

Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention mit Health at Every Size® (HAES®)



Body Liberation Photos by Lindley Ashline

Melanie Dellenbach

Abschlussarbeit, eingereicht im Mai 2021 zum Erwerb des Zertifikats "CAS Grundlagen von Gesundheitsförderung und Prävention"

Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit

Zertifikatskurs CAS Gesundheitsförderung und Prävention Grundlagen und Best Practice 2020-21

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1 Einleitung..... | 3 |
| 2 Fragestellung..... | 4 |
| 3 Health at Every Size® (HAES®)..... | 5 |
| 3.1 Gesundheitsverständnis von HAES®..... | 5 |
| 3.2 Die fünf Health at Every Size®-Prinzipien..... | 5 |
| 3.3 HAES® Interventionen..... | 6 |
| 3.4 Wirksamkeit von HAES® Interventionen..... | 6 |
| 4 Gesundheitliche Chancengleichheit..... | 8 |
| 4.1 Gesundheitliche Unterschiede..... | 8 |
| 4.2 Definition Gesundheitliche Chancengleichheit..... | 8 |
| 4.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit..... | 8 |
| 4.4 Modell zur Erklärung Gesundheitlicher Ungerechtigkeit..... | 9 |
| 4.5 Gesundheitliche Ungerechtigkeit und das Merkmal Gewicht..... | 10 |
| 5 Synthese..... | 11 |
| 5.1 Die strukturellen Determinanten unter Berücksichtigung von HAES®..... | 11 |
| 5.2 Die sozialen Gesundheitsdeterminanten unter Berücksichtigung von HAES®..... | 12 |
| 6 Schlussfolgerung und Beantwortung der Fragestellung..... | 13 |
| 7 Quellenverzeichnis..... | 15 |
| A Massnahmenübersicht..... | 17 |

1 Einleitung

Gesundheitspolitik und -programme können durch die Art und Weise, wie sie gestaltet oder umgesetzt werden, Menschenrechte fördern oder verletzen. Gerechter Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, Informationen und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen fördern die Gesundheit und das Wohlbefinden. Im Gegensatz dazu wirkt sich Diskriminierung, Voreingenommenheit, Stereotypisierung und Stigmatisierung durch Gesundheitsdienstleister negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Menschen in einem hochgewichtigen Körper erhalten aufgrund des von Regierungen geführten "Krieges gegen «Adipositas»" eine schlechtere Gesundheitsversorgung und sind dickenfeindlichen Vorurteilen und Stigmatisierung durch Gesundheitsdienstleister ausgesetzt. Menschen in einem hochgewichtigen Körper erleben auch ein höheres Mass an Diskriminierung in den Bereichen Bildung, Freizeit und Wohnen. Diese Diskriminierungen stellen einen Verstoss gegen die Menschenrechte dar (Taylor et al., 2020: 68). Eine grosse Anzahl Studien zeigen die starke Verbreitung dieser Gewichtsstigmatisierung. So wurden Hänseleien und Mobbing anhand¹ des Gewichts in einer länderübergreifenden Studie als häufigster Grund für Mobbing unter Jugendlichen identifiziert (Puhl et al., 2016). Im medizinischen Bereich erleben hochgewichtige Personen sehr häufig Herabwürdigung und Diskriminierung, weshalb medizinische Konsultationen vermieden oder herausgezögert werden (WHO Europe, 2017). Die WHO fordert deshalb dazu auf, Gewichtsstigmatisierung aktiv anzugehen, denn diese kann die Qualität der Versorgung von hochgewichtigen Patienten beeinträchtigen und letztlich zu schlechten gesundheitlichen Ergebnissen und einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko führen (ebd.).

Nach wie vor besteht der gesellschaftliche Konsens, dass hochgewichtige Personen durch eine Änderung des Lebensstils mit Diät, Bewegung und anderen Verhaltensänderungen Gewicht verlieren sollen und dies mit genügend Disziplin auch problemlos können. Diese Lebensstilveränderungen führen zwar zu einer kurzfristigen Gewichtsabnahme, die Mehrheit der Personen können die Gewichtsabnahme aber langfristig nicht aufrechterhalten (Bacon & Aphramor, 2011). Die Fokussierung auf das Gewicht scheint für das Erreichen eines schlankeren und gesünderen Körpers nicht nur ineffektiv zu sein, sondern sie kann auch unbeabsichtigte und langfristige negative Folgen haben. Ein vermindertes Selbstwertgefühl, Essstörungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Gewichtsschwankungen, sowie Stigmatisierung und Diskriminierung anhand des Gewichts sind Folgen dieser Fokussierung einzig auf das Gewicht (ebd.).

Seit vielen Jahren gibt es Fachpersonen, Aktivisten und Aktivistinnen, welche die Fokussierung auf das Gewicht und damit das gewichtsnormative Paradigma kritisieren und für ein gewichtsinklusives Paradigma plädieren. Sie machen auf die gesundheitlichen Konsequenzen von Gewichtsdiskriminierung aufmerksam und betreiben Forschung zu diesen Themen. Health at Every Size® (HAES®) ist ein solches gewichtsinklusives Modell, basierend auf einem holistischen Verständnis von Gesundheit, welches Prinzipien sozialer Gerechtigkeit verfolgt. HAES bietet dabei eine Grundlage sowohl für die individuelle als auch für die politische Entscheidungsfindung (Association for Size Diversity and Health (ASDAH), 2020).

Für eine Veränderung plädiert auch das "House of Commons Women and Equalities Committee" in einer im April 2021 in Grossbritannien veröffentlichten Stellungnahme zum Thema Körperbild.

1 Es wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass von Diskriminierung *anhand* statt *aufgrund* eines Merkmals gesprochen werden muss. Dies um zu verdeutlichen, dass dieses Merkmal nicht den kausalen Grund einer Diskriminierung darstellt (Schaffer & Buchinger, 2019).

Basierend auf aktuellen Befragungen und Studien lässt das Komitee in der Zusammenfassung verlauten:

«Mit grosser Betroffenheit haben wir von der Zahl der Menschen gehört, die beim Zugang zu NHS-Diensten (National Health Service) mit Diskriminierung anhand ihres Aussehens und ihres Gewichts konfrontiert wurden. Die Verwendung des BMI fördert das Gewichtsstigma, trägt zu Essstörungen bei und stört das Körperbild und die psychische Gesundheit der Menschen.

Public Health England sollte aufhören, den BMI als Mass für die individuelle Gesundheit zu verwenden, und sich stattdessen auf einen "Health at Every Size"-Ansatz konzentrieren. Die jüngste «Adipositas»-Strategie der Regierung ist bestenfalls ineffektiv und fördert schlimmstenfalls ungesunde Verhaltensweisen. Wir sind enttäuscht zu erfahren, dass es keine Überprüfungen der Wirksamkeit der aktuellen oder früheren «Adipositas»-Strategien gegeben hat. Die Regierung darf in ihrer «Adipositas»-Strategie nur evidenzbasierte Massnahmen verwenden und sollte sie dringend überprüfen, um die Evidenzbasis für ihre Massnahmen zu ermitteln. Wir können die viel kritisierten und nicht evaluierten Strategien zur Gewichtsreduktion nicht unterstützen. Die Förderung eines positiven Körperbildes in der Kindheit und Jugend muss eine Priorität sein.» (House of Commons Women and Equalities Committee, 2021; Übers. M. Dellenbach).

In der Schweiz ist HAES bisher kaum bekannt und es gibt wenig Anstrengungen zur Bekämpfung von Gewichtsstigmatisierung/-diskriminierung.

Als dicke Frau erlebe ich täglich Gewichtsstigmatisierung. Diese Gewichtsstigmatisierung habe ich bereits früh verinnerlicht und gegen mich selber gerichtet. Mein dicker Körper wurde immer als Defizit angesehen, ganz unabhängig von meinen Ressourcen, meiner Gesundheit und ohne Einbezug meines tatsächlichen Gesundheitsverhaltens. Während einem Jahr in den USA (San Francisco) habe ich Health at Every Size (HAES) und die Bewegung des Fettaktivismus kennengelernt. In meiner Arbeit sensibilisiere ich zum Thema Gewichtsstigmatisierung und setze mich für eine neue Kultur von Körper-Respekt sowie für die Rechte von dicken Menschen ein. Ich benutze das Wort dick als Selbstbezeichnung und werde in dieser Arbeit die Begriffe "hochgewichtig" und "dick" verwenden. Die Worte "hochgewichtig" und "dick" signalisieren eine emanzipatorische Position (Schaffer & Buchinger, 2019).

"Übergewichtig" und "Adipositas" benutze ich ausschliesslich in wörtlichen Zitaten. Was als Krankheit gilt, wie z.B. "Adipositas", ist nicht objektiv gegeben, sondern eine gesellschaftliche Konstruktion. Einen grossen Einfluss hat hierbei der biomedizinische Diskurs. Er definiert, was als "richtiger Körper" gilt. Der BMI ist dadurch mehr als nur ein medizinisches Instrument. Die auf ihm basierende Klassifizierung kann moralische, ethische und politische Auswirkungen haben (Anderson, 2012).

2 Fragestellung

Wie gezeigt wurde, erweist sich das gewichtsnormative Paradigma nicht nur als ineffektiv für die Förderung der Gesundheit und kann negative Nebenwirkungen wie vermindertes Selbstwertgefühl, Essstörungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen verursachen. Es fördert auch Gewichtsstigmatisierung und stellt damit eine grundlegende Verletzung der Menschenrechte dar.

In dieser Arbeit wird deshalb das gewichtsinklusive Modell Health at Every Size (HAES) und dessen Einfluss auf die gesundheitliche Chancengleichheit mit folgender Fragestellung erforscht:

Wie könnte eine auf HAES-basierte Gesundheitsförderung und Prävention aussehen und welchen Einfluss hätte diese auf die gesundheitliche Chancengleichheit von hochgewichtigen Menschen?

3 Health at Every Size® (HAES®)

Das HAES-Modell basiert auf einem holistischen Verständnis von Gesundheit und verfolgt Prinzipien sozialer Gerechtigkeit. Es bietet eine Grundlage sowohl für die individuelle als auch die politische Entscheidungsfindung. Der HAES-Ansatz wurde von der Association for Size Diversity and Health (ASDAH) in den USA erarbeitet und ist das Ergebnis von Diskussionen zwischen Gesundheitsfachpersonen, Konsumenten und Konsumentinnen sowie Aktivistinnen und Aktivisten. HAES wurde durch die ASDAH mit einem Trademark geschützt, um einen Missbrauchs des Begriffs zu verhindern (ASDAH, 2020). Wortwörtlich übersetzt bedeutet HAES *"Gesundheit bei jedem Gewicht"* (Schaffer & Buchinger, 2019).

Der HAES-Ansatz ist ein gewichtsinklusiver Ansatz, welcher, im Gegensatz zum gewichtsnormativen Ansatz, nicht darauf abzielt, das Gewicht zu reduzieren (Tylka et al., 2014). Die Verwendung des Gewichts oder des BMI als Indikatoren für Gesundheit wird abgelehnt (ASDAH, 2020).

3.1 Gesundheitsverständnis von HAES®

Die ASDAH formuliert eine ganzheitliche Definition von Gesundheit, die nicht als die bloße Abwesenheit von körperlicher oder geistiger Krankheit oder als fehlende Einschränkungen verstanden wird. Gesundheit existiert auf einem Kontinuum, das sich für jedes Individuum mit der Zeit und seinen entsprechenden Umständen verändert. Gesundheit sollte gemäss HAES als eine Ressource oder Fähigkeit verstanden werden, die allen zur Verfügung steht – unabhängig von ihrem Gesundheitszustand oder ihren Fähigkeiten, und nicht als Ergebnis oder Ziel des Lebens.

Gemäss ASDAH ist das Streben nach Gesundheit weder eine moralische noch eine individuelle Pflicht. Der Gesundheitszustand sollte niemals dazu benutzt werden, den Wert eines Menschen zu bestimmen, zu beurteilen oder gar zu unterdrücken (ASDAH, 2020).

3.2 Die fünf Health at Every Size®-Prinzipien

Die ASDAH (2020) hat fünf Prinzipien formuliert, auf denen der HAES-Ansatz beruht. Sie wurden für die vorliegende Arbeit sinngemäss auf Deutsch übersetzt und werden im Folgenden kurz erläutert.

Gewichtsinklusivität

Gewichtsinklusivität meint die uneingeschränkte Akzeptanz und Respekt für die vorhandene Vielfalt von Körperformen und des Körpergewichts. Die Idealisierung oder Pathologisierung von bestimmten Körpergewichten wird abgelehnt.

Gesundheitsfördernde nachhaltige Verhaltensweisen und Verhältnisse

Gesundheitsfördernde nachhaltige Verhaltensweisen und Verhältnisse sollen erreicht werden durch eine Gesundheitspolitik, die allen den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen ermög-

licht und diesen stetig verbessert. Dies wird unterstützt durch die Förderung von Verhaltensweisen, die das Wohlbefinden verbessern und individuelle körperliche, wirtschaftliche, soziale, spirituelle, emotionale und andere Bedürfnisse berücksichtigen.

Essen für das Wohlbefinden

Das Prinzip Essen für das Wohlbefinden beschreibt ein abwechslungsreiches, flexibles Essverhalten, das Hunger, Sättigung, Genuss und Zufriedenheit berücksichtigt. Dabei werden Ernährungsbedürfnisse wie Allergien und Unverträglichkeiten beachtet. Auf von aussen regulierte Essenspläne, welche sich auf die Gewichtskontrolle konzentrieren, wird verzichtet.

Respektvolle medizinische Versorgung

Ein sehr wichtiges Prinzip von HAES fordert und fördert respektvolle medizinische Versorgung frei von Diskriminierung, Stigmatisierung und Vorurteilen.

Durch das Erkennen der eigenen Vorurteile und durch die aktive Arbeit an der Reduktion von Gewichtsstigmatisierung soll hier eine Veränderung erreicht werden. Informationen und Dienstleistungen werden aus dem Verständnis heraus bereitgestellt, dass sozioökonomischer Status, Herkunft, Ethnie, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter und andere Identitäten einen Einfluss auf die Gewichtsstigmatisierung haben.

Bewegung, die Lebensqualität fördert

Menschen werden bei der Ausübung von körperlichen Aktivitäten, die ihnen Freude bereiten und zu denen sie Zugang haben, unterstützt.

3.3 HAES® Interventionen

HAES kann als Ansatz verstanden werden, welcher verschiedene Interventionen und Konzepte beinhaltet. Der HAES-Ansatz kann sowohl für die individuelle Gesundheit als auch in Gesundheitsförderungsmassnahmen auf der Ebene des Einzelnen, einer Gruppe, Organisation oder der Gesamtbevölkerung angewandt werden.

Auf der individuellen Ebene umfasst der HAES-Ansatz ein Gesundheitsverhalten mit intuitivem Essen, freudvolle, Lebensqualität-fördernde Bewegung, die Reduktion verinnerlichter Gewichtsstigmatisierung, ein positives Körperbild und Aufbau von Resilienz gegenüber externer gewichtsbezogener Unterdrückung. Der HAES-Ansatz geht über die individuelle verhaltensorientierte Ebene hinaus und adressiert die sozialen, ökonomischen, politischen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden im Zusammenhang mit Essen, körperlicher Aktivität, Körperpositivität und Gewichtsstigmatisierung (O'Hara et al., 2021).

O'Hara et al. (2021) unterscheidet zwischen HAES-*informierten* Interventionen, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden von Individuen fördern und HAES-*basierten* Interventionen, welche umfassende Aktionen auf der sozialen Ebene sowie der Umweltebene beinhalten.

3.4 Wirksamkeit von HAES® Interventionen

Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, den kompletten aktuellen Forschungsstand aufzuführen. Einige wichtige Ergebnisse werden im Folgenden jedoch kurz skizziert.

In den vergangenen 15 Jahren haben mehrere Studien die Auswirkungen von HAES-informierten Programmen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Personen untersucht. Zwei systematische Reviews (Bacon & Aphramor, 2011; Clifford et al., 2015) und eine anschließende randomisiert-kontrollierte Studie (Mensinger et al., 2016) zeigten, dass der HAES-informierte Ansatz effektiver war bei der Verbesserung verschiedener Aspekte physiologischer, psychologischer und verhaltensbezogener Faktoren, als der übliche gewichtszentrierte Ansatz der Gewichtsreduktion. Diese Evidenz legt nahe, dass der HAES-informierte Ansatz in der Verbesserung einer breiten Palette von individuellen Gesundheitsparametern den getesteten Alternativen überlegen ist (O'Hara et al., 2021).

Eine geringere Anzahl von Studien hat sich mit Interventionen auf Verhältnisebene befasst, unter anderem mit der Entwicklung von Massnahmen und Prüfung der Auswirkungen von Schul- und Universitätslehrplänen. Diese Studien zeigten, dass HAES-informierte Lehrplaninitiativen zu einem verbesserten Körperbild, Selbstwertgefühl und Einstellung zum Essen bei Kindern führten. Ebenso zu intuitivem Essen, Körperzufriedenheit und einer Reduktion der Anti-Fett-Einstellungen sowie Diätverhalten bei Universitätsstudentinnen. Die Lehrplaninitiativen führten zudem zu HAES-bezogenem Wissen, Einstellungen, Überzeugungen und Fähigkeiten bei Lehrpersonen. (O'Hara et al., 2021).

In einigen Studien wurde auch die Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung erforscht. Eine interaktive audiovisuelle PowerPoint-Präsentation von 60 Minuten zur Reduktion der Gewichtsstigmatisierung bewirkte, dass explizite stigmatisierende Einstellungen signifikant abnahmen und das diesbezügliche Wissen signifikant anstieg. Ebenso reduzierte sich die Überzeugung, dass das Körpergewicht kontrollierbar sei. Die Intervention beinhaltete Selbstreflexion, die Vermittlung von Wissen über die Bedeutung der genetischen Faktoren in Wechselwirkung mit Umweltfaktoren, Sensibilisierung bezüglich Gewichtsstigmatisierung und thematisierte den gesellschaftlichen Druck, schlank zu sein (Hilbert, 2016).

Es gibt verschiedene Konzepte, welche einen Teil von HAES abdecken und als HAES-informiert bezeichnet werden können. Ein in den USA und zunehmend weltweit sehr bekanntes Konzept ist das Intuitive Essen "Intuitive Eating – A Revolutionary Anti-Diet Approach" von Tribole und Resch, welches 2020 bereits in der vierten Ausgabe erschien.²

Häufig wird das HAES Prinzip "Essen für das Wohlbefinden" mit dem Konzept "Intuitives Essen" gleichgesetzt. Das Intuitive Essen basiert auf 10 Schritten, die sich mit den HAES-Prinzipien "Essen für das Wohlbefinden", "Bewegung, die Lebensqualität fördert" und "Gewichtsinklusivität" decken. Letzteres wird beim Intuitiven Essen durch den Grundsatz "Respect your body" repräsentiert. Intuitives Essen wurde über die Jahre immer mehr HAES-informiert. Dieses mit HAES synonym zu verwenden ist hingegen nicht korrekt.

Ein systematisches Review zeigte, dass Intuitives Essen mit weniger Essstörungen, einem positiveren Körperbild, einer besseren emotionalen Funktionsfähigkeit und einer Reihe anderer psychosozialer Faktoren assoziiert ist, die jedoch weniger umfangreich untersucht wurden (Bruce & Ricciardelli, 2016).

In der Realität lassen sich HAES-*informierte* Interventionen, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden von Individuen fördern, einfacher in die Praxis umsetzen und erforschen, als HAES-*basierte* Interventionen, welche umfassende Massnahmen auf sozio-ökologischer Ebene beinhalten.

² Die deutschsprachige Ausgabe hat mit dem Titel "Intuitives Abnehmen" das Konzept missverstanden und dazu beigetragen, dass das "Intuitives Essen" im deutschsprachigen Raum missbräuchlich verwendet wird.

ten. Es wird angenommen, dass die Verbesserung der Körperpositivität und die Reduktion verinnerlichter Gewichtsstigmatisierung eines Individuums dazu beitragen kann, dass sich diese durch die internen Ressourcen für strukturelle Veränderungen einzusetzen. (O'Hara et al., 2021).

HAES behauptet nicht, dass alle Menschen über das gesamte Gewichtsspektrum automatisch gesund sind, sondern dass alle Menschen es verdienen, mit Wertschätzung und Respekt behandelt zu werden und unabhängig von ihrem Körpergewicht einen fairen Zugang zu Möglichkeiten und Umweltbedingungen erhalten sollen, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden fördern. Dieser Ansatz der Gewichtsgerechtigkeit steht im Einklang mit dem Recht auf Gesundheit, wie es in der Erklärung der Menschenrechte steht (ebd.).

4 Gesundheitliche Chancengleichheit

In der Schweiz haben sich der Bund und die Kantone das Ziel gesetzt, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern und dies in zahlreichen Strategien (Gesundheit 2030, NCD-Strategie, Suchtstrategie usw.) verankert. Die Ausführungen in diesem Kapitel sind dem aktuellen Grundlagenbericht von Weber "Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz" (2020) entnommen.

4.1 Gesundheitliche Unterschiede

Auch in der Schweiz sind grosse und teilweise zunehmende gesundheitliche Unterschiede vorhanden. Einige Bevölkerungsgruppen erkranken häufiger, weisen häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf und sterben früher als andere Bevölkerungsgruppen. Sozial benachteiligte Personen etwa haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Krankheiten und einem frühen Tod betroffen zu sein.

In der Stadt Bern beträgt die Lebenserwartung in einkommensschwachen Stadtquartieren durchschnittlich rund fünf Jahre weniger als in wohlhabenden Stadtteilen. Diese Benachteiligungen sind potenziell vermeidbar, weshalb Weber sie als ungerecht erachtet. Aus diesem Grund werden gesundheitliche Unterschiede, welche durch soziale Ungleichheit verursacht sind, als "*gesundheitliche Ungerechtigkeit*" bezeichnet. "*Gesundheitliche Ungleichheiten*" werden Unterschiede genannt, wenn sie biologisch bedingt sind oder freiwillig in Kauf genommen werden.

4.2 Definition Gesundheitliche Chancengleichheit

Im Grundlagenbericht wird gesundheitliche Chancengleichheit als gesundheitspolitisches Leitziel verstanden. Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit erhalten. Gesundheitliche Chancengleichheit wird als Ziel verstanden und angestrebt.

4.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Während die gesundheitliche Chancengleichheit als Ziel verstanden wird, ist die Gesundheitliche Chancengerechtigkeit das operative Umsetzungsprinzip. Durch das Schaffen von Bedingungen, welche es allen Menschen ermöglichen sollen, ein gesundes Leben zu führen, soll die gesundheitliche Chancengleichheit erreicht werden. Durch die Chancengerechtigkeit soll sichergestellt werden, dass alle Menschen die ihnen zustehenden Chancen und Möglichkeiten erhalten.

Im Grundlagenbericht wird aufgezeigt, dass für das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit auf zwei Ebenen angesetzt werden kann: bei den sozialen Determinanten und bei den strukturellen Determinanten.

4.4 Modell zur Erklärung Gesundheitlicher Ungerechtigkeit

Weber (2020) benutzt das Modell zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit (Abbildung 1). In der ersten Spalte werden die strukturellen Determinanten aufgezeigt: Der Kontext (erster Block) und die soziale Lage von Individuen (zweiter Block). Die mittlere Spalte enthält soziale Determinanten der Gesundheit (dritter Block), welche auch als vermittelnde Faktoren bezeichnet werden. Die Spalte rechts zeigt die Verteilung von Gesundheit (vierter Block) und Krankheit in der Gesellschaft. Das Modell wird von links nach rechts gelesen, wobei ein Block die Voraussetzungen für den nächsten Block vorgibt. Sie stehen in Wechselwirkung zueinander.

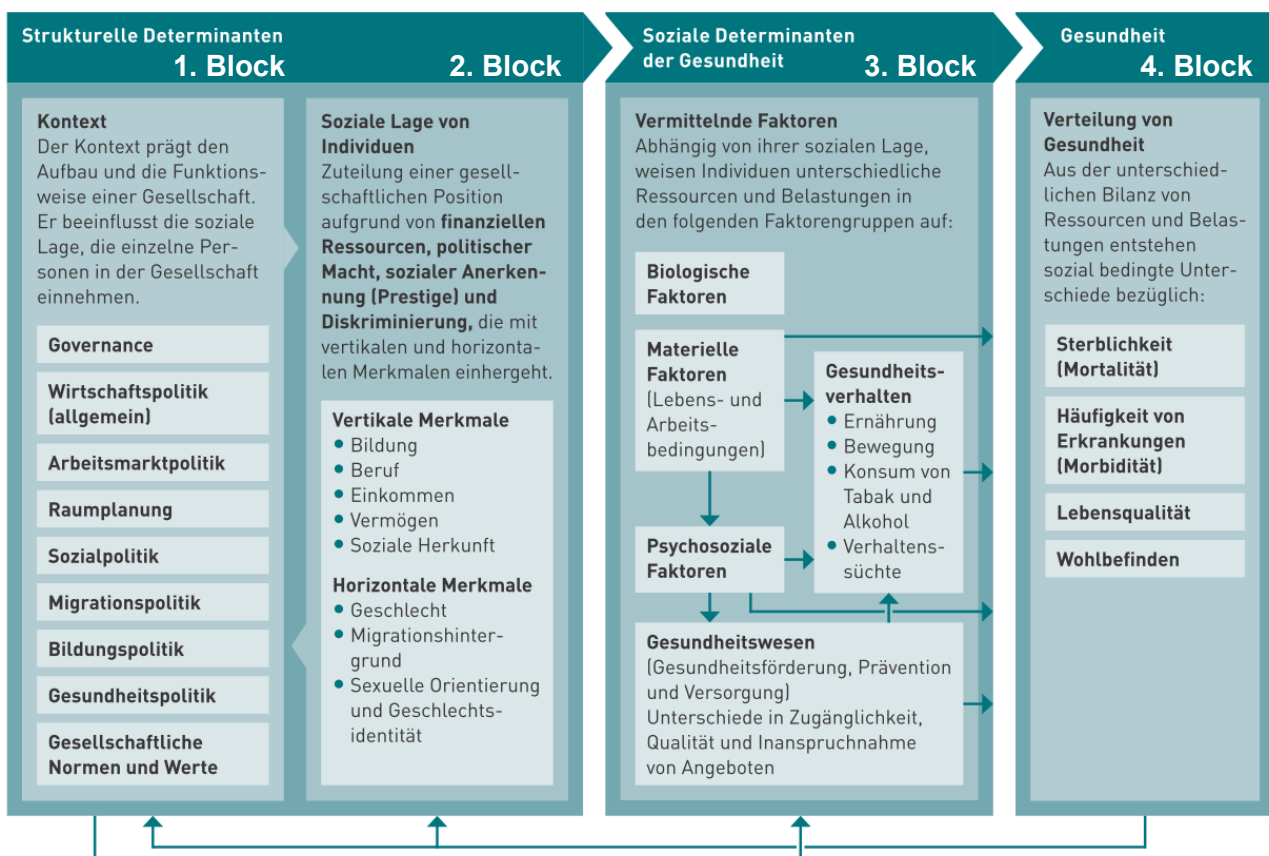


Abbildung 1: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Weber 2020)

Die strukturellen Determinanten umfassen den gesellschaftlichen Kontext und die soziale Lage. Der gesellschaftliche Kontext umfasst die Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie die Normen und Werte in einer Gesellschaft. Der Kontext gibt vor, wie die Gesellschaft aufgebaut ist und beeinflusst dadurch die soziale Lage einzelner Personen in der Gesellschaft.

Der Kontext (erster Block) beeinflusst direkt die soziale Lage eines Individuums oder einer Gruppe (zweiter Block). Die gesellschaftlichen Werte und Normen haben einen Einfluss auf die soziale Lage von Individuen. Es wird das Beispiel der heteronormativen Gesellschaft angebracht in welcher die heterosexuelle Partnerschaft und Sexualität als "normal" betrachtet wird und alles andere als Abweichung von der Norm. Diese heteronormativen Werte und Normen können zu einer Diskri-

minierung und Benachteiligung von Personen der LGBTI-Gemeinschaft³ führen und damit zu einer benachteiligten sozialen Lage.

Im zweiten Block ist die soziale Lage von Individuen aufgezeigt und damit der Schlüssel zur Erklärung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit.

Die soziale Lage beschreibt die Zuteilung einer Position in der Gesellschaft auf den Grundlagen von politischer Macht, finanziellen Ressourcen, sozialer Anerkennung (Prestige) und Diskriminierung, die im Modell mit vertikalen und horizontalen Merkmalen beschrieben werden. Unter den vertikalen Merkmalen werden Bildung, Beruf, Einkommen, Vermögen und soziale Herkunft genannt. Als horizontale Merkmale gelten Geschlecht, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität.

Unter den sozialen Gesundheitsdeterminanten (dritter Block) werden die unmittelbaren Lebens- und Arbeitsbedingungen verstanden. Abhängig von der sozialen Lage eines Individuums hat dieses verschiedene Ressourcen zur Verfügung oder ist gewissen Belastungen ausgesetzt. In der Grafik im Grundlagenpapier werden die sozialen Gesundheitsdeterminanten auch vermittelnde Faktoren genannt. Dazu zählen: biologische Faktoren, materielle Faktoren (Lebens- und Arbeitsbedingungen), psychosoziale Faktoren, das Gesundheitsverhalten und das Gesundheitswesen (worunter Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung verstanden werden) und die von der sozialen Lage abhängigen Unterschiede in Zugänglichkeit, Qualität und Inanspruchnahme von Angeboten.

Massnahmen, welche bei diesen Faktoren ansetzen, reduzieren Belastungen und stärken die Ressourcen benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Um gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen, muss die Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden. Ein Gesundheitswesen, welches für alle zugängliche und qualitativ hochstehende Leistungen anbietet, ist ein wesentliches Element der Chancengerechtigkeit.

Die strukturellen Determinanten und die sozialen Determinanten der Gesundheit haben einen Einfluss auf die Verteilung von Gesundheit (vierter Block). Aufgrund der unterschiedlichen Bilanz von Belastung und Ressourcen entstehen sozial bedingte Unterschiede, welche die Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidity), Lebensqualität, Wohlbefinden und die Sterblichkeit (Mortality) beeinflussen.

4.5 Gesundheitliche Ungerechtigkeit und das Merkmal Gewicht

Der Grundlagenbericht klammert das Gewicht als Merkmal und Faktor für die gesundheitliche Ungerechtigkeit aus. Im Dokument wurden keine Suchresultate zum Thema "Gewichtsstigmatisierung", "Gewichtsdiskriminierung" oder "Adipositas-Stigma" gefunden. Stigmatisierung wird lediglich im Zusammenhang mit den im Modell aufgezeigten horizontalen Merkmalen wie Geschlecht, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität erwähnt. Neben dem Ausklammern von Gewicht als Merkmal wird im Grundlagenpapier "Übergewicht" mit tiefem sozioökonomischem Status (SES) und Non-Compliance in Verbindung gebracht: "Familien mit tiefem SES sind in Interventionen zur Gewichtsreduktion bei bereits übergewichtigen Kindern oft schwer zu rekrutieren und untervertreten. Als Barrieren für benachteiligte Familien wurden unter anderem

3 Das Kürzel LGBTI stammt aus dem englischsprachigen Raum und bezeichnet lesbische (L = lesbian), schwule (G = gay), bisexuelle (B = bisexual), transgender (T = transgender) und intersexuelle (I = intersexual) Menschen.

Zeitprobleme identifiziert und eine fehlende Überzeugung der Eltern, dass das Gewicht des Kindes problematisch ist." (Weber, 2020: 63)

5 Synthese

In der Synthese der Arbeit soll aufgezeigt werden, wie sich der Health at Every Size-Ansatz und die Integration des Merkmals Gewicht in das Modell auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit auswirken kann. **Das Ziel ist gesundheitliche Chancengleichheit für hochgewichtige Menschen und damit die Erfüllung des Rechts auf Gesundheit.** Es werden Beispiele aufgezeigt, wie eine HAES-basierte Gesundheitsförderung und Prävention aussehen könnte. Der HAES-Ansatz muss in die strukturellen und sozialen Determinanten der Gesundheit integriert werden und darf sich nicht nur auf das individuelle Verhalten konzentrieren.

Den HAES-Ansatz zu integrieren bedeutet, Gewicht als Identitäts-Merkmal anzuerkennen. Ebenso muss der Einfluss von Gewichtsstigmatisierung/-diskriminierung auf die soziale Lage von Individuen als ein Problem sozialer Ungerechtigkeit berücksichtigt werden.

Ganz im Sinn der Ottawa Charta (WHO, 1986) "Health in all policies" kann dies als Prinzip "Health at Every Size in all policies" verstanden werden.

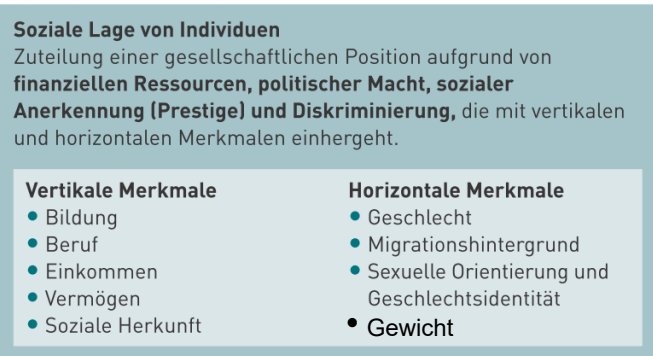


Abbildung 2: Gewicht neu integriert

Alle vorgeschlagenen Massnahmen werden im Anhang "A Massnahmenübersicht" dargestellt. Im nachfolgenden Text wird auf einige ausgewählte Massnahmen eingegangen.

5.1 Die strukturellen Determinanten unter Berücksichtigung von HAES®

Die Integration des HAES-Ansatzes in die strukturellen Determinanten bedeutet, Gewicht als Merkmal der sozialen Lage anzuerkennen.

Der Kontext als strukturelle Determinante beeinflusst den Aufbau der Gesellschaft unter anderem durch Normen und Werte, Arbeitsmarktpolitik und Raumplanung. Ein Einbezug des HAES-Ansatzes bedeutet, dass die Arbeitsmarktpolitik Strukturen und Gesetze schafft, die Gewichtsdiskriminierung bei der Einstellung, Beförderung und beim Lohn verhindern oder reduzieren. In der Raumplanung gewähren die öffentlichen Räume einen barrierefreien Zugang für hochgewichtige Personen, wodurch ihnen Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht wird.

In der Bildungspolitik berücksichtigen Anti-Bullying-Leitlinien Mobbing und Hänseleien anhand des Merkmals Gewicht. Gewicht wird als Diversitätsdimension an Hochschulen integriert und diskriminierungs- sowie barrierefreier Zugang für hochgewichtige Studierende gesetzlich verankert. Lehrpersonen auf allen Stufen anerkennen die Körpervielfalt und nehmen an Programmen zur Reduktion von Gewichtsstigmatisierung teil.

Körpervielfalt und Körper-Respekt sind neue Normen und Werte in der Schweizer Gesellschaft und Gewichtsstigmatisierung sowie Gewichtsdiskriminierung werden als ungerecht und vermeidbar

angesehen. Diese neuen Werte und Normen zeigen sich im Umgang mit hochgewichtigen Menschen, in deren Repräsentation (Medien, Politik, Arbeitsmarkt) und Chancen (Gesundheit, Bildung & Beruf etc.).

Durch die Integration des HAES-Ansatzes in den Kontext und die daraus folgenden strukturellen Veränderungen wird Gewichtsstigmatisierung und Diskriminierung reduziert. Die Verankerung von "Gewicht" als horizontales Merkmal zusammen mit Veränderungen im Kontext haben einen direkten Einfluss auf die vertikalen Merkmale wie Bildung, Beruf, Einkommen, Vermögen und soziale Herkunft und damit auf die soziale Lage. Die soziale Lage – und damit der Schlüssel zur Erklärung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit – hat wiederum einen Einfluss auf die sozialen Determinanten der Gesundheit.

5.2 Die sozialen Gesundheitsdeterminanten unter Berücksichtigung von HAES®

Unter den sozialen Gesundheitsdeterminanten (vgl. Massnahmenübersicht) gibt es zahlreiche Möglichkeiten für HAES-informierte Massnahmen.

Kampagnen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen so gestaltet werden, dass sie frei von Gewichtsstigmatisierung und nicht beschämend sind. Die Botschaft muss sich auf ein positives Gesundheitsverhalten und nicht auf das Gewicht konzentrieren. Die Auswirkungen von Kampagnen der Gesundheitsförderung auf Kinder und Jugendliche, speziell auf solche in dicken Körpern, muss erfasst und evaluiert werden. Verinnerlichte Gewichtsstigmatisierung muss dabei genauso erfasst werden wie Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Fehlgeleitete Kampagnen in der Gesundheitsförderung und Prävention müssen aufgearbeitet und sichtbar gemacht werden, damit zukünftige Gesundheitsförderungsfachpersonen die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen. Die Gesundheitsförderung mit ihren millionenschweren Kampagnen muss sich ihrer Verantwortung und ihrem Einfluss auf die Gesellschaft und Individuen bewusst sein und diese immer wieder reflektieren und evaluieren. Fachpersonen und Studierende aus allen Sozial- und Gesundheitsberufen müssen für Gewichtsstigmatisierung sensibilisiert werden.

Im Gesundheitswesen muss Gewichtsstigmatisierung als Fokusthema angegangen werden. Dies kann durch entsprechende Schulungen aller medizinischen Fachpersonen und einer angemessenen Infrastruktur und Ausrüstung geschehen. Ein Anamnese-Werkzeug für Hausärzte muss das tatsächliche Gesundheitsverhalten, vergangene negative Erfahrungen im Gesundheitswesen, Essstörungen und das Bedürfnis nach Informationen und Beratung erheben. Eine bedürfnisorientierte und dem Individuum gerechte medizinische Versorgung von hochgewichtigen Personen hat sehr grosses Potential für die Verbesserung ihrer Gesundheit und eine Reduktion sowohl der individuellen als auch gesellschaftlichen Gesundheitskosten.

Ein Meldesystem für Vorkommnisse von Gewichtsstigmatisierung/-diskriminierung im Gesundheitswesen muss implementiert werden. Eine Sensibilisierungskampagne klärt hochgewichtige Personen auf, dass sie bei jedem medizinischen Problem ein Recht auf wertschätzende und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung haben und dass sie wissen, wohin sie sich wenden können. Die Implementierung solcher Systeme muss dringlich behandelt werden und nicht an Institutionen und Profiteure des "Adipositas-Industrie-Komplex" delegiert werden.

Die Implementierung des HAES-Ansatzes und Körper-Respekt in gesundheitsfördernde Schulen erfordert eine evidenzbasierten Gesundheitsförderung, welche kritisch die eigenen Vorurteile und die Diät- und Wellnessindustrie hinterfragt. Dazu gehört auch eine klare Definition der Kompeten-

zen von Lehrpersonen. Fehlgeleitete Gesundheitsförderung wie Kalorienzählen oder auch das Wiegen von Kindern für den Mathematikunterricht kann grossen Schaden anrichten. In der Ernährung und Bewegung wird auf ein positives Gesundheitsverhalten und auf ein Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse Wert gelegt. Die Ressourcen von Individuen und deren Resilienz und Selbstmitgefühl wird gestärkt.

6 Schlussfolgerung und Beantwortung der Fragestellung

In der Synthese wurde aufgezeigt, wie der HAES-Ansatz und das Merkmal Gewicht in die strukturellen und sozialen Gesundheitsdeterminanten implementiert werden können.

Zu Beginn der Arbeit wurde die Fragestellung formuliert, wie eine auf HAES basierende Gesundheitsförderung und Prävention aussehen könnte und welchen Einfluss diese auf die gesundheitliche Chancengleichheit von hochgewichtigen Menschen hätte.

Durch "Health at Every Size in all policies" kann eine HAES-basierte Gesundheitsförderung und Prävention auf der Verhaltens- und Verhältnisebene implementiert werden. In der Massnahmenübersicht wurde aufgezeigt, in welchen Bereichen diese Umsetzung passieren kann. "Health at Every Size" setzt ein spezifisches Menschen- und Gesundheitsbild voraus, welches die Offenheit von Gesundheitsförderungsfachpersonen für einen Paradigmenwechsel von einem gewichtsnormativen zu einem gewichtsinklusiven Paradigma voraussetzt. HAES ist ein Community-basierter Ansatz, das heisst der Einbezug von dicken Fachpersonen und AktivistInnen ausserhalb des "Adipositas-Industrie-Komplex" ist unabdingbar.

Das Implementieren des HAES-Ansatzes und des Merkmals Gewicht in die strukturellen und sozialen Gesundheitsdeterminanten hat Potenzial für einen weitreichenden Einfluss auf die Chancengleichheit von hochgewichtigen Menschen.

Ein dicker Körper würde als sichtbares Identitätsmerkmal gesehen und dadurch die Gruppe der hochgewichtigen Menschen als Teil der Diversität der Schweizer Gesellschaft wahrgenommen. Ihnen würde ein Leben frei von Stigmatisierung ermöglicht und die Menschenrechte respektiert.

Das Ziel der Massnahmen im Grundlagenpapier von Weber "Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz" (2020) lautet: "Reduzierte gesundheitliche Ungerechtigkeit im Hinblick auf die Sterblichkeit (Mortalität), die Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität), die Lebensqualität und das Wohlbefinden." Es würde die Gesundheit von hochgewichtigen Menschen bereits massiv verbessern, wenn sie durch das Wegfallen von Diskriminierungsbefürchtungen medizinische Dienstleistungen (HausärztInnen, Spital etc.) rechtzeitig in Anspruch nehmen und den öffentlichen Verkehr ohne Erfahrung von Mikroaggressionen nutzen könnten. Der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit mit dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit würden wir uns dadurch zumindest annähern.

HAES hat einen positiven Einfluss auf das Körperbild und auf Essstörungen. Leider war es im Umfang dieser Arbeit nicht möglich, diese Verbindungen oder auch eine kritische Auseinandersetzung mit Studien im gewichtsnormativen Paradigma abzudecken.

Die Auseinandersetzung mit dem Grundlagenpapier zur Chancengleichheit war sehr spannend und es stimmt mich positiv, dass aktuelle Themen wie LGBTI integriert sind. Als dicke Fachperson und Aktivistin habe ich täglich mit Gewichtsstigmatisierung/-diskriminierung zu tun. Aus dieser Perspektive ist das Grundlagenpapier lückenhaft und ausgrenzend und dadurch verletzend. Das Ausblenden von Gewichtsdiskriminierung und damit der Gewalt an hochgewichtigen Menschen ist

strukturelle Gewalt. Die Emotionsarbeit, die ich als marginalisierte Person investiere, ist hoch. Wenn ich von Gewichtsstigmatisierung und "Health at Every Size in all policies" rede, geht es um nichts Geringeres als das Recht von hochgewichtigen Personen – also auch von mir – gesehen zu werden und in Übereinstimmung mit den Menschenrechten behandelt zu werden.

Immer wieder die nötige Distanz einzunehmen und die Aktivistin in mir etwas herunterzufahren, war eine grosse Herausforderung.

In den letzten Jahren, und speziell während dieser schriftlichen Arbeit, habe ich auf Studien und Arbeiten von Lily O'Hara, Associate Professor of Public Health an der Universität von Qatar, zurückgegriffen.

Es ist daher angebracht, diese Arbeit mit ihren Worten abzuschliessen:

"How many weight loss experts does it take to screw in a light bulb? Three. One to stand on the ladder and keep trying to screw a burned out bulb into a socket that doesn't fit, one to stand under the ladder and tell him he's doing a great job, and one to write a press release declaring that the three of them have discovered a revolutionary, completely safe and effective new way to screw in light bulbs. How many Health at Every Size experts does it take to screw in a light bulb? The light bulb is fine, the socket is fine, the switch is on, and the room is brightly lit, but it still takes several dozen Health at Every Size experts, with impeccable academic credentials, to publish independent studies proving that there is no need to change the bulb. And those three guys with the ladder still won't go away." (O'Hara & Taylor, 2018)

7 Quellenverzeichnis

- Anderson, J. (2012). Whose Voice Counts? A Critical Examination of Discourses Surrounding the Body Mass Index. *Fat Studies*, 1(2), 195-207. <https://doi.org/10.1080/21604851.2012.656500>
- Association for Size Diversity and Health. (2020). ASDAH-HAES-Principles. Abgerufen von <https://asdah.org/health-at-every-size-haes-approach/> (04/2021)
- Bacon, L., Aphramor, L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutr J* 10, 9 (2011). <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9>
- Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, 96, 454–472. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.10.012>
- Clifford, D., Ozier, A., Bundros, J., Moore, J., Kreiser, A., & Morris, M. N. (2015). Impact of non-diet approaches on attitudes, behaviors, and health outcomes: a systematic review. *Journal of nutrition education and behavior*, 47(2), 143–55.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.12.002>
- Hilbert, A. (2016). Weight Stigma Reduction and Genetic Determinism. *PloS one*, 11(9), e0162993. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162993>
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2021). Changing the perfect picture: an inquiry into body image. Sixth Report of Session 2019–21. Published on 9 April 2021. Abgerufen von <https://committees.parliament.uk/publications/5357/documents/53751/default/> (04/2021)
- Mensinger, J. L., Calogero, R. M., Stranges, S., & Tylka, T. L. (2016). A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite*, 105, 364–374. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.006>
- O'Hara, L., Ahmed, H., & Elashie, S. (2021). Evaluating the impact of a brief Health at Every Size®-informed health promotion activity on body positivity and internalized weight-based oppression. *Body image*, 37, 225–237. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.02.006>
- O'Hara, L., & Taylor, J. (2018). What's Wrong With the 'War on Obesity?' A Narrative Review of the Weight-Centered Health Paradigm and Development of the 3C Framework to Build Critical Competency for a Paradigm Shift. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/2158244018772888>
- Puhl, R. M., Latner, J. D., O'Brien, K., Luedicke, J., Forhan, M., & Danielsdottir, S. (2016). Cross-national perspectives about weight-based bullying in youth: nature, extent and remedies. *Pediatric obesity*, 11(4), 241–250. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12051>
- Schaffer, N, Buchinger, B. (2019). *Diskriminierung Hochgewichtiger | Adipöser Frauen Im Gesundheitsbereich*. Wiener Programm für Frauengesundheit; 2019:1-56. Abgerufen von <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/diskriminierung-hochgewichtige-frauen.pdf> (04/2021)
- Taylor, J., O'Hara, L., Talbot L., Verrinder, G (2020). *Promoting Health*, 7th Edition. The Primary Health Care Approach. Elsevier, Australia.
- Tribole, E., Resch, E. (2020). *Intuitive Eating*, 4th Edition: A Revolutionary Anti-Diet Approach. St. Martin's Publishing Group

- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of obesity*, 2014, 983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
- Weber, D. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK
- WHO Regional Office for Europe. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Abgerufen von https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (04/2021)
- WHO Regional Office for Europe. (2017). Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. Abgerufen von <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2017/weight-bias-and-obesity-stigma-considerations-for-the-who-european-region-2017> (04/2021)

A Massnahmenübersicht

Diese Übersicht wurde anhand des Vorbild der Abbildung 13 und 14 im Grundlagenpapier "Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz" (Weber, 2020: 71, 81) erstellt.

HAES® basierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturelle Determinanten

Ziel der Massnahmen

Reduktion von sozialer Ungleichheit bzw. sozialer Benachteiligung aufgrund von vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmalen. Die Massnahmen betreffen die übergeordnete politische und soziostrukturelle Ebene.

Voraussetzung: Integration des horizontalen Ungleichheitsmerkmals Gewicht und HAES

Wirtschaftspolitik (allgemein)

- Finanzielle Anreize für Unternehmen welche, barrierefreien Zugang für hochgewichtige Personen umsetzen
- Beschränkungen in der Werbung für die Diätindustrie und im Sponsoring
- Beschränkungen im Verkauf von einschlägigen Apps und Fitnessuhren an Minderjährige

Arbeitsmarktpolitik

- Strukturen und Gesetze schaffen, welche Gewichtsdiskriminierung bei der Einstellung, Beförderung und Entlohnung verhindern

Raumplanung

- Sicherstellung eines barrierefreien Zugangs zu öffentlichen Räumen für hochgewichtige Personen (ermöglicht Teilhabe an der Gesellschaft).

Bildungspolitik

- Anti-Bullying-Leitlinien an Schulen bezüglich Aussehen, Körperform und Gewicht
- Kein Wiegen und kein Ausrechnen des BMI an Schulen, keine Kalorienangaben
- Gewicht wird als Diversitätsdimension an Hochschulen integriert
- Diskriminierungsfreier und barrierefreier Zugang für hochgewichtige Studierende
- Sensibilisierung und Aufklärung bezüglich Gewichtsstigmatisierung, Diätkultur und Körperbild als obligatorischer Teil der Ausbildung von Lehrpersonen
- Programme zur Reduktion der Gewichtsstigmatisierung für Lehrpersonen

Gesundheitspolitik

- Einbezug von hochgewichtigen Personen in die Forschung
- Strenge Richtlinien zur Durchführung, Datenerfassung und Transparenz von bariatrischen Operationen und strenge Richtlinien bzgl. Nachsorge und Erfassung von Komplikationen

- Sichtbarkeit von Interessenskonflikten in der "Adipositas-Politik"
- Meldesystem für die Erfahrung von Gewichtsstigmatisierung/-diskriminierung im Gesundheitswesen

Gesellschaftliche Normen und Werte

- Kampagnen zur Reduktion der Stigmatisierung von hochgewichtigen Menschen
- Antidiskriminierungsgesetze und -leitlinien gegen Gewichtsdiskriminierung
- Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungskampagnen bezüglich Körperdiversität und Hochgewichtigkeit und für Körper-Respekt
- Warnhinweise auf Diätprodukten und Verkaufsverbot in Apotheken und Drogerien
- Antidiskriminierungsstrategien in Schulen in Bezug auf Körperdiversität und Hochgewichtigkeit
- Körpervielfalt und Körper-Respekt als Teil der Schweizer Kultur
- Gewichtsdiskriminierung wird als ungerecht und vermeidbar angesehen
- Repräsentation von hochgewichtigen Menschen in Medien, Politik, Bildung und Beruf

Soziale Determinanten der Gesundheit

Ziel der Massnahmen

Unterschiede in Ressourcen und Belastungen in den folgenden Faktorengruppen ausgleichen.

Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen

- Zugang zu Erholungsräumen frei von Gewichtsstigmatisierung
- Arbeitgeberschulungen zum Thema Vorurteile, Stigmatisierung und Diskriminierung anhand des Merkmals Gewicht
- Gestaltung einer Umwelt frei von Gewichtsstigmatisierung
- Bereitstellen von kommunalen Sporteinrichtungen, in welchen Körper-Respekt gelebt und gefördert wird
- Förderung des Angebots an vielseitigem Essen in benachteiligten Quartieren
- Anerkennen des Zusammenhangs von Essensknappheit und Hochgewichtigkeit
- Strukturelle Massnahmen an Schulen zur Förderung von Bewegung und Ernährung nach den Prinzipien von HAES (Leitlinien, Strategien und Konzepte)
- Ausweitung des Angebots an vielseitigem Essen an Schulen und Essen frei von Scham und Druck unter Berücksichtigung von Hunger, Sättigung, Genuss und Zufriedenheit
- Ausweitung der Gelegenheiten zur freudvollen sportlichen Betätigung in Schulen nach HAES
- Spezifische HAES-informierte Bewegungs- und Ernährungsinterventionen am Arbeitsplatz
- Keine Diätgespräche und Bodyshaming am Arbeitsplatz

Psychosoziale Faktoren

- Stärkung der Resilienz speziell von hochgewichtigen Menschen
- Achtsamkeitsbasierte Ansätze
- Motivierende gewichtsinklusive Gesprächsführung
- Interventionen zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle (keine Diäten, kein Fokus auf das Gewicht und das Aussehen)
- Auseinandersetzung mit normierten Körperbildern und der normierten Idee von Gesundheit

Gesundheitsverhalten

- Zielgruppenspezifische Medienkampagnen und -kanäle zur Sensibilisierung für die Themen körperliche Aktivität und Ernährung nach den Prinzipien von HAES
- Förderung der freudvollen körperlichen Aktivität

Gesundheitswesen

- Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsinformationen welche frei sind von stigmatisierender Sprache und Schuldzuweisung⁴
- Abbau von Barrieren in der Regelversorgung aufgrund Gewichtsdiskriminierung
- Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Regelversorgung bezüglich der Situation und den Bedürfnissen von hochgewichtigen Personen
- Einbezug von hochgewichtigen Akteurinnen der Gesundheitsförderung, welche nicht vom "Adipositas-Profitkomplex" profitieren
- Systematische Berücksichtigung des neu integrierten horizontalen Ungleichheitsmerkmals Gewicht in Monitorings und Evaluationen
- Sensibilisierung bezüglich Gewichtsstigmatisierung und Körperbild in der Ausbildung von Ärzt/innen und allen Fachpersonen in Sozial- und Gesundheitswesen
- Anregung und Motivierung der Ärzteschaft, das Gesundheitsverhalten und die Anamnese vorurteilsfrei zu erfassen
- Bisherige Erfahrungen von Gewichtsdiskriminierung erfassen und diese Erfahrungen berücksichtigen
- Wiegen nur, wenn es wirklich nötig ist (zur Dosierung von Medikamenten und Anästhesie)
- Die Abschaffung des BMI und Gewichts als alleiniger Gesundheitsparameter
- Bedürfnisorientierte Behandlung, bei einer Grippe ist eine Diät keine evidenzbasierte Empfehlung

Gesundheit

Angestrebter Impact

Reduzierte gesundheitliche Ungerechtigkeit im Hinblick auf die Sterblichkeit (Mortalität), die Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität), die Lebensqualität und das Wohlbefinden.

4 <https://haeshealthsheets.com/>