminderter Produktivität durch gesundheitliche Konsequenzen entstehen.

Prävalenz von Gewichtsstigmatisierung (im Gesundheitswesen) für Ö

Integration der Empfehlungen in Adipositas-Leitlinien

Langzeitstudien der Interventionen

Interventionen zu Kindern und Jugendlichen

Forschung zu strukturellen Faktoren, die Stigmatisierung verstärken

Evaluierung von politischen/gesetzlichen Maßnahmen

ökonomische Auswirkungen von Gewichtsstigmatisierung

6 Fazit

Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen ist ein weit verbreitetes und tief verwurzeltes Problem, das auf individueller und struktureller Ebene negative Auswirkungen auf Patient*innen mit Übergewicht oder Adipositas hat. Der vorliegende Bericht bietet einerseits eine Übersicht zu verschiedenen Strategien und widmet sich andererseits internationaler Literatur zur Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen.

In den identifizierten Leitlinienpapieren und Übersichtsarbeiten wurde eine Vielzahl von Strategien zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung identifiziert. Dazu gehören z. B. Fortbildungen zur Erhöhung des Bewusstseins über Gewichtsvorurteile für Student*innen, respektvolle Kommunikation des Gesundheitspersonals, Unterstützungsangebote für Patient*innen sowie die Bereitstellung geeigneter medizinischer Ausstattung, um eine stigmafremde Versorgung sicherzustellen. Ein weiterer zentraler Ansatz, der mehrmals empfohlen wird, ist das „Health at Every Size[®]“-Modell. Dem gewichtsneutralen Ansatz nach wird der Fokus auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patient*innen anstatt auf die Gewichtsreduktion gelegt. Darüber hinaus wird die Einführung des „People-First Language“-Ansatzes als eine wichtige Maßnahme hervorgehoben, respektvolle und nichtdiskriminierende Sprache zu stärken.

Die Wirksamkeitsanalyse der untersuchten Interventionen zeigt, dass Schulungen und Empathie-fördernde Maßnahmen, wie z. B. Rollenspiele, zu signifikanten, jedoch meist nur kurzfristigen Verbesserungen von Gewichtsvorurteilen beim Gesundheitspersonal und bei Student*innen führen. Demnach sind insbesondere mehrtägige bzw. mehrwöchige Schulungen zu präferieren. Für Patient*innen könnten informative Videos sowie Gruppen- oder Selbsthilfekurse hilfreich sein, internalisierte Gewichtsvorurteile und die Angst vor Stigmatisierung zu reduzieren.

Der Bericht zeigt jedoch methodische Limitationen und Herausforderungen auf, wie geringe Teilnehmer*innenzahlen und fehlende Langzeitanalysen, was die Bewertung der langfristigen Wirksamkeit insgesamt erschwert. Zudem wurden Interventionen für Kinder und Jugendliche, sowie strukturelle Maßnahmen in den identifizierten Studien nicht untersucht. Diese Faktoren verdeutlichen die Notwendigkeit weiterer Forschung und robusterer, nachhaltigerer Studien.

Zusammenfassend ist ein multimodaler Ansatz erforderlich, um Gewichtsstigmatisierung nachhaltig zu bekämpfen. Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts dienen demnach als Inspiration und Hilfestellung, Gewichtsstigmatisierung innerhalb des Gesundheitswesens zu reduzieren. Neben den erwähnten Interventionen für Gesundheitspersonal, Student*innen und Betroffene sollten jedoch auch strukturelle Veränderungen sowie politische Rahmenbedingungen geschaffen werden, um das Problem der Gewichtsstigmatisierung ganzheitlich zu adressieren.

Bericht bietet Überblick zu Strategien und Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung im Gesundheitswesen

Vielzahl an vorgeschlagenen Strategien, wie z. B. Fortbildungen, respektvolle Kommunikation und Verfügbarkeit medizinischer Ausstattung

mehrtägige bzw. -wöchige für Schulungen für Gesundheitspersonal zu präferieren

langfristige Reduktion von Gewichtsstigmatisierung ungewiss; manche empfohlenen Strategien noch nicht untersucht

multimodaler Ansatz zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung vonnöten

Bericht bietet Inspiration und Hilfestellung für das Gesundheitswesen

7 Literatur

- [1] Pschyrembel – Übergewicht. Pschyrembel: 2022 [cited 05.09.2024]. Available from: <https://www.pschyrembel.de/%C3%9Cbergewicht/KON8E/doc>.
- [2] Pschyrembel – Adipositas. 2022 [cited 05.09.2024]. Available from: <https://www.pschyrembel.de/Adipositas/T00G5>.
- [3] Adipositas (E66.00 – E66.99). ICD-Code. 2023 [cited 05.09.2024]. Available from: <https://www.icd-code.de/icd/code/E66-.html>.
- [4] Freeman L. A Matter of Justice: „Fat“ Is Not Necessarily a Bad Word. Hastings Center Report. 2020;50(5):11-16. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/hast.1180>.
- [5] Hauner H. S3-Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. Bayerisches Ärzteblatt: 2016 [cited 05.09.2024]. Available from: https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2016/07/einzelpdf/BAB_7-8_344_350.pdf.
- [6] Patientenleitlinie zur Diagnose und Behandlung der Adipositas basierend auf der S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. Adipositas Gesellschaft Deutschland: 2019 [cited 05.09.2024]. Available from: https://adipositas-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2020/06/Patientenleitlinie_Adipositas.pdf.
- [7] Durrer Schutz D., Busetto L., Dicker D., Farpour-Lambert N., Pryke R., Toplak H., Widmer D., Yumuk V. and Schutz Y. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obesity Facts. 2019;12(1):40-66. DOI: 10.1159/000496183.
- [8] Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). World Health Organization (Reference Nr. 2022-6594-46360-67071): 2022 [cited 05.09.2024]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071>.
- [9] Rakić J. G., Hamrik Z., Dzielska A., Felder-Puig R. and Oja L. A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. World Health Organization: 2024 [cited 05.09.2024]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/376772>.
- [10] WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization: 2022 [cited 05.09.2024]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>.
- [11] Übergewicht und Adipositas. Statistik Austria: 2019 [cited 08.11.2024]. Available from: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsverhalten/uebergewicht-und-adipositas>.
- [12] Hauner H. S3-Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. Bayerisches Ärzteblatt: 2016 [cited 07/08/2023]. Available from: https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2016/07/einzelpdf/BAB_7-8_344_350.pdf.
- [13] Pschyrembel – Adipositas. Pschyrembel: 2022 [cited 07/08/2023]. Available from: <https://www.pschyrembel.de/Adipositas/T00G5>.
- [14] Patientenleitlinie zur Diagnose und Behandlung der Adipositas basierend auf der S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. Adipositas Gesellschaft Deutschland: 2019 [cited 07/08/2023]. Available from: https://adipositas-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2020/06/Patientenleitlinie_Adipositas.pdf.
- [15] Wabitsch M. and Moß A. S3 Leitlinie: Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. AWMF: 2019 [cited 05.09.2024]. Available from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf.
- [16] O’Donoghue G., Cunningham C., King M., O’Keefe C., Rofaeil A. and McMahon S. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients’ voice. PLoS ONE. 2021;16(11):e0260075. DOI: 10.1371/journal.pone.0260075.

- [17] Alberga A. S., Pickering B. J., Alix Hayden K., Ball G. D., Edwards A., Jelinski S., Nutter S., Oddie S., Sharma A. M. and Russell-Mayhew S. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clin Obes.* 2016;6(3):175-188. DOI: 10.1111/cob.12147.
- [18] Ryan L., Coyne R., Heary C., Birney S., Crotty M., Dunne R., Conlan O. and Walsh J. C. Weight stigma experienced by patients with obesity in healthcare settings: A qualitative evidence synthesis. *Obesity Reviews.* 2023;24(10):e13606. DOI: 10.1111/obr.13606.
- [19] Mauldin K., May M. and Clifford D. The consequences of a weight-centric approach to healthcare: A case for a paradigm shift in how clinicians address body weight. *Nutrition in Clinical Practice.* 2022;37(6):1291-1306. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/ncp.10885>.
- [20] Spahlholz J., Pabst A., Riedel-Heller S. G. and Luck-Sikorski C. Coping with perceived weight discrimination: Testing a theoretical model for examining the relationship between perceived weight discrimination and depressive symptoms in a representative sample of individuals with obesity. *International Journal of Obesity.* 2016;40(12):1915-1921. DOI: 10.1038/ijo.2016.164.
- [21] Westbury S., Oyebo O., van Rens T. and Barber T. M. Obesity Stigma: Causes, Consequences, and Potential Solutions. *Curr Obes Rep.* 2023;12(1):10-23. DOI: 10.1007/s13679-023-00495-3.
- [22] Weight Stigma in Healthcare. Supportive Obesity Care[cited 17.04.2024]. Available from: <https://supportiveobesitycare.rudd.center.uconn.edu/weight-stigma-in-healthcare/>.
- [23] Forray A., Johnson K. and Cherecheş R. M. Combating Weight Stigma in Healthcare: A Cross-Country Analysis and Intervention Initiative. *Eur J Public Health.* 2023;33(Suppl 2). DOI: 10.1093/eurpub/ckad160.887.
- [24] Palad C. J., Yarlagadda S. and Stanford F. C. Weight stigma and its impact on paediatric care. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity.* 2019;26(1):19-24. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/MED.0000000000000453>.
- [25] Diskriminierung hochgewichtiger | adipöser Frauen im Gesundheitsbereich Stadt Wien – Wiener Programm für Frauengesundheit: 2018 [cited 05.09.2024]. Available from: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/schwerpunkte/koerpernormen/intergrund.html#:~:text=Stark%20%C3%BCbergewichtige%20Frauen%20werden%20im,schlechtere%20Ausstattung%20oder%20falsche%20Diagnosen.>
- [26] Flint S. W., Leaver M., Griffiths A. and Kaykanloo M. Disparate healthcare experiences of people living with overweight or obesity in England. *EClinicalMedicine.* 2021;41:101140. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101140>.
- [27] Malik Z., Higgins D., Williams K., Cockrell D. and C E. C. Weight stigma among dental professionals and in the dental setting: a scoping review. *British Dental Journal.* 2023;17:17. Review dentist. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/s41415-023-6501-6>.
- [28] Haqq A. M., Kebbe M., Tan Q., Manco M. and Salas X. R. Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. *Childhood Obesity.* 2021;17(4):229-240. DOI: <https://dx.doi.org/10.1089/chi.2021.0003>.
- [29] Jung F. U., Luck-Sikorski C., Wiemers N. and Riedel-Heller S. G. Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. *PLoS ONE [Electronic Resource].* 2015;10(10):e0140276. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0140276>.
- [30] Phelan S. M., Burgess D. J., Yeazel M. W., Hellerstedt W. L., Griffin J. M. and van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews.* 2015;16(4):319-326. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/obr.12266>.
- [31] Hughes A. M., Flint S. W., Clare K., Kousoulis A. A., Rothwell E. R., Bould H. and Howe L. D. Demographic, socioeconomic and life-course risk factors for internalized weight stigma in adulthood: evidence from an English birth cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* 2024;40:100895. DOI: 10.1016/j.lanpe.2024.100895.
- [32] Tomiyama A. J., Carr D., Granberg E. M., Major B., Robinson E., Sutin A. R. and Brewis A. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine.* 2018;16(1):123. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>.

- [33] Puhl R. M. Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2023;52(2):417-428. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2023.02.002>.
- [34] Alberga A. S., Edache I. Y., Forhan M. and Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development*. 2019;20:e116. DOI: <https://dx.doi.org/10.1017/S1463423619000227>.
- [35] Thille P. Managing Anti-Fat Stigma in Primary Care: An Observational Study. *Health Communication*. 2019;34(8):892-903. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/10410236.2018.1439276>.
- [36] Puhl R. M. and Heuer C. A. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*. 2009;17(5):p941. DOI: 10.1038/oby.2008.636.
- [37] Schwenke M., Lupp A., Pabst A., Welzel F. D., Lobner M., Luck-Sikorski C., Kersting A., Bluher M. and Riedel-Heller S. G. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Family Practice*. 2020;21(1):169. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01239-1>.
- [38] Wise F. M., Harris D. W. and Olver J. H. Attitudes to obesity among rehabilitation health professionals in Australia. *Journal of Allied Health*. 2014;43(3):162-168.
- [39] Bradford H. M., Puhl R. M., Phillippi J. C., Dietrich M. S. and Neal J. L. Implicit and Explicit Weight Bias among Midwives: Variations Across Demographic Characteristics. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2024;15:15. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13616>.
- [40] Alberga A. S., Nutter S., MacInnis C., Ellard J. H. and Russell-Mayhew S. Examining Weight Bias among Practicing Canadian Family Physicians. *Obesity Facts*. 2019;12(6):632-638. DOI: <https://dx.doi.org/10.1159/000503751>.
- [41] Budd G. M., Mariotti M., Graff D. and Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Applied Nursing Research*. 2011;24(3):127-137. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.05.001>.
- [42] Berkessel J. B., Ebert T., Gebauer J. E. and Rentfrow P. J. On the Unequal Burden of Obesity: Obesity's Adverse Consequences Are Contingent on Regional Obesity Prevalence. *Psychological Science*. 2024;09567976241265037. DOI: 10.1177/09567976241265037.
- [43] Lawrence B. J., Kerr D., Pollard C. M., Theophilus M., Alexander E., Haywood D. and O'Connor M. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*. 2021;29(11):1802-1812. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/oby.23266>.
- [44] Panza G. A., Armstrong L. E., Taylor B. A., Puhl R. M., Livingston J. and Pescatello L. S. Weight bias among exercise and nutrition professionals: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2018;19(11):1492-1503. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/obr.12743>.
- [45] Halvorson E. E., Curley T., Wright M. and Skelton J. A. Weight Bias in Pediatric Inpatient Care. *Academic pediatrics*. 2019;19(7):780-786. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2019.02.005>.
- [46] Magliocca K. R., Jaber M. F., Alto D. L. and Magliocca J. F. Knowledge, Beliefs, and Attitudes of Dental and Dental Hygiene Students Toward Obesity. *Journal of Dental Education*. 2005;69(12):1332-1339. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2005.69.12.tb04032.x>.
- [47] Olson S. M., Munoz E. G., Solis E. C. and Bradford H. M. Mitigating Weight Bias in the Clinical Setting: A New Approach to Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2024;69(2):180-190. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13578>.
- [48] Puhl R. M., Lessard L. M., Himmelstein M. S. and Foster G. D. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2021;16(6):e0251566. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>.
- [49] Rodrigues D., Machado-Rodrigues A. M. and Padez C. Parental misperception of their child's weight status and how weight underestimation is associated with childhood obesity. *American Journal of Human Biology*. 2020;32(5):e23393. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/ajhb.23393>.

- [50] Spahlholz J., Baer N., König H. H., Riedel-Heller S. G. and Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination – a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Reviews*. 2016;17(1):43-55. DOI: 10.1111/obr.12343.
- [51] O'Donoghue G., Cunningham C., King M., O'Keefe C., Rofaeil A. and McMahon S. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2021;16(11):e0260075. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0260075>.
- [52] World Health Organization. Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe.: 2017 [cited 02.09.2024]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/353613>.
- [53] van der Voorn B., Camfferman R., Seidell J. C., Puhl R. M. and Halberstadt J. Weight-biased attitudes about pediatric patients with obesity in Dutch healthcare professionals from seven different professions. *Journal of Child Health Care*. 2023;27(2):243-252. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/13674935221133953>.
- [54] Fruh S. M., Graves R. J., Hauff C., Williams S. G. and Hall H. R. Weight Bias and Stigma: Impact on Health. *Nursing Clinics of North America*. 2021;56(4):479-493. Guidance. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2021.07.001>.
- [55] Cochrane Risk of Bias Tool Version 1. *Cochrane Methods Bias*[cited 18.09.2024]. Available from: <https://methods.cochrane.org/bias/risk-bias-tool>.
- [56] ROBINS-I. 2016 [cited 19.09.2024]. Available from: <https://www.riskofbias.info/welcome/home/original-2016-version-of-robins-i>.
- [57] IHE-Checklist. Institute for Health Economics Alberta Canada: 2016 [cited 18.09.2024]. Available from: <https://www.ihe.ca/publications/ihe-quality-appraisal-checklist-for-case-series-studies>.
- [58] Harrison R., Jones B., Gardner P. and Lawton R. Quality assessment with diverse studies (QuADS): an appraisal tool for methodological and reporting quality in systematic reviews of mixed- or multi-method studies. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):144. DOI: 10.1186/s12913-021-06122-y.
- [59] CASP-checklist for qualitative studies. [cited 18.09.2024]. Available from: <https://casp-uk.net/checklists/casp-qualitative-studies-checklist-fillable.pdf>.
- [60] Gallagher C., Corl A. and Dietz W. H. Weight Can't Wait: A Guide to Discussing Obesity and Organizing Treatment in the Primary Care Setting. *Obesity*. 2021;29(5):821-824. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/oby.23154>.
- [61] Braddock A., Browne N. T., Houser M., Blair G. and Williams D. R. Weight stigma and bias: A guide for pediatric clinicians. *Obesity Pillars (Online)*. 2023;6:100058. Guidance. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.obpill.2023.100058>.
- [62] Crowley N. Person-First Treatment Strategies: Weight Bias and Impact on Mental Health of People Living with Obesity. *Primary Care; Clinics in Office Practice*. 2023;50(1):89-101. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2022.10.002>.
- [63] Hill B., Azzari Wynn-Jones A., Botting K. J., Cassinelli E. H., Daly M. P., Gardiner C. V., Hanley S. J., Heslehurst N., Steegers-Theunissen R., Verbiest S. and Skouteris H. The Challenge of Weight Stigma for Women in the Preconception Period: Workshop Recommendations for Action from the 5th European Conference on Preconception Health and Care. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*. 2023;20(22):08. Guidance. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph20227034>.
- [64] Kirk S. F., Salas X. R., Alberga A. and Russell-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy. *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: 2020* [cited 02.09.2024]. Available from: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/1-Reducing-Weight-Bias-v6-with-links-1-1.pdf>.
- [65] Rubino F., Puhl R. M., Cummings D. E., Eckel R. H., Ryan D. H., Mechanick J. I., Nadglowski J., Ramos Salas X., Schauer P. R., Twenefour D., Apovian C. M., Aronne L. J., Batterham R. L., Berthoud H. R., Boza C., Busetto L., Dicker D., De Groot M., Eisenberg D., Flint S. W., Huang T. T., Kaplan L. M., Kirwan J. P., Korner J., Kyle T. K., Laferrere B., le Roux C. W., McIver L., Mingrone G., Nece P., Reid T. J., Rogers A. M., Rosenbaum M., Seeley R. J., Torres A. J. and Dixon J. B. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*. 2020;26(4):485-497. Consensus statement. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>.

- [66] Nadolsky K., Addison B., Agarwal M., Almandoz J. P., Bird M. D., DeGeeter Chaplin M., Garvey W. T. and Kyle T. K. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Addressing Stigma and Bias in the Diagnosis and Management of Patients with Obesity/Adiposity-Based Chronic Disease and Assessing Bias and Stigmatization as Determinants of Disease Severity. *Endocrine Practice*. 2023;29(6):417-427. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.eprac.2023.03.272>.
- [67] Albury C., Strain W. D., Brocq S. L., Logue J., Lloyd C. and Tahrani A. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(5):447-455. DOI: 10.1016/s2213-8587(20)30102-9.
- [68] STRIPED. STRIPED Roadmap for Addressing Weight Stigma in Public Health Research, Policy, and Practice. STRIPED [cited 02.09.2024]. Available from: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/striped-roadmap-for-addressing-weight-stigma-in-public-health-research-policy-and-practice/>.
- [69] Eisenberg D., Noria S., Grover B., Goodpaster K. and Rogers A. M. ASMBS position statement on weight bias and stigma. *Surgery for Obesity & Related Diseases*. 2019;15(6):814-821. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2019.04.031>.
- [70] Nutter S., Eggerichs L. A., Nagpal T. S., Ramos Salas X., Chin Chea C., Saiful S., Ralston J., Barata-Cavalcanti O., Batz C., Baur L. A., Birney S., Bryant S., Buse K., Cardel M. I., Chugh A., Cuevas A., Farmer M., Ibrahim A., Kataria I., Kotz C., Kyle T., le Brocq S., Mooney V., Mullen C., Nadglowski J., Neveux M., Papapietro K., Powis J., Puhl R. M., Rea Ruanova B., Saunders J. F., Stanford F. C., Stephen O., Tham K. W., Urudinachi A., Vejar-Renteria L., Walwyn D., Wilding J. and Yusop S. Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*. 2024;25(1). DOI: 10.1111/obr.13642.
- [71] Alberga A. S., Pickering B. J., Alix Hayden K., Ball G. D., Edwards A., Jelinski S., Nutter S., Oddie S., Sharma A. M. and Russell-Mayhew S. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity*. 2016;6(3):175-188. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/cob.12147>.
- [72] Nagpal T. S., Liu R. H., Gaudet L., Cook J. L. and Adamo K. B. Summarizing recommendations to eliminate weight stigma in prenatal health care settings: A scoping review. *Patient Education & Counseling*. 2020;103(11):2214-2223. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.017>.
- [73] Ryan L., Coyne R., Heary C., Birney S., Crotty M., Dunne R., Conlan O. and Walsh J. C. Weight stigma experienced by patients with obesity in healthcare settings: A qualitative evidence synthesis. *Obesity Reviews*. 2023;24(10):e13606. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/obr.13606>.
- [74] Tylka T. L., Annunziato R. A., Burgard D., Danielsdottir S., Shuman E., Davis C. and Calogero R. M. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*. 2014;2014:983495. Review. DOI: <https://dx.doi.org/10.1155/2014/983495>.
- [75] Sharma A. M. and Ramos Salas X. Obesity Prevention and Management Strategies in Canada: Shifting Paradigms and Putting People First. *Current Obesity Reports*. 2018;7(2):89-96. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s13679-018-0309-8>.
- [76] Sackett D. R. and Dajani T. Fat shaming in medicine: Overview of alternative patient strategies. *Osteopathic Family Physician*. 2019;11(4):18-23.
- [77] Puhl R. M. and Lessard L. M. Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Current Obesity Reports*. 2020;9(4):402-411. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s13679-020-00408-8>.
- [78] Darling J. C., Rudolf M. C. J., Rubino F. and Greenough A. Tackling obesity while preventing obesity stigma. *Archives of Disease in Childhood*. 2024. DOI: 10.1136/archdischild-2023-325894.
- [79] Matharu K., Shapiro J. F., Hammer R. R., Kravitz R. L., Wilson M. D. and Fitzgerald F. T. Reducing obesity prejudice in medical education. *Education for Health: Change in Learning & Practice*. 2014;27(3):231-237. DOI: 10.4103/1357-6283.152176.

- [80] Olson K. L., Thaxton T. T. and Emery C. F. Targeting body dissatisfaction among women with overweight or obesity: A proof-of-concept pilot study. *International Journal of Eating Disorders*. 2018;51(8):973-977. DOI: 10.1002/eat.22874.
- [81] Cohen R. W. and Persky S. Influence of weight etiology information and trainee characteristics on Physician-trainees' clinical and interpersonal communication. *Patient Education & Counseling*. 2019;102(9):1644-1649. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2019.04.011>.
- [82] Nickel F., Tapking C., Benner L., Schuler S., Ottawa G. B., Krug K., Muller-Stich B. P. and Fischer L. Video Teaching Leads to Improved Attitudes Towards Obesity-a Randomized Study with 949 Participants. *Obesity Surgery*. 2019;29(7):2078-2086. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s11695-019-03804-9>.
- [83] Fitterman-Harris H. F. and Vander Wal J. S. Weight bias reduction among first-year medical students: A quasi-randomized, controlled trial. *Clinical Obesity*. 2021;11(6):e12479. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/cob.12479>.
- [84] Welzel F. D., Bar J., Stein J., Lobner M., Pabst A., Lupp M., Grochtdreis T., Kersting A., Bluher M., Luck-Sikorski C., König H. H. and Riedel-Heller S. G. Using a brief web-based 5A intervention to improve weight management in primary care: results of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2021;22(1):61. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01404-0>.
- [85] Potts S., Krafft J. and Levin M. E. A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma. *Behavior modification*. 2022;46(1):178-201. DOI: 10.1177/0145445520975112.
- [86] Joseph E. C. and Raque T. L. Feasibility of a Loving Kindness Intervention for Mitigating Weight Stigma in Nursing Students: A Focus on Self-Compassion. *Mindfulness*. 2023;14(4):841-853. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s12671-023-02094-8>.
- [87] Pearl R. L., Wadden T. A., Bach C., LaFata E. M., Gautam S., Leonard S., Berkowitz R. I., Latner J. D. and Jakicic J. M. Long-Term Effects of an Internalized Weight Stigma Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2023;91(7):398-410. DOI: 10.1037/ccp0000819.
- [88] Jones C. A. and Forhan M. Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. *Physiotherapy Theory & Practice*. 2021;37(7):808-816. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/09593985.2019.1648623>.
- [89] Werkhoven T. Designing, implementing and evaluating an educational intervention targeting weight bias and fat stereotyping. *Journal of Health Psychology*. 2021;26(12):2084-2097. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/1359105319901310>.
- [90] Kushner R. F., Zeiss D. M., Feinglass J. M. and Yelen M. An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Medical Education*. 2014;14:53. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-53>.
- [91] Geller G. and Watkins P. A. Addressing Medical Students' Negative Bias Toward Patients With Obesity Through Ethics Education. *AMA Journal of Ethics*. 2018;20(10):E948-959. DOI: <https://dx.doi.org/10.1001/amajethics.2018.948>.
- [92] Renold C., Deferm N. P., Hauser R., Gerber P., Bueter M., Thalheimer A. and Gero D. The Effect of a Multifaceted Intervention Including Classroom Education and Bariatric Weight Suit Use on Medical Students' Attitudes toward Patients with Obesity. *Obesity Facts*. 2023;16(4):381-391. DOI: <https://dx.doi.org/10.1159/000530405>.
- [93] Trofymenko S., Kutob R. and Algotar A. A Multi-Modality Intervention Improves Obesity Bias among Medical Students. *Medicines*. 2024;11(2):28. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/medicines11020004>.
- [94] Barra M. and Singh Hernandez S. S. Too big to be seen: Weight-based discrimination among nursing students. *Nursing Forum*. 2018;53(4):529-534. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/nuf.12282>.
- [95] Oliver T. L., Burrell S. A., Furman G. E., Diewald L. K., Mariani B., Starck M. R. and Shenkman R. Weight bias reduction intervention among nurse practitioner students using simulation-based experiences. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2023;03:03. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/JXX.0000000000000956>.

- [96] Molloy M. A., Sabol V. K., Silva S. G. and Guimond M. E. Using Trigger Films as a Bariatric Sensitivity Intervention: Improving Nursing Students' Attitudes and Beliefs About Caring for Obese Patients. *Nurse Educ.* 2016;41(1):19-24. DOI: 10.1097/nne.0000000000000225.
- [97] Brochu P. M. Testing the effectiveness of a weight bias educational intervention among clinical psychology trainees. *Journal of Applied Social Psychology.* 2023;53(3):231-241. DOI: <https://doi.org/10.1111/jasp.12653>.
- [98] Gayer G. G., Weiss J. and Clearfield M. Fundamentals for an Osteopathic Obesity Designed Study: The Effects of Education on Osteopathic Medical Students' Attitudes Regarding Obesity. *Journal of Osteopathic Medicine.* 2017;117(8):495-502. DOI: doi:10.7556/jaoa.2017.099.
- [99] Oliver T. L., Qi B. B., Shenkman R., Diewald L. and Smeltzer S. C. Weight Sensitivity Training Among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education.* 2020;59(8):453-456. DOI: 10.3928/01484834-20200723-06.
- [100] English S. and Vallis M. Moving beyond eat less, move more using willpower: Reframing obesity as a chronic disease impact of the 2020 Canadian obesity guidelines reframed narrative on perceptions of self and the patient-provider relationship. *Clinical Obesity.* 2023;13(6):e12615. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/cob.12615>.
- [101] Hales C., Gray L., Russell L. and MacDonald C. A Qualitative Study to Explore the Impact of Simulating Extreme Obesity on Health Care Professionals' Attitudes and Perceptions. *Ostomy Wound Management.* 2018;64(1):18-24.
- [102] Wijayatunga N. N., Kim Y., Butsch W. S. and Dhurandhar E. J. The effects of a teaching intervention on weight bias among kinesiology undergraduate students. *International Journal of Obesity.* 2019;43(11):2273-2281. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/s41366-019-0325-0>.
- [103] Nestorowicz S. and Saks N. Addressing Bias Toward Overweight Patients: a Training Program for First-Year Medical Students. *Medical Science Educator.* 2021;31(3):1115-1123. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s40670-021-01282-2>.
- [104] Gajewski E. M. Effects of weight bias training on student nurse empathy: A quasiexperimental study. *Nurse Education in Practice.* 2023;66:103538. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103538>.
- [105] Fox R., Park K., Hildebrand-Chupp R. and Vo A. T. Working toward eradicating weight stigma by combating pathologization: A qualitative pilot study using direct contact and narrative medicine. *Journal of Applied Social Psychology.* 2023;53(3):171-184. DOI: 10.1111/jasp.12717.
- [106] Wijayatunga N. N., Bailey D., Klobodu S. S., Dawson J. A., Knight K. and Dhurandhar E. J. A short, attribution theory-based video intervention does not reduce weight bias in a nationally representative sample of registered dietitians: a randomized trial. *International Journal of Obesity.* 2021;45(4):787-794. DOI: 10.1038/s41366-021-00740-6.
- [107] Luig T., Wicklum S., Heatherington M., Vu A., Cameron E., Klein D., Sharma A. M. and Campbell-Scherer D. L. Improving obesity management training in family medicine: multi-methods evaluation of the 5AsT-MD pilot course. *BMC Medical Education.* 2020;20(1):5. Epub 20200107. DOI: 10.1186/s12909-019-1908-0.
- [108] Oliver T. L., Qi B. B., Diewald L. K., Shenkman R. and Kaufmann P. G. Development of a weight bias reduction intervention for third-year nursing students. *Clinical obesity.* 2021;12(2):e12498. DOI: 10.1111/cob.12498.
- [109] Puhl R. M., White M. A., Paris M., Anez L. M., Silva M. A. and Grilo C. M. Negative weight-based attitudes in treatment-seeking obese monolingual Hispanic patients with and without binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry.* 2011;52(6):737-743. DOI: 10.1016/j.comppsy.2010.11.006.
- [110] Wolf S. and Reinsperger I. Strategien zur Rekrutierung und Programmadhärenz bei Gruppenprogrammen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Übergewicht und Grad 1 Adipositas. *AIHTA: 2023* [cited 26.09.2024]. Available from: <https://eprints.aihta.at/1486/>.

- [111] National Academies of Sciences E., and Medicine,, Policy and Global Affairs, Committee on Women in Science E., and Medicine, and Research C. o. I. t. R. o. W. a. U. M. i. C. T. a. Improving Representation in Clinical Trials and Research: Building Research Equity for Women and Underrepresented Groups. National Academies Press: 2022 [cited 08.11.2024]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584396/>.
- [112] Weight Bias & Stigma: Policymakers. University of Connecticut[cited 26.09.2024]. Available from: <https://uconnruddcenter.org/research/weight-bias-stigma/policymakers/#:~:text=Currently%2C%20there%20are%20no%20federal,protects%20people%20from%20weight%20discrimination.>
- [113] Puhl R. M., Lessard L. M., Pearl R. L., Grupski A. and Foster G. D. Policies to address weight discrimination and bullying: Perspectives of adults engaged in weight management from six nations. Obesity. 2021;29(11):1787-1798. DOI: 10.1002/oby.23275.
- [114] Stellungnahme zum Thema „Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts“. Das Land Steiermark: 2016 [cited 26.09.2024]. Available from: <https://www.antidiskriminierungsstelle.steiermark.at/cms/beitrag/12528448/132631589.>
- [115] Talumaa B., Brown A., Batterham R. L. and Kalea A. Z. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. Obesity Reviews. 2022;23(10):e13494. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/obr.13494>.
- [116] From New York to Instagram: The history of the body positivity movement. BBC[cited 26.09.2024]. Available from: <https://www.bbc.co.uk/bitesize/articles/z2w7dp3.>
- [117] Ellis S., Rosenblum K., Miller A., Peterson K. E. and Lumeng J. C. Meaning of the terms „overweight“ and „obese“ among low-income women. Journal of Nutrition Education & Behavior. 2014;46(4):299-303. DOI: 10.1016/j.jneb.2013.08.006.
- [118] Brown A. and Flint S. W. Preferences and emotional response to weight-related terminology used by healthcare professionals to describe body weight in people living with overweight and obesity. Clinical Obesity. 2021;11(5):e12470. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/cob.12470>.
- [119] Giebelmann K. Körpergewicht: „Body Neutrality“ bevorzugt. Ärzteblatt: 2023 [cited 26.09.2024]. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/235228/Koerpergewicht-Body-Neutrality-bevorzugt.>
- [120] West M. and Juby B. What to know about the body positivity movement. Medical News Today: 2022 [cited 26.09.2024]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/body-positivity.>
- [121] Weight Stigma. World Obesity[cited 26.09.2024]. Available from: <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma.>
- [122] Addressing weight stigma and changing healthcare in Canada. Obesity Canada[cited 26.09.2024]. Available from: [https://obesitycanada.ca/oc-news/addressing-weight-stigma-and-changing-healthcare-in-canada/.](https://obesitycanada.ca/oc-news/addressing-weight-stigma-and-changing-healthcare-in-canada/)
- [123] Weight bias and stigma in health care. Obesity Evidence Hub[cited 26.09.2024]. Available from: <https://www.obesityevidencehub.org.au/collections/treatment/weight-bias-and-stigma-in-health-care#cite1847.>
- [124] Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V. [cited 26.09.2024]. Available from: [https://gewichtsdiskriminierung.de/rubrik/leben/.](https://gewichtsdiskriminierung.de/rubrik/leben/)
- [125] National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA)[cited 08.11.2024]. Available from: [https://naafa.org/.](https://naafa.org/)



HTA Austria
Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH