



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Frauen und Männern mit Adipositas in Deutschland

Vorgelegt von

Anna Christin Reisinger

Matr.Nr.: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Erstprüferin:

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Zita Schillmöller

HAW Hamburg

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Institut für Medizinische Soziologie

Abgabedatum 19.04.2018

I Inhaltsverzeichnis

I Inhaltsverzeichnis	II
II Zusammenfassung	III
III Abbildungsverzeichnis	IV
IV Tabellenverzeichnis.....	V
V Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1. Einleitung	1
2. Übergewicht und Adipositas in Deutschland.....	3
3. Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht.....	6
3.1 Stigmaprozess	6
3.2 Schönheitsideale und ihre stigmatisierende Wirkung	8
3.3 Determinanten stigmatisierender Verhaltensweisen.....	11
3.4 Auswirkung von Stigmatisierung für die Betroffenen	14
4. Fragestellung und Zielsetzung.....	17
5. Methodisches Vorgehen.....	18
5.1 Beschreibung des Studiendesigns	18
5.2 Beschreibung des Erhebungsinstruments	19
5.3 Variablenbeschreibung	21
5.4 Analyseschritte.....	24
6. Ergebnisse.....	29
6.1 Beschreibung der Studienpopulation.....	29
6.2 Korrelationen zwischen den Einflussfaktoren und dem Wunsch nach sozialer Distanz.....	31
6.3 Multivariate Analyse der Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz.....	33
7. Diskussion.....	39
8. Fazit	44
Literaturverzeichnis	XII
Anhang	XVIII

II Zusammenfassung

Hintergrund: Vor allem für Frauen sind Schönheitsnormen in den westlichen Kulturen stark mit einem schlanken Idealbild verknüpft. Übergewicht geht hingegen mit Stigmatisierung und Diskriminierung einher, wobei bisherige Studien zeigen konnten, dass Frauen davon häufiger betroffen sind als Männer. Vor dem Hintergrund der vielfältigen negativen Konsequenzen, die mit gewichtsbedingter Stigmatisierung verbunden sind, gewinnt die Erforschung seiner Determinanten zunehmend an Relevanz, um daraus abgeleitet zielgerichtete Maßnahmen zur Stigmareduktion entwickeln zu können. Wenige Arbeiten beschäftigen sich bislang mit den Determinanten gewichtsbedingter Stigmatisierung in der deutschen Bevölkerung. Eine Betrachtung getrennt nach Geschlecht hat bisher nicht stattgefunden.

Methodik: Die Daten der vorliegenden Analysen basieren auf einer repräsentativen Querschnitterhebung in der deutschen Bevölkerung aus dem Jahr 2017. Den Teilnehmenden wurden verschiedene Vignetten mit einer als stark übergewichtig beschriebenen Person präsentiert. Die Auswertungen beschränken sich auf zwei Teilstichproben, denen (A) eine weibliche ($n=175$) oder (B) eine männliche Vignette ($n=175$) einer oder eines deutschen Rechtsanwaltes vorgelegt wurde. Mittels multipler linearer Regressionen wurden in beiden Teilstichproben Einflussfaktoren auf die Stigmatisierung, gemessen am Wunsch nach sozialer Distanz, untersucht. Dazu wurden neben soziodemografischen Variablen der Body Mass Index (BMI) der/des Befragten, der Kontakt zu übergewichtigen Personen sowie die Stigmakomponenten Fat Phobia und negative emotionale Reaktionen untersucht.

Ergebnisse: Unabhängig vom Geschlecht der Person in der Vignette zeigte sich ein ähnliches Ausmaß negativer Einstellungen (Fat Phobia), negativer Emotionen und sozialer Distanz. Ein höheres Alter und vermehrte negative Emotionen waren signifikant mit dem Ausmaß sozialer Distanz assoziiert. Männer äußerten einen größeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber der männlichen Vignette. Dieser Zusammenhang zeigte sich für die weibliche Vignette nicht. Die untersuchten Prädiktoren führten zu einer Varianzaufklärung von 42,6 % für die soziale Distanz gegenüber Frauen. Für Männer lag diese bei 28,6 %.

Schlussfolgerung: Sowohl für Männer als auch für Frauen zeigten sich ähnliche Determinanten gewichtsbedingter Stigmatisierung, wobei die Unterschiede in der Varianzaufklärung darauf hindeuten, dass im speziellen für die Stigmatisierung übergewichtiger Männer weitere relevante Einflussfaktoren identifiziert werden müssen. Unabhängig vom Geschlecht könnten Präventionsmaßnahmen, zunächst von einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung am Alter und einem höheren Fokus auf die Rolle negativer Emotionen innerhalb des Stigmazprozesses profitieren. Zukünftige Forschung sollte sich weiter mit den Unterschieden gleich- und gegengeschlechtlicher Stigmatisierung und der Rolle des Schönheitsideals in diesem Prozess befassen.

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$)	3
Abbildung 2 Einzelitems der Fat Phobia Skala	22

IV Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Deskriptive Darstellung der Teilstichproben mit Vignette A (weiblich) & Vignette B (männlich)	29
Tabelle 2 Deskriptive Darstellung der Stigmascores der Teilstichproben mit Vignette A (weiblich) & Vignette B (männlich)	30
Tabelle 3 Korrelationskoeffizienten: Einflussfaktoren und Summenscore soziale Distanz, Teilstichprobe B (Vignette männlich)	31
Tabelle 4 Korrelationskoeffizienten: Einflussfaktoren und Summenscore soziale Distanz, Teilstichprobe A (Vignette weiblich)	32
Tabelle 5 Korrelationskoeffizienten: negative emotionale Reaktionen (Einzelitems) und Summenscore soziale Distanz in den Teilstichproben mit Vignette A (weiblich) & Vignette B (männlich)	33
Tabelle 6 Ergebnisse der linearen Regression, Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz; Teilstichprobe B (Vignette männlich)	35
Tabelle 7 Ergebnisse der linearen Regression, Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz; Teilstichprobe A (Vignette weiblich) ..	37

V Abkürzungsverzeichnis

ADM	Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute
B	Regressionskoeffizient
BMI	Body Mass Index
ebd.	ebenda
et al.	lateinisch: et alii, deutsch: und andere
FPS	Fat Phobia Skala/Score
MW	Mittelwert
n	Stichprobengröße
p	Signifikanzwert
r	Korrelationskoeffizient/Effektstärkemaß
R^2 ; ΔR^2	Bestimmtheitsmaß; Differenz im Bestimmtheitsmaß
SD	Standardabweichung
VIF	Varianzinflationsfaktor/Variance Inflation Factor
WHO	World Health Organisation/Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Weltweit hat sich die Adipositasprävalenz zwischen 1975 und 2016 nahezu verdreifacht (World Health Organisation, 2017a). In Deutschland ist der Trend ähnlich, wobei aktuell etwa 47 % der Frauen und 62 % der Männer übergewichtig oder adipös sind (Schienkiewitz, Mensink, & Kuhnert, 2017). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt Adipositas als eine der größten Herausforderungen für Public Health im 21. Jahrhundert (World Health Organisation, 2017a). Dies hängt nicht nur mit den steigenden Prävalenzen, sondern auch mit den verbundenen Krankheitsrisiken und den ökonomischen Folgen zusammen. Starkes Übergewicht erhöht einerseits das Risiko für bestimmte Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie andere, nicht übertragbare Krankheiten und führt zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Andererseits tragen Stigmatisierung und Ausgrenzung übergewichtiger Personen dazu bei, dass auch die psychosoziale Gesundheit wesentlich beeinträchtigt werden kann (World Health Organisation, 2017b).

Sowohl in den Medien als auch im Gesundheitssektor gelten das eigene Ernährungs- und Bewegungsverhalten als primäre Gründe für die Entstehung von Adipositas, was die Eigenverantwortung der Betroffenen in den Fokus stellt und der Entstehung negativer Stereotype Vorschub leistet (Puhl & Brownell, 2001).

Zuschreibungen wie Faulheit, geringe Motivation und ein Mangel an Disziplin und Kompetenz begegnen übergewichtigen Personen in den verschiedensten Bereichen. Sie resultieren in ungleicher Behandlung, Ausgrenzung und Stigmatisierung und wirken sich auf Bildungschancen und Arbeitsleben, Gesundheitsversorgung und Präventionsbemühungen sowie persönliche Beziehungen und die individuelle Gesundheit aus (Puhl & Heuer, 2009).

Link und Phelan definieren Stigma wie folgt: „[...] stigma exists when elements of labelling, stereotyping, separation, status loss and discrimination occur together in a power situation that allows them.“ (Link & Phelan, 2001). Als einen ersten Schritt in diesem Prozess beschreiben sie die Wahrnehmung von Unterschieden, welche je nach vorherrschender soziokultureller Norm bzw. dem jeweiligen Idealbild als mehr oder weniger relevant gewertet werden.

Soziokulturelle Ideale spielen demnach auch bei der Wahrnehmung des Körpergewichts eine entscheidende Rolle (Hebl, King, & Perkins, 2009; Wright & Whitehead, 1987). Während bei Frauen das Idealbild des schlanken Körpers schon lange thematisiert wird (Wright & Whitehead, 1987), und vor allem in den Medien immer wieder präsent ist, rückt bei Männern erst kürzlich das Ideal eines muskulösen Körpers in den Fokus (Brennan, Lalonde, & Bain, 2010; Grossbard, Neighbors, & Larimer, 2011). Äußerlichkeiten und vor allem

Schlankheit sind zudem vor allem für Frauen für die Ausbildung von Selbstwert und gesellschaftlicher Akzeptanz relevant (Filter & Reich, 2012).

Bisherige Studien, die sich mit den Unterschieden in gewichtsbedingter Stigmatisierung bei Männern und Frauen befassen, konnten feststellen, dass Frauen im Vergleich zu Männern zum einen vermehrt gewichtsbedingte Stigmatisierung empfinden (Puhl & Heuer, 2009) und in verschiedenen Bereichen, vor allem in der Arbeitswelt, vermehrt davon betroffen sind (Fikkan & Rothblum, 2012).

Vor dem Hintergrund der Zunahme von Stigmatisierung von Übergewicht und Adipositas (Andreyeva, Puhl, & Brownell, 2008), gewinnt die Erforschung seiner Determinanten zunehmend an Relevanz. Eine Betrachtung getrennt nach Geschlecht hat bisher nicht stattgefunden, weshalb die folgende Arbeit den Fokus auf die Frage legt, welche Faktoren sich jeweils auf die Ausbildung von Stigmatisierung – gemessen an dem Wunsch nach sozialer Distanz – gegenüber übergewichtigen und adipösen Männern und Frauen auswirken.

Um diese Fragen zu beantworten, sowie die Relevanz des Themas weiter zu unterstreichen, wird zunächst eine theoretische Einführung in das Thema gegeben. Für ein besseres Verständnis des Krankheitsbildes werden im folgenden Abschnitt Ursachen und Häufigkeiten von Übergewicht und Adipositas in Deutschland beschrieben. Um die Einflussfaktoren auf gewichtsbedingte Stigmatisierung besser verstehen zu können, wird daran anschließend der Begriff Stigma näher erläutert und die Entstehung von Stigmatisierung anhand des Stigmaprozesses von Link und Phelan erklärt (Link & Phelan, 2001). Im Anschluss daran soll die Rolle des westlichen Schönheitsideals in diesem Prozess beschrieben werden, wobei im speziellen auf Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Idealbild eingegangen wird. Weiterhin wird auf den bisherigen Forschungsstand zu Determinanten stigmatisierender Verhaltensweisen gegenüber übergewichtigen Personen eingegangen. Um die Relevanz des Themas abschließend zu unterstreichen wird letztlich kurz auf die Auswirkungen von gewichtsbedingter Stigmatisierung eingegangen. Als Abschluss des theoretischen Teils werden Ziel und Fragestellung der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Darauf aufbauend werden die Fragestellungen anhand von Daten, die aus einer Querschnittsstudie zu stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Übergewicht in der deutschen Bevölkerung stammen, analysiert. Dazu wird zunächst das methodische Vorgehen genauer beschrieben. Letztlich werden die Ergebnisse vorgestellt, diskutiert und in einem Fazit summiert.

2. Übergewicht und Adipositas in Deutschland

Adipositas wird von der WHO als eigenständige Krankheit klassifiziert und ist durch eine abnorme Akkumulation von Körperfett und starkes Übergewicht gekennzeichnet. Der Body Mass Index (BMI) ist das am häufigsten verwendete Klassifikationsinstrument für Übergewicht und Adipositas. Gebildet wird der Index aus dem Körpergewicht im Verhältnis zu der quadrierten Körpergröße (kg/m^2). Als übergewichtig werden Personen mit einem BMI größer oder gleich $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ eingestuft. Als adipös gelten Personen mit einem BMI ab $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (World Health Organisation, 2017b).

Im Jahr 2016 waren mehr als 1,9 Mrd. und damit etwa 39 % aller Erwachsenen weltweit übergewichtig. Etwa 650 Millionen davon waren adipös. Seit 1975 hat sich die Adipositas-Prävalenz nahezu verdreifacht (ebd.). In Deutschland haben etwa 47 % der Frauen und 62 % der Männer einen BMI von mehr als $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ und sind damit übergewichtig oder adipös. Bei etwa 18 % der Männer und Frauen liegt ein BMI von mehr als $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ vor, womit jeweils knapp ein Fünftel als adipös eingestuft werden kann. Abbildung 1 zeigt die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen. Ähnlich zum globalen Trend sind diese über die Jahre gestiegen. Höhere Prävalenzen zeigen sich mit zunehmenden Alter sowie in den unteren Bildungsgruppen (Schienkiewitz et al., 2017).

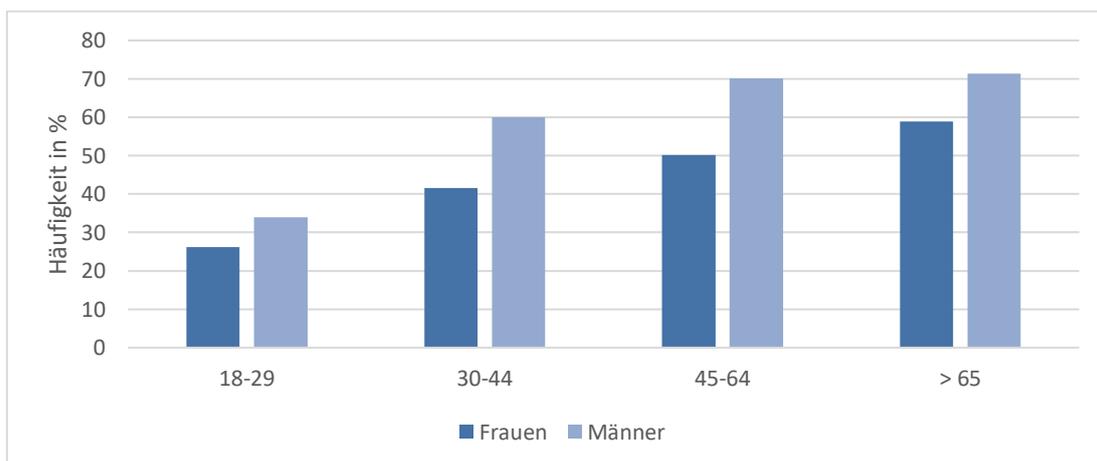


Abbildung 1 Alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$) (Schienkiewitz et al., 2017)

Grundlegend für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas ist ein Ungleichgewicht zwischen Kalorienaufnahme und -verbrauch. Allgemein verbreitet ist die Meinung, Adipositas ließe sich „weitgehend aus einem Zusammentreffen von Bewegungsmangel und schlechter Ernährung“ (Branca, Nikogosian, & Lobstein, 2007) erklären, was auch in den Medien und im Gesundheitssektor als primärer Erklärungsgrund angesehen wird (Puhl & Heuer, 2009). Diese Gründe sind jedoch nur Teil einer komplexen Ätiologie, bei der ebenso biologische und psychosoziale sowie Umwelt- und Verhältnisfaktoren eine Rolle spielen

(Varnaccia & Zeiher, 2017). Eine genetische Prädisposition, hormonelle Erkrankungen oder Medikamenteneinnahme können sich so auf metabolische Mechanismen im Körper auswirken und das Gleichgewicht von Energieaufnahme und -verbrauch beeinflussen (Klein, Krupka, Behrendt, Pulst, & Bleß, 2016). Zu den psychosozialen Faktoren zählen neben emotionalen Regulationsmechanismen beispielsweise in Stresssituationen auch fehlende soziale Ressourcen sowie psychische Erkrankungen, die sich auf das Sättigungsgefühl, die Verdauungsmechanismen und den Energieverbrauch des Körpers auswirken können (Klein et al., 2016, S. 16ff.; Varnaccia & Zeiher, 2017).

Auf individueller Ebene können das eigene Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Schlafmangel und Nikotinentwöhnung zu einer Gewichtszunahme führen (Robert Koch Institut, 2015). Die allgemeine Zunahme des Konsums kalorien- und fettreicher Lebensmittel und die Zunahme körperlicher Inaktivität liegen aber nicht nur in der Verantwortung des Individuums, sondern lassen sich ebenso auf Veränderungen in Gesellschaft und Umwelt zurückführen. So spielt auch der Zugang zu ausgewogenen Lebensmitteln und altersgerechten Bewegungsmöglichkeiten eine Rolle, welche von Faktoren wie Verkehrs- und Städteplanung, veränderten Arbeitsweisen, der Verfügbarkeit verschiedener Lebensmittel sowie deren Kennzeichnung, Vermarktung und Bewerbung beeinflusst werden (Branca et al., 2007; Varnaccia & Zeiher, 2017; World Health Organisation, 2017b).

Präventive Ansätze fokussieren sich bislang primär auf individuelle Verhaltensweisen und Wissensvermittlung. Verhältnispräventive Ansätze sind in Deutschland hingegen nicht flächendeckend umgesetzt, wodurch die komplexe Ätiologie der Adipositas nur teilweise adressiert wird (Klein et al., 2016, S. 57f.).

Gesundheitlich gesehen sind Übergewicht und Adipositas mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert. So ist ein erhöhter BMI Risikofaktor für verschiedene Herz-Kreislauf-Erkrankungen, darunter unter anderem koronare Herzerkrankungen und Schlaganfälle (World Health Organisation, 2017b), welche 2015 die beiden häufigsten Todesursachen darstellten und insgesamt rund 27 % der weltweiten Todesfälle bedingten (World Health Organisation, 2016). Das Risiko für Typ-2-Diabetes ist bei Adipösen verglichen mit Normalgewichtigen etwa um das sechsfache gesteigert und auch das Risiko für Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie für einige Krebserkrankungen erhöht sich mit zunehmendem Gewicht (Branca et al., 2007; Klein et al., 2016, S. 22; World Health Organisation, 2017b).

Gewichtsbedingte Stigmatisierung und Diskriminierung führen zudem zu einer vermehrten Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität. Personen mit Adipositas zeigen häufiger ein geringes Selbstwertgefühl und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und sind vulnerabler für Depressionen und Essstörungen. Vor allem adipöse

Frauen zeigen sich, verglichen mit normalgewichtigen Frauen, wesentlich anfälliger für psychische Beeinträchtigungen, bei Männern ist dieser Zusammenhang weniger deutlich (Klein et al., 2016, S. 27ff.).

Adipositas ist damit nicht nur auf ökonomischer und gesamtgesellschaftlicher Ebene, durch die Verursachung hoher Kosten für das Gesundheitssystem, als eine folgenschwere Krankheit einzustufen (Effertz, Engel, Verheyen, & Linder, 2016). Auch auf individueller Ebene ist die Krankheit mit einem starken Leidensdruck durch das erhöhte Risiko physischer und psychischer Beeinträchtigungen assoziiert. Das der Krankheit anlastende Stigma erschwert die bestehende Krankheitslast weiter, indem es psychische Konsequenzen verstärkt und Präventionsbemühungen erschwert (Puhl & Heuer, 2010). Daher soll im Folgenden auf den Aspekt der Stigmatisierung bei Adipositas näher eingegangen werden.

3. Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht

Etwa ein Viertel aller Deutschen zeigt stigmatisierende Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen (Hilbert, Rief, & Braehler, 2008). Zahlen aus den USA deuten auf einen steigenden Trend hin. So konnte zwischen 1995/96 und 2004/06 eine Zunahme gewichtsbedingter Stigmatisierung von etwa 66 % verzeichnet werden. Frauen empfinden etwa doppelt so häufig gewichtsbedingte Stigmatisierung wie Männer (Puhl, Andreyeva, & Brownell, 2008).

Stigma ist dabei kein einheitlicher Begriff, weshalb er im Folgenden zunächst grob umschrieben und von anlehenden Begrifflichkeiten abgegrenzt werden soll. Anschließend wird der Stigmaprozess nach Link und Phelan genauer beschrieben und auf die Rolle des westlichen Schönheitsideals für die Stigmatisierung von Übergewicht eingegangen. Letztlich soll der bisherige Forschungsstand zu Determinanten und Auswirkungen gewichtsbedingter Stigmatisierung genauer betrachtet werden.

3.1 Stigmaprozess

Das Wort Stigma – ursprünglich aus dem Lateinischen – beschreibt im klassischen Wortsinn ein „Zeichen, Brand- oder Schandmal“ und diente zur Bezeichnung von Personen, die sich in bestimmter Weise von anderen unterscheiden (Goffman, 2003, S. 9; Hillmann, 2007, S. 864).

Beginnend mit den Arbeiten des Soziologen Erving Goffman aus dem Jahr 1963 hat die Wissenschaft seitdem vielfältige Ansätze zur Beschreibung und Konzeptualisierung des Stigmabegriffs hervorgebracht (Pescosolido, 2015).

Im Wörterbuch der Soziologie ist Stigma als „[...] physisches, psychisches oder soziales Merkmal [definiert], durch das eine Person sich von allen übrigen Mitgliedern einer Gruppe (oder der Gesellschaft) negativ unterscheidet und aufgrund dessen ihr soziale Deklassierung, Isolation oder sogar allg. Verachtung droht [...].“ (Hillmann, 2007, S.864).

Angrenzend an den Begriff des Stigmas findet sich eine Vielfalt an Begrifflichkeiten, die ähnliche Phänomene charakterisieren und im Folgenden grob beschrieben werden sollen. So ist ein *Label* zunächst ein Begriff, der bestimmten Personen oder Dingen angehaftet wird, die als abweichend von der Norm empfunden werden, wobei das Label in sich keine Wertung impliziert. *Stereotype* weisen den Labels negative Ansichten über die Gruppe bzw. die Personen zu - beispielsweise die Vorstellung von Inkompetenz. *Vorurteile* zeigen sich dann in der Billigung bzw. der Zustimmung zu dem Stereotyp und äußern sich ggf. in nega-

tiven emotionalen Reaktionen. Diskriminierung beschreibt letztlich die resultierenden Verhaltensweisen, die Stereotype verstärken und zu Benachteiligung führen (Corrigan, 2005; Pescosolido, 2015).

Link und Phelan kombinieren diese Begriffe in ihrem Stigmakonzept und beschreiben Stigmatisierung als den Prozess, in dem „elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows them.“ (Link & Phelan, 2001). Als erste Komponente des Stigmaprozesses beschreiben sie die Wahrnehmung von Normabweichungen und menschlichen Unterschieden. Dabei findet eine soziale Selektion jener Unterschiede statt, die als bedeutend gewertet und mit einem Label versehen werden (ebd., 2001). Der gesellschaftliche Kontext gibt dabei Normen vor, die die Vorstellungen von Unterschieden und ihre gesellschaftliche Relevanz teilbar machen (Martin, Lang, & Olafsdottir, 2009). In der zweiten Komponente werden die gelabelten Normabweichungen mit unerwünschten Charakteristika verbunden, die den Stereotyp formen – ein Aspekt der seit Goffmans Definition zentral in der Konzeptualisierung von Stigma ist. Stereotype entstehen dabei aus kulturell geprägten Vorstellungen und Kategorisierungen und werden nahezu „automatisch“ als Prozess einer „kognitiv effizienten“ Einschätzung neuer und fremder Dinge vergeben. Die Ausgrenzung der gelabelten Personen beschreibt den dritten Schritt des Stigmaprozesses. Es folgt die Konstruktion einer *Wir-Gruppe* und dementsprechend der Ausschluss *der Anderen*, der gelabelten Personen (Link & Phelan, 2001). Letztere werden zu einer homogenen Gruppe verallgemeinert und gleichzeitig als grundlegend verschieden von der *Wir-Gruppe* angesehen. Diese Abgrenzung erleichtert und legitimiert einerseits die Zuschreibung negativer Charakteristika zu *den Anderen*. Andererseits führt sie dazu, dass Personen, die aufgrund eines Merkmals der Gruppe *der Anderen* zugeordnet werden, in vielen weiteren Merkmalen zu einer homogenen Gruppe zusammengefasst werden (Stewart, Keel, & Schiavo, 2006). In der vierten und letzten Komponente beschreiben Link und Phelan den Prozess des Statusverlusts und der Diskriminierung. Diskriminierung beschreibt die Verhaltensweisen oder Bedingungen, die zur Benachteiligung der gelabelten Person führen. Diese können sowohl auf individueller Ebene ausgeübt werden, als auch in strukturellen Gegebenheiten liegen. Letztlich resultiert die Assoziation einer Person mit unerwünschten Charakteristika, ihre Ausgrenzung und Diskriminierung nahezu direkt in einer Abwärtsbewegung innerhalb der Statushierarchie. Benachteiligungen in den verschiedensten Bereichen sind die Folge. Abhängig ist der gesamte Stigmaprozess schließlich von dem Zugang zu sozialer, ökonomischer und politischer Macht (Link & Phelan, 2001). Sie bestimmt die Verfügbarkeit von Ressourcen sowie die Akzeptanz des Handelns und ermöglicht den kompletten Prozess von Missbilligung, Ablehnung, Ausgrenzung und Diskriminierung (Link & Phelan, 2001; Martin et al., 2009).

Der jeweilige soziale Kontext ist damit von besonderer Relevanz in der Entstehung von Stigmatisierung. So zieht ein bestimmtes Merkmal erst dann Stigmatisierung nach sich, wenn es von anderen, die die nötige Macht zur Ausübung stigmatisierender Verhaltensweisen besitzen, als Normabweichung verstanden und auch entsprechend negativ bewertet wird (Goffman, 2003, S. 11). Den Ausgangspunkt stigmatisierender Verhaltensweisen stellen damit die in einer Kultur geteilten Normvorstellungen dar. Um die Stigmatisierung von Adipositas genauer beleuchten zu können, wird daher im Folgenden auf die in der westlichen Kultur vorherrschenden Körpernormen und im speziellen das Schönheitsideal von Männern und Frauen, sowie die gesellschaftlich geteilten Stereotype bei Normabweichung eingegangen.

3.2 Schönheitsideale und ihre stigmatisierende Wirkung

Gegenläufig zu den steigenden Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas wird das körperliche Idealbild westlicher Kulturen zunehmend schlanker (Balke & Nocito, 2013; Schemer, 2003).

Vor allem in der Konstruktion des weiblichen Idealbildes spielt das Gewicht eine zentrale Rolle. So gelten Frauen klassisch als das „schöne Geschlecht“ und die Beschreibung weiblicher Attraktivitätsnormen reicht bis in die Antike zurück. Ausgehend von einem eher üppigen Idealkörper, der in Zeiten von Nahrungsmittelknappheiten mit Gesundheit, Fruchtbarkeit, Macht und Reichtum gleichgesetzt wurde, wandelte sich das Idealbild mit zunehmender Nahrungsmittelsicherheit hin zum heutigen schlanken Körperideal. Durch die ständige Verfügbarkeit und das zunehmend breitere Angebot an Lebensmitteln vor allem in westlichen Bevölkerungen wurde ein schlanker Körper zunehmend mit Disziplin, Beherrschung und Erfolg verbunden (Balke & Nocito, 2013; Jelenko, 2007, S. 85ff.).

Im Gegensatz zur Fokussierung auf das Gewicht bei der Definition weiblicher Körperideale ist das Idealbild von Männern seit der Antike primär, durch Größe und Stärke gekennzeichnet (Mühlen Achs, 2006, S. 22). So definieren sich Idealvorstellungen des weiblichen Körpers primär über Schlankheit während bei Männern vor allem Muskulosität im Vordergrund steht (Groosbard et al., 2011).

Neben diesem Unterschied in der Art und Weise des Schönheitsideals spielt Schönheit außerdem in der Konstruktion der Geschlechterrollen eine unterschiedlich starke Rolle. So wird der Schönheit der Frau größere Relevanz bei der Beurteilung ihrer Attraktivität zugeschrieben und ihr äußeres Erscheinungsbild spielt eine zentrale Rolle in Bezug auf ihre gesellschaftliche Akzeptanz und ihre soziale Stellung. Bei Männern hingegen stehen andere Faktoren wie Erfolg, Leistung und Charisma im Mittelpunkt (Filter & Reich, 2012, S. 12; Jelenko, 2007, S. 86f.). Schon Kindern wird im Laufe der Sozialisation die Relevanz

dieser Werte vermittelt, was dazu führt, dass sich ihr Selbstwertgefühl wesentlich über die oben genannten Faktoren mitbestimmt. Dies zeigt sich bis ins Erwachsenenalter. So gaben Männer in einer Studie mit kanadischen Studierenden ein signifikant höheres Selbstbewusstsein – bezogen auf Erscheinungsbild und Gewicht – an als Frauen. Körperunzufriedenheit bei Männern konnte auf einen empfundenen Mangel an Muskeln und bei Frauen auf ein als zu hoch empfundenes Gewicht zurückgeführt werden (Brennan et al., 2010). Allgemein spielt Schlankheit somit nicht nur eine wichtigere Rolle in der Konstruktion des Schönheitsideals von Frauen, auch sind Schönheit und Schlankheit Werte, die im Laufe des Sozialisationsprozesses stärker von ihnen internalisiert werden und relevanter für die Definition von Selbstwert und gesellschaftlicher Akzeptanz und damit der Beurteilung von außen sind.

Folglich zeigen sich Frauen durch gesellschaftliche Ansprüche und mediale Darstellungen von Attraktivitätsnormen beeinflussbarer als Männer (Schemer, 2003). Diese sind für Frauen allgegenwärtig: „Women in postmodern societies are bombarded with messages from the media, parents and peers that the ideal body is one that is almost impossibly thin.“ (Klaczynski, Goold, & Mudry, 2004).

Parallel zu den Normvorstellungen von Schönheit sind auch die Vorstellungen über relevante Unterscheidungen von der Norm und die damit einhergehenden Stereotype gesellschaftlich geteilt.

So geht das Bewusstsein über gesellschaftliche Körperideale und die damit verbundenen positiven Einstellungen gegenüber Schlankheit mit negativen Einstellungen gegenüber Übergewicht einher (Vartanian, Herman, & Polivy, 2005). Die Identifikation mit dem schlanken Idealbild ist dabei mitbestimmend für das Ausmaß an negativen Einstellungen und Stigmatisierung (Hebl et al., 2009). Herrscht ein negativer kultureller Wert für Übergewicht und die Tendenz, Personen für ihr Gewicht verantwortlich zu machen, geht dies mit vermehrten Vorurteilen gegenüber übergewichtigen Personen einher (Crandall et al., 2001).

Parallel zur Idealisierung von Schlankheit werden Übergewicht und Adipositas zunehmend pathologisiert, wobei die Gründe für übermäßiges Gewicht vor allem in individuellen Verhaltensweisen gesehen werden (Balke & Nocito, 2013). Die Ansicht, der Körper sei eine zu beeinflussende Größe, die in der Gestaltungsmacht des Einzelnen liegt und primär von dem individuellen Ernährungs- und Bewegungsverhalten abhängt, ist in der Gesellschaft weit verbreitet und übersieht die zuvor beschriebene Multikausalität von Übergewicht. Bei einer Abweichung vom idealen Körperbild erfolgen so vermehrt Rückschlüsse auf individuelle Charakterzüge, was in der Zuschreibung negativer Eigenschaften und Stereotype resultiert.

Schwere Körper werden dadurch beispielsweise mit Undiszipliniertheit und Unbeherrschtheit verbunden (Filter & Reich, 2012, S. 46f.). Attraktivität und Schlankheit gehen durch die Normerfüllung hingegen mit Vorstellungen von Leistungsfähigkeit und Erfolg einher und führen zu Bevorzugung in den verschiedensten Bereichen (Brennan et al., 2010; Schemer, 2003). Da sich Schönheitsnormen vor allem auf weibliche Körpermerkmale beziehen und Schlankheit dabei eine zentrale Rolle spielt, hat das Ausmaß an Konformität mit eben diesen Normen besonders bei Frauen eine stigmatisierende oder idealisierende Wirkung (Filter & Reich, 2012, S. 47).

Vor allem den Medien wird bei der Ausprägung und Verbreitung des Schönheitsideals eine wichtige Rolle zugeschrieben. Zum einen lässt sich dies auf die Bewerbung von Nahrungs- und Lifestyleprodukten, die zur Erreichung des Ideals dienen sollen, erklären. Zum anderen ist es auf die idealisierte Darstellung schlanker Körper, die Assoziation von Schlankheit mit wünschenswerten Eigenschaften und die überproportionale Darstellung schlanker Körper im Gegensatz zu ihrem tatsächlichen Anteil an der Gesellschaft zurückzuführen. In den Medien wird somit ein verzerrtes Bild der Gesellschaft wiedergegeben. Einerseits werden so soziale Normen widergespiegelt, indem die Idealbilder der Gesellschaft abgebildet werden. Andererseits wird den Medien auch eine prägende Funktion zugeschrieben. Durch die Darstellung von Idealbildern, Rollen- und Verhaltensmustern beeinflussen und verstärken sie individuelle und gesellschaftliche Idealvorstellungen und führen letztlich dazu, dass Individuen bestrebt sind, den medial vermittelten Idealen zu entsprechen (Ata & Thompson, 2010; Hoffmann, 2017, S. 170). Vor allem eine realistische Einschätzung des Frauenkörpers wird durch die idealisierte Überzeichnung weiblicher Schönheit erschwert (Gläßel, 2017, S. 263).

Ebenso wie die Idealisierung von Schönheit und Schlankheit werden negative Einstellungen gegenüber Übergewicht durch Sozialisationsinstanzen verbreitet. So konnte gezeigt werden, dass übergewichtige Frauen und Männer in den Medien im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesellschaft unterrepräsentiert sind und seltener als attraktiv und erfolgreich dargestellt werden (Eisenberg, Carlson-Mc-Guire, Gollust, & Neumark-Sztainer, 2016; Greenberg, Eastin, Hofschire, Lachlan, & Brownell, 2003). Erhöhter Medienkonsum ist zudem mit vermehrten negativen Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen assoziiert (Latner, Rosewall, & Simmonds, 2007), was unter anderem auf die Verwendung negativer stereotypisierender Darstellungsweisen übergewichtiger Personen in den Medien zurückgeführt werden konnte. (Puhl, Luedicke, & Heuer, 2013).

Neben den Medien, die bereits im Kindesalter eine immer bedeutendere Sozialisationsinstanz werden, spielen auch Familie und Freunde eine wichtige Rolle in der Vermittlung

von Werten, Normen und Verhaltensweisen und damit auch in der Vermittlung von Schönheitsvorstellungen und stigmatisierenden Einstellungen (Geulen, 2007, S. 150) und sind so maßgeblich an der Entstehung gewichtsbedingter Stigmatisierung beteiligt. Außerdem vermitteln stigmatisierende Darstellungen in den Medien den Eindruck, dass stigmatisierende Verhaltensweisen angemessen und akzeptiert sind. Personen, die vermehrt medialen Bildern ausgesetzt sind, gehen durch die Präsenz negativer Stereotype von einem sozialen Konsens in der Äußerung diskriminierender Verhaltensweisen aus und äußern diese so vermehrt (Ata & Thompson, 2010).

Bezogen auf den in Abschnitt 3.1 beschriebenen Stigmaprozess, ist Übergewicht als eine Normabweichung zu verstehen, die mit negativen Stereotypen – beispielsweise Faulheit und Inkompetenz - verbunden wird und so zu Ausgrenzung und Diskriminierung führen kann. Unterschiede in den Körpernormen von Männern und Frauen lassen vermuten, dass Übergewicht als Abweichung von dieser Norm mit unterschiedlicher Relevanz bewertet wird und so zu einem Unterschied in den geäußerten Stereotypen und diskriminierenden Verhaltensweisen gegenüber Männern und Frauen führen kann.

Um weitere relevante Einflussfaktoren auf das Ausmaß gewichtsbedingter Stigmatisierung zu identifizieren soll im Folgenden ein Überblick über den bisherigen Forschungsstand gegeben werden.

3.3 Determinanten stigmatisierender Verhaltensweisen

Faktoren, die sich auf das Ausmaß stigmatisierender Verhaltensweisen gegenüber Übergewicht und Adipositas auswirken sind bisher wenig erforscht. Trotz der zunehmenden Anzahl der Studien in dem Bereich der gewichtsbedingten Stigmatisierung zeigen sich – bezogen auf relevante Einflussfaktoren - teilweise unterschiedliche Ergebnisse, was unter anderem auf die Verwendung unterschiedlicher Instrumente zur Messung der Stigmatisierung zurückzuführen ist.

So zeigen sich vor allem bei der Betrachtung soziodemografischer Determinanten inkonsistente Ergebnisse. Ein höheres Alter (Hebl, Ruggs, Singletary, & Beal, 2008; Lieberman, Tybur, & Latner, 2012; Stein et al., 2014) und eine höhere Bildung (Hilbert et al., 2008; Sikorski, Luppá, Brähler, König, & Riedel-Heller, 2012) konnten so mit einem geringeren Ausmaß an negativen Einstellungen gegenüber Übergewicht und gewichtsbedingter Stigmatisierung in Zusammenhang gebracht werden. Andere Studien finden hingegen einen umgekehrten (Alperin, Hornsey, Hayward, Diedrichs, & Barlow, 2014; Hilbert et al., 2008) oder gar keinen Zusammenhang (Pantenburg et al., 2012; Stein et al., 2014). Auch die berufliche Stellung und das Einkommen sind in verschiedenen Studien inkonsistent mit stig-

matisierenden Einstellungen verbunden (Hilbert et al., 2008; Stein et al., 2014). Relativ konstant hingegen zeigt sich der Einfluss des Geschlechts. So zeigen verschiedene Studien, dass Frauen dazu neigen, Personen mit Übergewicht oder Adipositas weniger zu stigmatisieren als Männer (DePierre, Puhl, & Luedicke, 2013; Hebl et al., 2008; Latner, Stunkard, & Wilson, 2005; Lieberman et al., 2012; Musher-Eizenman & Carels, 2009; Pantenburg et al., 2012; Sikorski et al., 2015).

Aus der Stigmaforschung zu psychischen Erkrankungen ist bereits bekannt, dass die Vertrautheit mit einer Erkrankung zum Abbau ihrer Stigmatisierung führen kann. So konnten vor allem Kontakt zu Betroffenen oder die eigene Betroffenheit (Alexander & Link, 2003; Angermeyer & Matschinger, 1997; Makowski, Mnich, Angermeyer, Löwe, & Knesebeck v. d., 2015; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2013) als Einflussfaktoren auf eine verminderte Stigmatisierung herausgestellt werden. Diese Zusammenhänge konnten auch für die Stigmatisierung von Übergewicht repliziert werden. So zeigte sich, dass persönliches Übergewicht (Alperin et al., 2014; Sikorski et al., 2015, 2012; Stein et al., 2014) sowie der Kontakt zu übergewichtigen Personen (Jackson, James, Poulsen, & Dumford, 2016; Sikorski et al., 2012) mit einer verminderten Äußerung an gewichtsbedingter Stigmatisierung assoziiert ist. Der Kontakthypothese von Allport zufolge zeigen Personen, die positiven Kontakt mit Mitgliedern anderer Gruppen erleben, positivere Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber der Gruppe im allgemeinen (Allport, 1954). Eine Studie untersuchte im speziellen diese positive Art und Weise des Kontakts und zeigte konsistent mit den zuvor beschriebenen Ergebnissen, dass positiver Kontakt zu übergewichtigen Personen zu einer Verminderung der negativen Einstellungen führte. Dieser Zusammenhang war besonders stark bei Personen mit einem höheren BMI. Weiterhin erfasste die Studie den negativen Kontakt zu übergewichtigen Personen. Dieser zeigte im Vergleich zu positivem Kontakt einen stärkeren Zusammenhang mit negativen Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen. Besonders bei Befragten mit niedrigem BMI konnte negativer Kontakt mit vermehrten negativen Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen assoziiert werden (Alperin et al., 2014).

In der vorliegenden Arbeit wird der Wunsch nach sozialer Distanz als Maß zur Erfassung der Stigmatisierung gegenüber übergewichtigen Personen verwendet, ein Instrument, welches in Abschnitt 5.3 genauer beschrieben werden soll. Dieses Instrument ist bisher vor allem in der Stigmaforschung psychischer Erkrankungen erprobt (Albrecht, Walker, & Levy, 1982; Angermeyer & Matschinger, 1997; Knesebeck v. d., Kofahl, & Makowski, 2017; Makowski et al., 2015; Sikorski et al., 2015). Im Bereich der Stigmaforschung zu Übergewicht gibt es bislang kaum Arbeiten, die sich mit den Determinanten sozialer Distanz befassen.

Eine Studie, in der die Stigmatisierung verschiedener Label verglichen wurde, untersuchte unter anderem auch das mit dem Label der bzw. des *Adipösen* assoziierte Stigma. Die Ergebnisse zeigten einen signifikant geringeren Wunsch nach sozialer Distanz von Frauen gegenüber adipösen Personen. Das eigene Übergewicht der oder des Befragten zeigte hingegen keinen Einfluss (DePierre et al., 2013). Auch die *Fat Phobia* eine Skala, die die negativen Einstellungen gegenüber Übergewicht und Adipositas misst, indem sie die Zustimmung zu verschiedenen Stereotypen abfragt (Bacon, Scheltema, & Robinson, 2001; Robinson, Bacon, & O'Reilly, 1993) wurde in der Studie verwendet. Auf diese Skala soll ebenfalls in Abschnitt 5.3 erneut eingegangen werden. Ein Zusammenhang zwischen *Fat Phobia* und *sozialer Distanz* zeigte sich in der Studie von DePierre et al. (2013) nicht, was sich mit den Ergebnissen einer anderen Arbeit deckt (Stein et al., 2014).

Eine weitere Studie von Puhl et al. (2013), die den Einfluss stereotyper Darstellungen adipöser Personen in den Medien untersuchte, befasste sich ebenfalls mit den Determinanten sozialer Distanz. Dazu wurde den Teilnehmenden ein Foto einer adipösen Person vorgelegt, welche unter anderem in ihrem Geschlecht variiert wurde. Das Geschlecht der adipösen Person auf dem Foto zeigte keinen Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz. Bezogen auf die Determinanten sozialer Distanz zeigte sich bei Frauen sowie Teilnehmenden mit einem höheren BMI ein signifikant geringerer Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber adipösen Personen. Alter, Bildung und Einkommen zeigten keinen statistisch signifikanten Einfluss.

Eine Studie von Sikorski et al. (2015) legte den Fokus auf den Einfluss emotionaler Reaktionen auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen und adipösen Personen. Emotionale Reaktionen werden innerhalb des Stigmazprozesses insofern als wichtig erachtet, als dass der gesamte Stigmazprozess – von der Identifikation von Unterschieden oder Normabweichungen, über die Verbindung dieser Abweichungen mit unerwünschten Charakteristika bis hin zur Abgrenzung der gelabelten Personen - direkt mit Gefühlen wie Ärger, Irritation, Beklemmung, Mitleid oder Angst assoziiert ist. Das Verhalten zum Gegenüber wird deutlich spontaner und impulsiver von den emotionalen Reaktionen beeinflusst als von den Zuschreibungen, die aus bestimmten Stereotypen entstehen (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Aus dem Bereich der Stigmazforschung psychischer Erkrankungen konnte der Zusammenhang von emotionalen Reaktionen und dem Wunsch nach sozialer Distanz bereits belegt werden (Angermeyer, Holzinger, & Matschinger, 2010; Angermeyer & Matschinger, 1997). In der Studie von Sikorski et al. (2015) wurde mittels eines Telefonsurveys der Einfluss sieben unterschiedlicher emotionaler Reaktionen auf die soziale Distanz gegenüber übergewichtigen Personen und der Zusammenhang mit dem BMI der oder des Befragten untersucht. Zunächst zeigten sich signifikante Unterschiede in

dem Ausmaß an Sympathie und Unverständnis in Abhängigkeit vom Gewicht der oder des Befragten. Adipöse Personen zeigten verglichen mit normal- und übergewichtigen Befragten positivere Reaktionen – ein größeres Ausmaß an Sympathie und weniger Unverständnis. Diese Emotionen konnten weiterhin mit einem verminderten Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert werden. Auch ein höherer BMI der oder des Befragten war mit einem geringeren Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert. Frauen äußerten im Vergleich zu Männern ebenfalls einen geringeren Wunsch nach sozialer Distanz. Letztlich wurde ein Mediations-effekt getestet und es konnte gezeigt werden, dass der Effekt des BMIs der oder des Befragten auf die soziale Distanz sowohl von Unverständnis als auch von Sympathie mediiert wurde (Sikorski et al., 2015).

3.4 Auswirkung von Stigmatisierung für die Betroffenen

Zuschreibungen wie Faulheit, geringe Motivation und ein Mangel an Disziplin und Kompetenz begegnen übergewichtigen Personen in den verschiedensten Bereichen. Sie resultieren in ungleicher Behandlung, Ausgrenzung und Stigmatisierung und wirken sich nachteilig auf den oder die Betroffene aus. In der Arbeitswelt konnte dies in einer schlechteren Bezahlung übergewichtiger Personen, sowie Benachteiligung bei Einstellungs- und Aufstiegschancen nachgewiesen werden (Puhl & Heuer, 2009). Auch im Bildungssektor sind Stereotype und negative Einstellungen gegenüber Übergewicht präsent. So wird nicht nur von einer Kausalbeziehung ausgegangen, nach der eine geringere Bildung das Risiko für Übergewicht und Adipositas erhöht, sondern auch von einem selektiven Prozess, nach dem sich Übergewicht aufgrund der Präsenz stereotyper Einstellungen nachteilig auf Bildungschancen auswirkt (Kim, Roesler, & Knesebeck v. d., 2017). Auch in zwischenmenschlichen Beziehungen sind stereotype Einstellungen präsent und wirken sich nachteilig auf familiäre, freundschaftliche und romantische Beziehungen aus und beeinflussen so Qualität und Ausmaß sozialer Netzwerkstrukturen (Puhl & Heuer, 2009).

Weiterhin ist gewichtsbedingte Stigmatisierung mit negativen Auswirkungen für die Gesundheit verbunden, wodurch die durch das Übergewicht ohnehin erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken weiter verstärkt werden. Auf individueller Ebene ist Stigmatisierung vor allem mit einem veränderten Gesundheitsverhalten assoziiert. So konnte gezeigt werden, dass gewichtsbedingte Stigmatisierung ungesunde Essgewohnheiten fördert, zur Vermeidung körperlicher Aktivität beiträgt und mit einer verminderten Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung einhergeht. Benachteiligung, Diskriminierung und Ausgrenzung in den verschiedensten Bereichen sind zudem mit einem erhöhten Stresslevel, einem verminderten psychischen Wohlbefinden sowie einem erhöhten Depressionsrisiko verbunden (Puhl & Heuer, 2009, 2010).

Die verminderte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen resultiert unter anderem daraus, dass stigmatisierende Einstellungen gegenüber Übergewicht und Adipositas auch im Gesundheitswesen präsent sind. Vielfach nachgewiesen werden konnte, dass medizinisches Personal Stereotype Vorstellungen und negative Einstellungen gegenüber adipösen Patienten besitzt und ihnen gegenüber mit stigmatisierenden Verhaltensweisen reagiert. Dies beeinflusst nicht nur die Behandlungsmaßnahmen des medizinischen Personals sondern führt auch dazu, dass Betroffene sich benachteiligt oder inadäquat behandelt fühlen (Puhl & Heuer, 2009). Auch der mangelnde Erfolg von Maßnahmen zur Adipositasprävention lässt sich unter anderem auf die im Gesundheitswesen vorherrschenden stereotypen Einstellungen zurückführen. Durch die Fokussierung auf individuelles Ernährungs- und Bewegungsverhalten wird gesellschaftlichen und umweltbedingten Gründen für Adipositas weniger Beachtung geschenkt und verhältnispräventive Maßnahmen nur in unzureichendem Maß implementiert (Puhl & Heuer, 2010).

So gehen Übergewicht, Stigma und gesundheitliche sowie soziale Ungleichheiten miteinander einher und beeinflussen und verstärken sich in ihren Nachteilen gegenseitig (Puhl & Heuer, 2010).

In einer geschlechtergetrennten Betrachtung zeigt sich, dass übergewichtige Frauen durch ihr Gewicht verhältnismäßig mehr Benachteiligung und Diskriminierung erfahren als Männer. So fassen Fikkan und Rothblum (2012) in ihrem Review zusammen, dass übergewichtige Frauen im Vergleich zu Männern sowohl im Bildungssektor und im Arbeitsleben als auch im Gesundheitswesen und in romantischen Beziehungen vermehrt von gewichtsbedingter Stigmatisierung und den resultierenden Nachteilen betroffen sind. Dabei merken sie an, dass Auswirkungen gewichtsbedingter Stigmatisierung für übergewichtige Männer verhältnismäßig wenig erforscht und die Erkenntnisse daher teilweise unzureichend sind.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass das Gewicht in dieser Betrachtung nicht der einzige Faktor ist, der zu potentieller Diskriminierung führen kann. So gilt das Geschlecht, trotz eines zunehmenden Wandels der Geschlechterdifferenzen in den letzten Jahrzehnten, durch die Verbesserung der rechtlichen Gleichstellung und eine zunehmende Integration in das berufliche und politische System, auch heute noch als eine Grundlage sozialer Ungleichheiten und konnte mit vielfältigen Formen von Diskriminierung und Stigmatisierung verbunden werden (Wobbe & Nunner-Winkler, 2007, S. 296). Dies zeigt sich unter anderem in der Arbeitswelt in einem durchschnittlich höheren Lohnniveau für Männer, besseren Karrierechancen und einem höheren Prestige typischer Männerberufe (Meuer, 2008, S. 637ff.). „The double disadvantage hypothesis predicts that adults who hold more than one disadvantaged status may experience worse health than their singly disadvantaged and privileged counterparts.” (Grollman, 2014).

Gehören Individuen zu mehr als einer stigmatisierten Gruppe und ergeben sich daraus kumulative Diskriminierungseffekte, wird dies auch als *multiple* (Slater et al., 2015) oder *layered stigma* (Genberg et al., 2009) bezeichnet. Die Interaktion verschiedener benachteiligender Kategorien wird auch in dem Ansatz der Intersektionalität untersucht. Sie beschreibt ein Konzept, nach dem verschiedene soziale Kategorien und die mit ihnen einhergehenden Vor- und Nachteile miteinander interagieren. So können verschiedene stigmatisierende und diskriminierende Charakteristika potentiell miteinander agieren und zu vermehrter Benachteiligung führen, die sich nicht nur als additiver Effekt der beiden Charakteristika allein ergibt (Himmelstein, Puhl, & Quinn, 2017). Demnach können sich Geschlechts- und Gewichtsstereotypen sowie die resultierenden Benachteiligungen gegenseitig beeinflussen und so potentiell zu Doppel-Stigmatisierung führen.

4. Fragestellung und Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es Einflussfaktoren zu untersuchen, die sich auf die Stigmatisierung von Übergewicht bei Männern und Frauen auswirken, um so ein besseres Verständnis für relevante Einflüsse zu erlangen und letztlich Faktoren zum Abbau von Stigmatisierung abzuleiten.

Die Relevanz dieses Themas leitet sich vor allem aus der steigenden Prävalenz gewichtsbedingter Stigmatisierung ab (Andreyeva et al., 2008), die sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene mit vielfachen negativen Konsequenzen verbunden ist (Puhl & Heuer, 2010). Zudem konnte gewichtsbedingte Stigmatisierung als erschwerender Faktor für Präventionsbemühungen von Übergewicht und Adipositas identifiziert werden (ebd.), was angesichts der zunehmenden Prävalenzen übermäßigen Gewichts und dessen negativen Konsequenzen die Relevanz des Themas weiter unterstreicht.

Eine Betrachtung getrennt nach Geschlecht ist zum einen durch die zuvor beschriebenen Unterschiede in den Idealvorstellungen und der Relevanz von Schlankheit für die Geschlechter angemessen. Zum anderen zeigen bisherige Studien, die sich mit den Unterschieden in gewichtsbedingter Stigmatisierung bei Männern und Frauen befassen, dass Frauen im Gegensatz zu Männern häufiger angeben, gewichtsbedingte Stigmatisierung zu erleben (Puhl & Heuer, 2009), häufiger davon betroffen sind (Fikkan & Rothblum, 2012) und durch die Interaktion von geschlechts- und gewichtsbedingten Stereotypen potentiell multipler Stigmatisierung ausgesetzt sind. Der Wunsch nach sozialer Distanz, der in diesem Fall das Bestreben zur Abgrenzung und zur Vermeidung von Interaktion mit übergewichtigen Personen beschreibt, nimmt eine zentrale Rolle innerhalb des Stigmazprozesses ein (Bogardus, 1925; Link & Phelan, 2001). Wenige Studien haben bisher die Determinanten sozialer Distanz bei der Stigmatisierung von Übergewicht betrachtet (z. B. Sikorski et al., 2015) und eine Untersuchung getrennt nach Geschlecht ist an dieser Stelle nicht bekannt.

Ganz konkret ergeben sich daher folgende Fragestellungen:

- A. Welche Faktoren beeinflussen den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen deutschen **Frauen** mit hohem beruflichem Status?
- B. Welche Faktoren beeinflussen den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen deutschen **Männern** mit hohem beruflichem Status?

Als Einflussfaktoren sollen, abgeleitet aus dem in Abschnitt 3.4 vorgestellten bisherigen Forschungsstand, soziodemografische Variablen, der eigene BMI und Kontakt zu übergewichtigen Personen sowie spezifische Stigmavariablen (Fat Phobia und emotionale Reaktionen) untersucht werden.

5. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen, welches zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen soll, genauer beschrieben. Dazu wird zunächst die Studie, deren Daten als Grundlage der Analyse dienen beschrieben, wobei besonders auf die Rekrutierung der TeilnehmerInnen sowie die Methoden zur Datenerhebung eingegangen wird. Da nicht der gesamte Datensatz für die vorliegende Arbeit verwendet wird, wird zudem die Auswahl der Stichprobe erörtert. Weiterhin werden die in die Analysen einfließenden Variablen genauer beschrieben und abschließend die analytischen Schritte vorgestellt.

5.1 Beschreibung des Studiendesigns

Der Forschungsverbund „Ernährung, Gesundheit und soziale Ordnung in der Moderne: USA und Deutschland“ (EGO) ist ein von der Volkswagen-Stiftung gefördertes Verbundprojekt. Ziel ist es in sieben Teilprojekten „die Bedeutung von Ernährung und Gesundheit für die Ordnung moderner Gesellschaften vom 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart herauszuarbeiten“ (Ludwig-Maximilians-Universität München, n.d.).

Die statistischen Analysen der vorliegenden Arbeit basieren auf Daten, die im Rahmen eines der sieben Teilprojekte erhoben wurde, welches unter Beteiligung des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wird. Ziel des Teilprojektes ist es, den Einfluss von Einstellungen zu Ernährung und Gesundheit auf die Stigmatisierung von Adipositas und dessen Abhängigkeit von sozialen Faktoren wie dem Geschlecht, dem sozialen Status und der ethnischen Zugehörigkeit zu untersuchen. Weiterhin ist von Interesse, wie sich Gesundheitskompetenzen auf die eigene Lebensführung sowie die Selbst- und Fremdwahrnehmung auswirken. Letztlich soll ein weitgehendes Verständnis für die Stigmatisierung von Übergewicht ermöglicht werden, um so als Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen zur Stigmareduktion zu dienen.

Dazu wurde in Deutschland und den USA im Zeitraum von April bis Mai 2017 eine Querschnitterhebung in Form eines vergleichenden Bevölkerungssurveys durchgeführt. Da sich die vorliegende Arbeit nur mit den in Deutschland erhobenen Daten befasst, wird sich im Folgenden ausschließlich auf die deutsche Datenerhebung bezogen. Durchgeführt wurde diese von dem deutschen Markt- und Sozialforschungsinstitut USUMA, ein positives Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg liegt vor.

Da es in Deutschland weder ein allgemein zugängliches Verzeichnis aller Privathaushalte noch eines der privat genutzten Telefonanschlüsse gibt, wurden die Teilnehmenden über eine vom Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM) zur Verfügung gestellten sogenannten ADM-Telefonstichprobe ausgewählt. Der Auswahlrahmen des

ADM-Telefonstichprobensystems umfasst den Nummernraum, der von der Bundesnetzagentur für die Telefonanbieter zur Verfügung gestellt wird und somit prinzipiell alle in der Bundesrepublik Deutschlands nutzbaren Telefonnummern beinhaltet. Dadurch können über eine automatische Nummerngenerierung auch Haushalte erreicht werden, die nicht im Telefonbuch eingetragen sind. Um eine repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung zu erhalten, wurden bei der Auswahl alle Regionen Deutschlands miteinbezogen (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute, 2013).

Etwa 13 % der Bevölkerung in Deutschland ist ausschließlich über Mobilfunkanschlüsse zu erreichen, weshalb zusätzlich eine Ziehung aus der ADM-Mobilfunkstichprobe erfolgte. Dieser sogenannte *Dual-Frame-Ansatz*, also die Ziehung aus zwei Auswahlrahmen, ermöglicht es die Population vollständiger abzudecken und systematische Ausschlüsse zu verringern (Gabler & Häder, 2009). So flossen in die anfängliche Stichprobe 30 % Mobilfunknummern ein.

Zielpersonen waren deutschsprachige Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 18 Jahre alt waren. Erfolgte die Kontaktierung über ein Mobiltelefon war die Zielperson automatisch der oder die BesitzerIn bzw. HauptnutzerIn, sofern sie die zuvor beschriebenen Kriterien erfüllte. War die kontaktierte Person jünger als 18 Jahre wurde dies als neutraler Ausfall abgelegt. In Haushalten, die über Festnetzanschlüsse kontaktiert wurden, erfolgte die Auswahl der Zielperson anhand des *Schwedenschlüssel-Verfahrens*, auch bezeichnet als *Kish-Selection-Grid* (Kish, 1949). Dieses Verfahren ermöglicht die zufällige Auswahl einer Befragungsperson in Mehrpersonen-Haushalten unabhängig von der zunächst kontaktierten Person und der oder dem Interviewenden. So wurden letztlich 1.401 vollständige Interviews durchgeführt. Die Response-Rate lag bei 49,18 %. Abschließend wurde von USUMA eine Gewichtungvariable erstellt, die die Verteilung verschiedener Merkmale in der Stichprobe an die bekannte Verteilung aus der Grundgesamtheit anpasst und so, auftretende Verzerrungen, die beispielsweise durch erhöhte Nonresponse-Raten bestimmter Bevölkerungsgruppen auftreten können, minimieren kann. Alle folgenden Analysen sind mit der von USUMA erstellten Gewichtungvariable gerechnet.

5.2 Beschreibung des Erhebungsinstruments

Die Befragung erfolgte in Form von etwa 30-minütigen computergestützten Telefoninterviews anhand eines standardisierten Fragebogens (sogenannten Computer Assisted Telephone Interviews (CATI)). Zunächst wurden die Teilnehmenden mündlich über die Studie informiert und nach ihrem Einverständnis gefragt.

Zentrales Element der Befragung war der Einsatz von Vignetten, fiktive Kurzgeschichten, in denen eine erdachte Person mit starkem Übergewicht präsentiert wurde. Dazu wurde

Größe und Gewicht der Person beschrieben, welche so gewählt wurden, dass sie einem BMI von etwa 32kg/m² entsprechen. Die sozialen Merkmale der beschriebenen Person wurden in drei Kategorien, dem Geschlecht (männlich/weiblich), dem Berufsstatus (niedrig: Putzfrau/Hausmeister; hoch: Rechtsanwalt/-anwältin) und dem Migrationshintergrund (deutsch-/türkischstämmig) systematisch variiert. Jede mögliche Merkmalskombination wurde in einer Vignette beschrieben, welche zufällig variiert jeweils der gleichen Anzahl von Teilnehmenden vorgelegt wurden. So ergaben sich acht verschiedene Vignettenformen, die jeweils 175 Teilnehmenden vorgelegt wurden. In der vorliegenden Analyse fließen lediglich Daten der Teilnehmenden ein, denen die Vignette des deutschstämmigen Rechtsanwalts bzw. der deutschstämmigen Rechtsanwältin vorgelegt wurde. Diese werden in den Vignetten wie folgt beschrieben:

- A. *Dagmar D. ist mit einer Körpergröße von 1,68 Meter und einem Gewicht von 90 Kilogramm stark übergewichtig. Sie ist 46 Jahre alt und von Beruf Rechtsanwältin.*
- B. *Dieter D. ist mit einer Körpergröße von 1,80 Meter und einem Gewicht von 105 Kilogramm stark übergewichtig. Er ist 46 Jahre alt und von Beruf Rechtsanwalt.*

Vignette A wird im Folgenden auch als *weibliche Vignette*, Vignette B als *männliche Vignette* bezeichnet. Da jede der Vignetten jeweils 175 Teilnehmenden vorgelegt wurde, ergeben sich für die vorliegenden Analysen zwei Teilstichproben dieser Größe. Alle weiteren Analysen beziehen sich ausschließlich auf diese Teilstichproben.

Insgesamt gliedert sich der verwendete Fragebogen in acht Blöcke. Beginnend mit zwei Abschnitten bezüglich des eigenen Gewichts und dem Kontakt zu übergewichtigen Personen schließt die Präsentation der Vignette an, woraufhin der oder die Teilnehmende in vier weiteren Frageblöcken Vignetten-bezogene Fragen zu Einstellungen und Einschätzungen der beschriebenen Person vorgelegt bekam. Der erste dieser Blöcke fragt nach möglichen Ursachen des Übergewichts. Daran anschließend folgen die Kurzform der Fat Phobia Skala, welche zur Messung negativer Einstellungen dient, eine Skala zur Messung der emotionalen Reaktionen und letztlich die Skala, welche den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber der Person misst. Auf diese drei Skalen soll in Abschnitt 5.3 genauer eingegangen werden. Letztlich beinhaltet der Fragebogen zwei weitere Blöcke, die zum einen verschiedene Aspekte der Ernährung und deren Relevanz für die oder den Befragte/n sowie Einstellungen zum eigenen Gewicht abfragen. Abschließend folgen verschiedene Fragen zur Soziodemografie.

Im Folgenden sollen jene Variablen genauer beschrieben werden, die in die späteren Analysen einfließen.

5.3 Variablenbeschreibung

Als Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz werden in der vorliegenden Arbeit soziodemografische Variablen, Variablen der Vertrautheit und stigmaspezifische Variablen untersucht. Als soziodemografische Variablen werden das *Geschlecht*, erfasst und codiert als *männlich (0)* und *weiblich (1)* sowie das *Alter in Jahren* und der *berufliche Status* betrachtet.

Der *berufliche Status* wurde in der vorliegenden Erhebung anhand dreier offen formulierter Fragen erfasst, die eine genaue Beschreibung der beruflichen Tätigkeit abfragen. Die Antworten wurden anhand der *International Standard Classification of Occupations (ISCO)* klassifiziert und letztlich in vier *Skilllevel* zusammengefasst, welche die beruflichen Tätigkeit nach aufsteigendem Komplexitätsgrad ordnen. *Skilllevel 1* umfasst zunächst simple und routinemäßige körperliche oder manuelle Aufgaben. *Skilllevel 2* beinhaltet Tätigkeiten, die das Arbeiten mit Maschinen oder elektronischem Equipment, sowie fortgeschrittene Lese- und Rechenkenntnisse erfordern. *Skilllevel 3* beschreibt Tätigkeiten, die die Durchführung komplexer technischer und praktischer Aufgaben erfordern und tiefgehendes Wissen in einem spezialisierten Feld erfordern. *Skilllevel 4* umfasst letztlich Berufe, die das Lösen komplexer Probleme, Kreativität und Entscheidungsfindungen verlangen und ein umfangreiches faktisches und theoretisches Wissen in einem spezialisierten Feld voraussetzen (International Labour Organization, 2012, S. 12f.).

Um die Vertrautheit mit Übergewicht bzw. zu übergewichtigen Personen abzubilden, werden weiterhin der *BMI* der oder des Befragten und der bisherige *Kontakt* zu übergewichtigen Personen betrachtet. Der *BMI in kg/m²* berechnet sich aus den Selbstangaben zu Größe und Gewicht, die innerhalb des Interviews erhoben wurden. Der *Kontakt* wurde mittels der Frage *Haben oder hatten Sie persönlich Kontakt zu Menschen, die übergewichtig sind?* erfasst. Antworten wurden mit *0* für *nein* und *1* für *ja* codiert.

Stigmatisierende Einstellungen und Verhaltensweisen werden in der vorliegenden Arbeit anhand von drei Skalen abgebildet: *Fat Phobia*, *emotionale Reaktionen* und *Wunsch nach sozialer Distanz*.

Fat Phobia Skala

In der vorliegenden Befragung wurde die Kurzform der ursprünglich von Robinson, Bacon und O'Reilly (1993) stammenden *Fat Phobia Skala* (FPS) verwendet. Diese 14-Item-Kurzform wurde von Bacon, Scheltema und Robinson (2001) entwickelt, indem sie mittels Faktorenanalyse - ein Verfahren zur Dimensionsreduktion, bei dem mehrere manifeste Variablen zu wenigen latenten, sogenannten Faktoren zusammengefasst werden (Field, 2009, S. 628f.) - den ersten Faktor aus der Ursprungsversion der Skala extrahierten. Diese Kurzform

ist auch für den deutschsprachigen Raum validiert (Stein et al., 2014). Die Skala besteht aus 14 verschiedenen Eigenschaftspaaren, die in Form von semantischen Differentialen auf einer fünfstufigen Likert-Skala einander gegenübergestellt sind (siehe Abbildung 2).

Attribut	Rating	Attribut	Kann ich nicht beurteilen
Faul	1 2 3 4 5	Fleißig	
Willensschwach	1 2 3 4 5	Willensstark	
Attraktiv	1 2 3 4 5	Unattraktiv	
Beherrscht	1 2 3 4 5	Unbeherrscht	
Schnell	1 2 3 4 5	Langsam	
Hat Ausdauer	1 2 3 4 5	Hat keine Ausdauer	
Aktiv	1 2 3 4 5	Inaktiv	
Stark	1 2 3 4 5	Schwach	
Maßlos	1 2 3 4 5	Verzichtend	
Mag Essen nicht	1 2 3 4 5	Mag Essen	
Unförmig	1 2 3 4 5	Wohlgeformt	
Isst zu wenig	1 2 3 4 5	Isst zu viel	
Unsicher	1 2 3 4 5	Sicher	
Wenig selbstbewusst	1 2 3 4 5	Sehr selbstbewusst	

Abbildung 2 Einzelitems der Fat Phobia Skala (Originaldarstellung aus dem Fragebogen)

In der vorliegenden Befragung wurde der oder die Teilnehmende gebeten die in der Vignette präsentierte Person für jedes Eigenschaftspaar auf der Skala einzuordnen. Zur Berechnung des *Fat-Phobia Scores* wurden, wo notwendig, Einzelitems invertiert, sodass ein höherer Wert negativeren Zuschreibungen entspricht. Anschließend wurde ein Mittelwertindex aus allen 14 Einzelitems berechnet. Höhere Werte des *FPS-Scores* zeigen so vermehrt negative Zuschreibungen an. Vorherige Studien beschreiben Cut-off-Werte, nach denen ein Score kleiner als 2,5 auf positive oder neutrale Einstellungen und ein Wert größer oder gleich 2,5 auf negative Einstellungen hinweist (Sikorski et al., 2013; Stein et al., 2014). Eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) deutete zunächst in beiden Stichproben auf eine mehrfaktorielle Lösung hin. Ein ähnliches Bild zeigte sich in der Validierungsstudie der deutschen Kurzform der Fat-Phobia Skala (Stein et al., 2014). Vergleichbar mit der Studie erklärte der erste Faktor in den vorliegenden Daten den größten Varianzanteil mit etwa 25 % in beiden Teilstichproben. In Anlehnung an Stein et al. (2014) wird daher von der in der Literatur beschriebenen einfaktoriellen Skala ausgegangen. Die interne Konsistenz der Skala zeigte sich in den beiden vorliegenden Stichproben als akzeptabel (Field, 2009, S. 675f.) mit einem Cronbach's Alpha Reliabilitätskoeffizienten von 0,746 in der Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette und 0,748 in der Teilstichprobe mit der männlichen Vignette.

Emotionale Reaktionen

Emotionale Reaktionen wurden in der vorliegenden Befragung mittels einer Skala gemessen, die aus der Stigmaforschung psychischer Erkrankungen abgeleitet wurde (z. B. Angermeyer et al., 2010; Angermeyer & Matschinger, 1997) und durch Ausschluss und Hinzufügen einzelner Items entsprechend auf die Stigmatisierung von Übergewicht angepasst wurde. Die finale Skala im Fragebogen setzte sich aus neun Items zusammen, die mögliche Reaktionen gegenüber der in der Vignette präsentierten Person abfragen:

- A) *Ich fühle mich durch sie/ihn genervt.*
- B) *Ich reagiere ärgerlich.*
- C) *Ich verspüre Mitleid mit ihr/ihm.*
- D) *Ich verspüre für sie/ihn Sympathie.*
- E) *Ich verspüre das Bedürfnis, ihr/ihm zu helfen.*
- F) *Sie/er löst bei mir Unverständnis aus.*
- G) *Ich fühle mich abgestoßen.*
- H) *Ich verspüre Ekel.*
- I) *Ich finde so etwas unästhetisch.*

Die Teilnehmenden wurden gebeten diese Aussagen auf einer vierstufigen Likert-Skala von 1 *trifft gar nicht zu* bis 4 *trifft voll und ganz zu* zu bewerten.

Aufgrund von theoretischen Überlegungen, angelehnt an vorherige Arbeiten (Sikorski et al., 2015) und mittels Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) konnten die Einzelitems zu zwei Faktoren zusammengefasst werden. Für den ersten Faktor, mit den Emotionen *genervt*, *ärgerlich*, *Unverständnis*, *abgestoßen*, *Ekel* und *unästhetisch* liegt die interne Konsistenz in der Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette bei Cronbach's Alpha = 0,761 und in der Teilstichprobe mit der männlichen Vignette bei Cronbach's Alpha = 0,790. Aus diesen sechs Items wurde ein Mittelwertindex berechnet, welcher im Folgenden als *negative Emotionen Score* beschrieben wird. Dieser errechnete Score zeigt wie die Einzelitems Werte von eins bis vier, wobei höhere Werte für vermehrte negative Emotionen stehen.

Der zweite Faktor mit den Emotionen *Mitleid*, *Sympathie* und *Bedürfnis zu helfen* zeigt eine deutlich geringere interne Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha von 0,179 in der Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette und 0,440 in der Teilstichprobe mit der männlichen Vignette. Aufgrund der unakzeptablen internen Konsistenz wurde die zweite Subskala aus den folgenden Analysen ausgeschlossen.

Wunsch nach sozialer Distanz

Das Konzept der sozialen Distanz ist auf den amerikanischen Soziologen Bogardus (1925) zurückzuführen und nimmt eine zentrale Rolle in dem von Link & Phelan (2001) beschriebenen Stigmazprozess ein, indem es den Wunsch zur Abgrenzung und zur sozialen Distanzierung von einer bestimmten Gruppe umschreibt. Zur Messung des Wunsches nach sozialer

Distanz wurde in der vorliegenden Erhebung eine Skala verwendet, die von Link, Cullen, Frank, & Wozniak (1987) entwickelt wurde und eine abgeleitete Version der ursprünglichen Sozialen Distanz Skala nach Bogardus (1925) darstellt. Auch die deutsche Version der Skala wurde bereits in verschiedenen Studien verwendet (Angermeyer & Matschinger, 1997; Makowski et al., 2015; Sikorski et al., 2015). Es werden sieben Items zu verschiedenen Bereichen sozialer Interaktionen präsentiert:

- A) *Wenn ich ein Zimmer zu vermieten hätte, würde ich jemanden mit einem solchen Problem als Untermieter nehmen.*
- B) *Ich würde so jemanden als Arbeitskollegen akzeptieren.*
- C) *Mir wäre so jemand als Nachbar recht.*
- D) *Ich würde so jemandem meine Kinder für einige Stunden zur Aufsicht anvertrauen.*
- E) *Ich wäre damit einverstanden, dass so jemand in meine Familie einheiratet.*
- F) *Ich würde eine Freundin von mir mit so jemandem bekannt machen.*
- G) *Wenn einer meiner Bekannten eine Arbeitsstelle zu besetzen hätte, dann würde ich ihm so jemanden empfehlen.*

Zu jedem Item wurden die Teilnehmenden gebeten, auf einer vierstufigen Likert-Skala von 1 *trifft gar nicht zu* bis 4 *trifft voll und ganz zu* anzugeben, wie sie in der jeweiligen Situation zur Interaktion mit der in der Vignette beschriebenen Person stehen. Für die Analysen wurden die Items umgepolt, sodass höhere Werte einen größeren Wunsch nach sozialer Distanz anzeigen. Aus dem Mittelwert aller Einzelitems wurde ein Summenscore errechnet, welcher Werte von 7 bis 28 annimmt und ebenso mit höheren Werten einen größeren Wunsch nach sozialer Distanz widerspiegelt. Die interne Konsistenz der Skala liegt bei einem Cronbach's Alpha von 0,839 in der Stichprobe, der die männliche Vignette vorgelegt wurde und 0,895 in der Stichprobe, der die weibliche Vignette vorgelegt wurde. Dieser Summenscore wird in der nachfolgenden Analyse als abhängige Variable zur Untersuchung der Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz verwendet.

5.4 Analyseschritte

Wie zuvor beschrieben beziehen sich alle folgenden Analyseschritte auf die beiden Teilstichproben, denen (A) die weibliche oder (B) die männliche Vignette der deutschen Rechtsanwältin oder des deutschen Rechtsanwaltes vorgelegt wurde. Alle Analysen werden zudem mit der von USUMA erstellten GewichtungsvARIABLE gerechnet. Durchgeführt werden die statistischen Analysen mit dem Programm IBM SPSS Statistics Version 22 (IBM Corp. Released, 2013). Das Signifikanzniveau wird für alle nachfolgenden Berechnungen auf $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Basierend auf den in Abschnitt 4 vorgestellten Fragestellungen sollen die Hypothesen

H_{W0}: Verschiedene Faktoren beeinflussen den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen deutschen Frauen mit hohem beruflichem Status nicht.

H_{W1}: Verschiedene Faktoren beeinflussen den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen deutschen Frauen mit hohem beruflichem Status.

anhand des Teildatensatzes A mit der weiblichen Vignette sowie die Hypothesen

H_{M0}: Verschiedene Faktoren beeinflussen den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen deutschen Männern mit hohem beruflichem Status nicht.

H_{M1}: Verschiedene Faktoren beeinflussen den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen deutschen Männern mit hohem beruflichem Status.

anhand des Teildatensatzes B mit der männlichen Vignette getestet werden.

Als Einflussfaktoren auf die soziale Distanz werden die soziodemografischen Variablen *Alter, Geschlecht und Skilllevel* untersucht, sowie die Vertrautheit mit Übergewicht anhand der Variablen *BMI* und *Kontakt* zu übergewichtigen Personen. Letztlich wird der Einfluss der stigmaspezifischen Variablen der *Fat-Phobia Skala* und der Skala der *negativen emotionalen Reaktionen* untersucht, wobei bei den letzteren beiden der Fokus auf den jeweils berechneten Scores liegt.

Für die deskriptive Darstellung der beiden Teilstichproben werden sowohl die soziale Distanz als auch die betrachteten Einflussfaktoren in ihrer Verteilung beschrieben. Je nach Datenniveau erfolgt die Darstellung über Mittelwerte oder relative Häufigkeiten.

Für die stigmaspezifischen Score-Variablen *Fat-Phobia*, *negative Emotionen* und *soziale Distanz* wird zudem mittels T-Test auf Unterschiede zwischen den Vignetten getestet. Die dafür notwendige Voraussetzung der Normalverteilung kann auf Grundlage der ausreichend großen Stichproben angenommen werden (Field, 2009, S. 133f., 326). Um das Ausmaß des Unterschiedes einschätzen zu können, wurde die Effektstärke (*r*) der Unterschiede anhand der von SPSS ausgegebenen T-Statistik und der dazugehörigen Freiheitsgrade berechnet (ebd., S. 341). Die Stärke des Zusammenhangs wird nach Cohen (1988) bei einem *r* zwischen 0,1 und 0,3 zu einem kleinen Effekt, bei einem *r* von 0,3 bis 0,5 zu einem mittleren Effekt und bei *r* größer 0,5 zu einem starken Effekt zusammengefasst.

Um einen Überblick über mögliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen zu bekommen, werden weiterhin Korrelationen, sowohl zwischen den Einflussvariablen als auch mit dem Summenscore der sozialen Distanz berechnet. So kann zunächst untersucht werden, welche Variablen einen Zusammenhang mit dem Wunsch nach sozialer Distanz zeigen. Zudem gibt die Testung auf Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren einen ersten Anhaltspunkt für das Vorliegen von Multikollinearität, eine Annahme für die Berechnung linearer Regressionsmodelle, auf die an späterer Stelle genauer eingegangen wird. Zeigen sich starke Zusammenhänge zwischen einzelnen Prädiktoren müssen in der Regression ggf. Interaktionsterme berücksichtigt werden.

Da in den multivariaten Analysen lediglich die Score-Berechnungen der stigmaspezifischen Skalen betrachtet werden, werden in einer methodischen Vorarbeit weiterhin die Korrelationen der Einzelitems der stigmaspezifischen Skalen mit dem Score der sozialen Distanz betrachtet. So kann dargelegt werden, ob einzelne Emotionen oder negative Zuschreibungen einen besonders hohen Zusammenhang mit dem Wunsch nach sozialer Distanz zeigen. Der Korrelationskoeffizient (r), welcher einen Wert zwischen -1 und +1 einnimmt, deutet die Richtung des Zusammenhangs an. Ein r von -1 steht für eine perfekt negative Korrelation, ein r von +1 steht für einen perfekt positiven Zusammenhang. Um die Stärke des Effekts abzuschätzen wird ebenfalls die Klassifikation nach Cohen (1988) angewandt. Aussagen über die Kausalität können mittels Korrelationen nicht getätigt werden (Field, 2009, S. 186).

Abhängig vom Skalenniveau der jeweiligen Variablen werden unterschiedliche Korrelationskoeffizienten berechnet. Sind beide Variablen, deren Zusammenhang untersucht wird, metrisch skaliert wird eine Pearson-Korrelation durchgeführt. Die dafür notwendige Voraussetzung der Normalverteilung wird ebenfalls auf Grundlage der ausreichend großen Stichproben angenommen (ebd., S.134, 177). Zwischen zwei ordinal oder einer ordinal und einer metrisch skalierten Variable werden Zusammenhänge mittels der non-parametrischen Spearman-Korrelation berechnet (ebd., S.179f.). Ist eine der Variablen dichotom und die zweite metrisch, wird eine punktbiseriale Korrelation durchgeführt. Wird die dichotome Variable mit den Werten 0 und 1 codiert, kann die Korrelation mittels SPSS als Pearson-Korrelation durchgeführt werden (ebd. S. 182f.). Der Zusammenhang zwischen kategorialen Variablen (ordinal, nominal oder dichotom) kann schließlich mittels Chi²-Test bestimmt werden, wobei die Stärke des jeweiligen Zusammenhangs über das Testverfahren Cramer V bzw. Phi bei zwei dichotomen Variablen bestimmt wird (ebd., S. 688, 695). Bei den zu untersuchenden Variablen sind sowohl das Geschlecht als auch der Kontakt dichotom skaliert. Die Skilllevel weisen ein ordinales, Alter und BMI ein metrisches Datenniveau auf. Während die einzelnen Likert-Items der Skalen der Fat-Phobia, der negativen Emotionen sowie der sozialen Distanz ebenfalls ordinal skaliert sind, können die berechneten Likert-Scores für die jeweiligen Skalen hingegen als metrisch angesehen werden (Joshi, Kale, Chandel, & Pal, 2015; Sullivan & Artino, 2013).

Im Hauptschritt der Analysen, wird das Zusammenwirken dieser Variablen mittels multipler linearer Regressionen untersucht, ein Verfahren, welches dazu dient ein Modell für lineare Zusammenhänge zwischen einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen, sogenannten Prädiktoren zu berechnen (Field, 2009, S. 209f.). Dabei wird für jede Einflussvariable ein Regressionskoeffizient b geschätzt, der angibt in welchem Ausmaß der jewei-

lige Prädiktor die abhängige Variable beeinflusst, während der Einfluss aller anderen Prädiktoren im Modell konstant gehalten wird (ebd., S. 238f.). Das sogenannte Bestimmtheitsmaß R^2 gibt letztlich an, wie gut das berechnete Modell zu den vorliegenden Daten passt indem es angibt, wie viel Varianz in der abhängigen Variable durch die Prädiktoren im Modell erklärt werden kann (ebd., S. 211f.).

Als abhängige Variable wird in der vorliegenden Arbeit der Summenscore der sozialen Distanz betrachtet. Die Prädiktoren sollen in drei Blöcken in das Modell aufgenommen werden: 1) Geschlecht, Alter und Skilllevel; 2) BMI und Kontakt und 3) Fat-Phobia-Score und Score der negativen emotionalen Reaktionen. Um die Einflussfaktoren auf die soziale Distanz gegenüber übergewichtigen Frauen und Männern getrennt voneinander betrachten zu können, werden zwei Modelle nach diesem Schema gerechnet – jeweils eines pro Teilstichprobe.

Grundlegend für die Durchführung einer Regression sind verschiedene Annahmen, die besonders dann relevant sind, wenn Rückschlüsse auf die der Stichprobe zugrunde liegende Population gezogen werden sollen. Zunächst sollte die abhängige Variable ein metrisches und die unabhängigen ein metrisches oder dichotomes Datenniveau aufweisen (ebd., S. 220). Lediglich bei der Variable des Skilllevels trifft dies für die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Variablen nicht zu. Daher wurde diese Variable in drei Dummyvariablen umcodiert, wobei das niedrigste Skilllevel die Referenzkategorie bildet (ebd., S. 253f.). Weiterhin gilt die Annahme eines linearen Zusammenhangs zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen, welche anhand von Streudiagrammen innerhalb der Regressionen getestet wird. Zwischen den Prädiktoren hingegen sollte kein perfekter linearer Zusammenhang vorliegen, es wird also die Abwesenheit von Multikollinearität angenommen. Diese Annahme kann anhand des Varianzinflationsfaktors (VIF) untersucht werden. Er zeigt an, ob ein Prädiktor in starkem linearem Zusammenhang mit einem oder mehreren anderen Prädiktoren steht und wird ebenfalls im Zuge der Regression ausgegeben. Ein VIF größer als zehn deutet auf eine Verletzung der Annahme und das Vorliegen von Multikollinearität hin (ebd., S. 224). Weiterhin beziehen sich verschiedene Annahmen auf die Residuen, also die Differenz zwischen den durch das Modell vorhergesagten und den tatsächlich in den Daten beobachteten Werten (ebd., S. 792). Zunächst sollte Varianzgleichheit der Residuen über den gesamten Wertebereich der Prädiktoren vorliegen. Diese Annahme soll geprüft werden, indem im Zuge der Regression Streudiagramme von den Residuen gegen die vorhergesagten Werte erstellt werden. Zeigen diese Streudiagramme in jedem Bereich der geschätzten Werte etwa die gleiche Streubreite auf, gilt die Annahme als erfüllt. Weiterhin können die Residuen gespeichert und der Levene-Test auf Varianzhomogenität durchgeführt werden. Zeigt sich ein signifikantes Ergebnis, bedeutet dies, dass die Residuen keine

zufällige Verteilung aufweisen (ebd. S. 220, 247f.). Außerdem sollten die Residuen unkorreliert bzw. unabhängig voneinander sein. Zur Prüfung werden innerhalb der Regression die standardisierten Residuen gespeichert und anschließend ein Streudiagramm zusammen mit der ID-Nummer erzeugt. Liegt eine gleichmäßige Verteilung ohne auffällige Muster vor, spricht dies für unabhängige Residuen (ebd., S. 220). Die letzte Annahme bezogen auf die Residuen besagt, dass diese eine Normalverteilung aufzeigen sollen. Dies kann zum einen durch die grafische Darstellung der Residuen innerhalb der Regression erfolgen. Werden die standardisierten Residuen gespeichert, kann zudem ein Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung durchgeführt werden (ebd., S. 220, 248ff.). Letztlich wird angenommen, dass die Prädiktoren unkorreliert mit externen, nicht in das Regressionsmodell aufgenommenen Variablen sind und dass die Varianz der Prädiktoren nicht gleich null ist, was mittels deskriptiver Statistik überprüft werden kann. Weiterhin gilt als Faustformel, dass die Stichprobengröße etwa 15-mal so groß wie die Anzahl der Prädiktoren im Modell sein sollte (ebd., S. 220ff.).

6. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der im Methodenteil in Abschnitt 5.4 beschriebenen Analyseschritte dargestellt. Zunächst werden die beiden Teilstichproben deskriptiv beschrieben, wobei Häufigkeit und Verteilung von Geschlecht, Alter, Skilllevel, BMI und Kontakt zu übergewichtigen Personen, sowie die Stigmaitems Fat Phobia, negative Emotionen und die soziale Distanz betrachtet werden. Um einen Überblick über die Zusammenhänge der Variablen zu bekommen, werden im Anschluss die Korrelationen zwischen den einzelnen Variablen betrachtet. Abschließend werden die Ergebnisse der multiplen linearen Regression präsentiert.

6.1 Beschreibung der Studienpopulation

Gewichtet umfassen die beiden Teilstichproben Daten von 190 Teilnehmenden, denen die weibliche Vignette (A) vorgelegt wurde und 161 Teilnehmenden denen die männliche Vignette (B) vorgelegt wurde. Ein Überblick über die Stichprobencharakteristika ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1 Deskriptive Darstellung der Teilstichproben mit Vignette A (weiblich) & Vignette B (männlich)

	Vignette A (weiblich) (n= 190)	Vignette B (männlich) (n=161)
Geschlecht (weiblich in %)	45,5	54,6
Alter (MW (SD))	46,7 (17,2)	50,9 (18,3)
Altersgruppen (in %)		
18 - ≤ 24 Jahre	8,6	8,5
25 - ≤ 39 Jahre	27,6	23,1
40 - ≤ 59 Jahre	36,2	33,4
60 - ≤ 64 Jahre	10,4	11,3
≥ 65 Jahre	17,2	23,7
Skilllevel (in %)		
Level 1	13,0	7,6
Level 2	41,7	48,9
Level 3	22,7	22,5
Level 4	22,6	20,9
BMI in kg/m² (MW (SD))	26,3 (5,2)	26,7 (5,5)

BMI Kategorien (in %)		
Untergewicht (<18,5)	2,7	1,1
Normalgewicht (18,5 - <25)	44,9	40,6
Übergewicht (25 - < 30)	28,1	37,8
Starkes Übergewicht (\geq 30)	24,4	20,5
Kontakt (ja in %)	88,9	82,9

Beide Teilstichproben zeigen ein etwa ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, wobei in der Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette mit 45,5 % weniger Frauen und in der Teilstichprobe mit der männlichen Vignette mit 54,6 % mehr Frauen vertreten sind. Die Altersspanne liegt in Teilstichprobe A zwischen 18 und 89 Jahren und in Teilstichprobe B zwischen 18 und 91 Jahren. In beiden Teilstichproben sind mehr als ein Drittel der Teilnehmenden zwischen 40 und 59 Jahren alt. Die jüngste Altersgruppe ist am seltensten vertreten. Die meisten der Teilnehmenden in beiden Stichproben arbeiten in Berufen, die dem Skilllevel 2 zugeordnet sind. Bei der Stichprobe mit der weiblichen Vignette sind dies 41,7 % der Teilnehmenden, bei der mit der männlichen Vignette 48,9 %. Der BMI liegt im Mittel bei beiden Stichproben bei etwa 26 kg/m². In Teilstichprobe A sind 52,5 % der Teilnehmenden übergewichtig oder stark übergewichtig. In Teilstichprobe B sind dies 58,3 %. Der Großteil beider Stichproben gibt an, Kontakt zu Menschen, die übergewichtig sind zu haben. In Teilstichprobe A sind dies 88,9 %, in Teilstichprobe B 82,9 %.

Eine deskriptive Darstellung der stigmaspezifischen Scores, sowie Signifikanz und Effektstärke des Unterschiedes zwischen den beiden Teilstichproben sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2 Deskriptive Darstellung der Stigmascores der Teilstichproben mit Vignette A (weiblich) & Vignette B (männlich)

	Vignette A (weiblich) (n= 190)	Vignette B (männlich) (n=161)	p*	r
Fat-Phobia Score (MW (SD))	3,23 (0,45)	3,23 (0,47)	,932	,005
Neg. Emotionen Score (MW (SD))	1,55 (0,49)	1,70 (0,52)	,006	,148
Soziale Distanz Score (MW (SD))	11,12 (4,20)	12,42 (3,71)	,002	,164

* T-Test

Der mittlere Fat Phobia-Score liegt für beide Vignetten bei 3,23 und zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vignetten. Der mittlere Score der negativen Emotionen liegt bei 1,55 in der Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette und 1,70 in der Teilstichprobe mit der männlichen Vignette. Dieser Unterschied ist signifikant und zeigt einen kleinen Effekt

($r=,148$). Der mittlere Summenscore des Wunsches nach sozialer Distanz liegt bei der weiblichen Vignette bei 11,12 und bei der männlichen bei 12,42. Dieser Unterschied ist signifikant und zeigt einen kleinen Effekt ($r=,164$).

6.2 Korrelationen zwischen den Einflussfaktoren und dem Wunsch nach sozialer Distanz

Um einen Überblick über die Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren und der sozialen Distanz sowie zwischen den einzelnen Einflussfaktoren zu bekommen sind im Folgenden die Korrelationen getrennt für die Vignetten dargestellt. Tabelle 3 zeigt die Korrelationskoeffizienten für die Teilstichprobe mit der männlichen Vignette.

Tabelle 3 Korrelationskoeffizienten: Einflussfaktoren und Summenscore soziale Distanz, Teilstichprobe B (Vignette männlich)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Soziale Distanz Score	1	-	-	-	-	-	-	-
(2) Neg. Emotionen Score	,359**	1	-	-	-	-	-	-
(3) Fat Phobia Score	,890	,181*	1	-	-	-	-	-
(4) BMI	,370	-,083	-,114	1	-	-	-	-
(5) Kontakt (Ref. kein Kontakt)	-,228**	-,129	-,301**	,095	1	-	-	-
(6) Skilllevel (Ref. Level 1)	-,079	,132	,144	-,197*	,245*	1	-	-
(7) Alter	,199*	-,067	-,124	,160*	-,114	-,070	1	-
(8) Geschlecht (Ref. männlich)	-,233**	-,149	-,155	-,204*	,025	,190	,092	1

* $p<,05$; ** $p<,01$; *** $p<,001$

Geschlecht und Kontakt zeigen schwach negative Zusammenhänge mit dem Summenscore der sozialen Distanz. Das Alter ist schwach positiv mit dem Summenscore der sozialen Distanz korreliert. Lediglich der Score der negativen Emotionen zeigt einen mittelstarken, positiven Zusammenhang. Weitere signifikante Korrelationen mit dem Summenscore der sozialen Distanz zeigen sich für die Teilstichprobe mit der männlichen Vignette nicht. Die signifikanten Korrelationen zwischen den Prädiktoren zeigen fast ausschließlich schwache Zusammenhänge. Lediglich der Kontakt weist einen mittleren negativen Zusammenhang mit dem Fat-Phobia-Score auf.

Tabelle 4 zeigt die Korrelationskoeffizienten für die Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette.

Tabelle 4 Korrelationskoeffizienten: Einflussfaktoren und Summenscore soziale Distanz, Teilstichprobe A (Vignette weiblich)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Soziale Distanz Score	1	-	-	-	-	-	-	-
(2) Neg. Emotionen Score	,540**	1	-	-	-	-	-	-
(3) Fat Phobia Score	,276**	,256**	1	-	-	-	-	-
(4) BMI	-,005	-,224**	-,182*	1	-	-	-	-
(5) Kontakt (Ref. kein Kontakt)	-,154*	-,186*	,095	,028	1	-	-	-
(6) Skilllevel (Ref. Level 1)	,164*	,253**	-,071	-,166*	,095	1	-	-
(7) Alter	,317**	,058	,079	,255**	-,111	-,046	1	-
(8) Geschlecht (Ref. männlich)	,013	-,213**	-,100	-,039	,088	,356**	-,007	1

*p<,05; **p<,01; ***p<,001

Mit der sozialen Distanz zeigen sowohl der Fat-Phobia-Score als auch die Skilllevel einen schwach positiven Zusammenhang, der Kontakt hingegen ist schwach negativ korreliert. Das Alter zeigt einen mittleren positiven Zusammenhang auf. Der Score der negativen Emotionen ist stark positiv mit der sozialen Distanz korreliert. Das Geschlecht und der BMI sind nicht signifikant mit der sozialen Distanz korreliert. Die signifikanten Korrelationen zwischen den Prädiktoren zeigen fast ausschließlich schwache Zusammenhänge. Lediglich das Geschlecht der oder des Befragten zeigt einen mittleren positiven Zusammenhang mit den Skillleveln.

Weiterhin wurden die Korrelationen der Einzelitems der stigmaspezifischen Skalen mit dem Score der sozialen Distanz betrachtet. Für die Items der Fat-Phobia Skala zeigten sich in beiden Teilstichproben kaum signifikante Zusammenhänge und diese weisen lediglich geringe Effekte auf (siehe Anhang A1). Die Korrelationen zwischen den Einzelitems der negativen emotionalen Reaktionen in den beiden Teilstichproben sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5 Korrelationskoeffizienten: negative emotionale Reaktionen (Einzelitems) und Summenscore soziale Distanz in den Teilstichproben mit Vignette A (weiblich) & Vignette B (männlich)

		Summenscore Soziale Distanz	
		Vignette A (weiblich)	Vignette B (männlich)
Neg. emotionale Reaktionen	<i>Genervt</i>	,513^{***}	,243^{**}
	<i>Ärgerlich</i>	,304^{**}	,204[*]
	<i>Unverständnis</i>	,364^{**}	,239^{**}
	<i>Abgestoßen</i>	,346^{**}	,395^{**}
	<i>Ekel</i>	,449^{**}	,230^{**}
	<i>unästhetisch</i>	,361^{**}	,145

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Die einzelnen negativen emotionalen Reaktionen sind in der Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette alle signifikant positiv mit dem Summenscore der sozialen Distanz korreliert. Alle Emotionen zeigen mindestens einen mittleren positiven Zusammenhang mit der sozialen Distanz. Die Emotionen *Ekel* und *genervt* sind stark positiv mit der sozialen Distanz korreliert.

Bei der männlichen Vignette ist lediglich die Emotion, die Person als *unästhetisch* zu empfinden, nicht signifikant mit der sozialen Distanz korreliert. Die Zusammenhänge sind größtenteils schwach positiv. Lediglich die Korrelation zwischen der Emotion *abgestoßen* und der sozialen Distanz zeigt einen mittleren Zusammenhang auf.

Im Folgenden sollen, aufbauend auf die zuvor beschriebenen bivariaten Zusammenhänge, die zu untersuchenden Einflussfaktoren auf die soziale Distanz in ihrem Zusammenwirken analysiert werden.

6.3 Multivariate Analyse der Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz

Um den Einfluss verschiedener Faktoren auf die soziale Distanz gegenüber Übergewichtigen Männern und Frauen zu testen, wurden multiple lineare Regressionen in den beiden Teilstichproben durchgeführt.

Zunächst sollen die Ergebnisse der Annahmenprüfung für die lineare Regression beschrieben werden (vgl. Anhang A2). Bei der Teilstichprobe, der die weibliche Vignette vorgelegt wurde, zeigt der Kolmogorov-Smirnov-Test ein signifikantes Ergebnis, wodurch keine Normalverteilung der Residuen angenommen werden kann. Ebenso der Levene-Test, um auf Gleichheit der Varianzen zu testen, zeigt ein signifikantes Ergebnis, womit die Annahme der Varianzhomogenität verletzt ist. Beide Tests waren in der Teilstichprobe, der die männ-

liche Vignette vorgelegt wurde, nicht signifikant, wodurch die Annahmen als erfüllt angesehen werden können. Die grafische Testung der Linearität und der unabhängigen Residuen deutet in beiden Stichproben auf eine Erfüllung dieser Annahmen hin. Auch der VIF liegt in beiden Stichproben unter dem Wert von zehn, wodurch keine schwere Verletzung der Annahme auf Multikollinearität zu vermuten ist. Dies unterstützt die bivariaten Ergebnisse, in denen sich keine starken Zusammenhänge zwischen den einzelnen Einflussfaktoren zeigten.

Für alle Modelle in beiden Stichproben zeigt die Berechnung der F-Statistik einen signifikanten Gesamteffekt der jeweiligen Prädiktoren im Modell auf die soziale Distanz auf *einem* Niveau von p kleiner oder gleich 0,001 (siehe Tabelle 6 und 7).

Zunächst sollen die Modelle für die Teilstichprobe, der die männliche Vignette vorgelegt wurde beschrieben werden. Diese sind in Tabelle 6 abgebildet.

Tabelle 6 Ergebnisse der linearen Regression, Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz; Teilstichprobe B (Vignette männlich)

Variablen	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	B (SE)	Beta	p	B(SE)	Beta	p	B (SE)	Beta	p
(Konstante)	9,446 (1,817)		<,001	12,522 (2,410)		<,001	9,023 (3,534)		,012
Geschlecht (Ref. männlich)	-1,638 (0,621)	-,222	,009	-1,679 (0,636)	-,227	,009	-1,655 (0,606)	-,224	,007
Alter	0,047 (0,018)	,224	,009	0,043 (0,018)	,205	,019	0,056 (0,018)	,268	,002
Skilllevel (Ref. Skilllevel1)									
Skilllevel 2	2,530 (1,527)	,342	,100	2,257 (1,540)	,306	,145	1,003 (1,530)	,136	,513
Skilllevel 3	0,165 (1,572)	,019	,916	0,226 (1,564)	,026	,886	-1,132 (1,559)	-,130	,469
Skilllevel 4	1,425 (1,590)	,163	,372	1,165 (1,576)	,133	,461	-0,185 (1,571)	-,021	,907
BMI (kg/m ²)				-0,048 (0,061)	-,070	,434	-0,036 (0,058)	-,053	,536
Kontakt (Ref. Nein)				-1,658 (0,850)	-,166	,053	-1,061 (0,879)	-,106	,230
Neg. emotionale Reaktionen Score							2,315 (0,589)	,327	<,001
Fat-Phobia Score							-0,235 (0,664)	-,030	,724
R ² , ΔR ²	R ² =,163; ΔR ² =,163; p<,001			R ² =,196; ΔR ² =,033; p=,082			R ² =,286; ΔR ² =,090; p=,001		
Anova	F _(6, 127) =4,93; p<,001			F _(7, 125) =4,33; p<,001			F _(9, 123) =5,47; p<,001		

Das erste Modell, in dem der Einfluss der soziodemografischen Variablen Geschlecht, Alter und Skilllevel auf die soziale Distanz untersucht wurde, zeigt eine Varianzaufklärung von 16,3 %. Werden BMI und Kontakt im zweiten Modell mitaufgenommen, führt dies zu einem Anstieg der Varianzaufklärung auf 19,6 %, wobei die Differenz zum ersten Modell statistisch nicht signifikant ist ($p=,082$). Wird der Fat-Phobia Score und der Score der negativen emotionalen Reaktionen im dritten Modell mitaufgenommen, zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Varianzaufklärung auf 28,6 % ($p=0,001$).

Alter und Geschlecht zeigen in allen drei Modellen einen signifikanten Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber dem in der Vignette beschriebenen übergewichtigen Mann. Das Alter zeigt im finalen Modell innerhalb der soziodemografischen Variablen den stärksten Einfluss, wobei der Wunsch nach sozialer Distanz mit zunehmendem Alter ansteigt ($\beta=,268$; $p=,002$). Weiterhin zeigen Frauen gegenüber der männlichen Vignette einen signifikant geringeren Wunsch nach sozialer Distanz als Männer ($\beta=-,224$; $p=,007$).

Teilnehmende mit den Skillleveln 2, 3 und 4 zeigen in den ersten beiden Modellen eine höhere soziale Distanz verglichen mit Personen mit dem Skilllevel 1. Wenn im dritten Modell die Scores der negativen emotionalen Reaktionen und der Fat-Phobia berücksichtigt werden, verringern sich alle Effekte der Skilllevel, wobei sich für das dritte und vierte Level die Richtung des Effekts ändert. Die Effekte der Skilllevel sind in keinem der Modelle signifikant.

Ein höherer BMI und die Angabe von Kontakt führen zu einer geringeren sozialen Distanz. Auch ein höherer Fat-Phobia Score verringert den Wunsch nach sozialer Distanz. Der Einfluss dieser drei Faktoren ist statistisch nicht signifikant. Im dritten Modell ist so neben dem Einfluss von Alter und Geschlecht lediglich der Score der negativen Emotionen signifikant mit dem Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert. Negative Emotionen zeigen, verglichen mit den anderen Prädiktoren, den stärksten Einfluss, wobei vermehrte negative emotionale Reaktionen mit einem größeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber der männlichen Vignette assoziiert sind ($\beta=0,327$; $p<,001$).

Die Ergebnisse der Regressionen in der Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette sind in Tabelle 7 abgebildet.

Tabelle 7 Ergebnisse der linearen Regression, Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz; Teilstichprobe A (Vignette weiblich)

Variablen	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	B (SE)	Beta	p	B(SE)	Beta	p	B (SE)	Beta	p
(Konstante)	5,957 (1,130)		<,001	7,586 (2,074)		<,001	-4,304 (2,891)		,139
Geschlecht (Ref. männlich)	-0,472 (0,706)	-,056	,505	-0,417 (0,716)	-,049	,561	1,002 (0,623)	,118	,110
Alter	0,078 (0,020)	,308	<,001	0,083 (0,021)	,327	<,001	0,065 (0,018)	,258	<,001
Skillevel (Ref. Skillevel1)									
Skillevel 2	2,291 (1,055)	,269	,032	2,380 (1,063)	,280	,027	0,878 (0,912)	,103	,337
Skillevel 3	2,756 (1,176)	,267	,021	2,668 (1,187)	,258	,026	0,043 (1,054)	,004	,967
Skillevel 4	2,025 (1,134)	,199	,076	1,943 (1,146)	,191	,092	-0,143 (1,006)	-,014	,887
BMI (kg/m²)				-0,059 (0,066)	-,076	,369	-0,044 (0,056)	,056	,440
Kontakt (Ref. Nein)				-0,358 (1,099)	-,026	,745	0,242 (0,939)	,017	,797
Neg. emotionale Reaktionen Score							4,534 (0,649)	,540	<,001
Fat-Phobia Score							1,040 (0,696)	,106	,138
R², ΔR²	R ² =,154; ΔR ² =,154; p<,001			R ² =,159; ΔR ² =,005; p=,630			R ² =,426; ΔR ² =,267; p<,001		
Anova	F _(6,142) =5,161; p<,001			F _(7,140) =3,791; p=,001			F _(9,138) =11,356; p<,001		

Die Varianzaufklärung durch die Prädiktoren Geschlecht, Alter und Skilllevel im ersten Modell liegt bei 15,4 %. Werden BMI und Kontakt im zweiten Modell mitaufgenommen führt dies zu einem Anstieg der Varianzaufklärung auf 15,9 %, wobei die Differenz zum ersten Modell nicht signifikant ist ($p=,630$). Durch das Einfügen des Fat-Phobia Scores und des Scores der negativen emotionalen Reaktionen im dritten Modell zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Varianzaufklärung auf 42,6 % ($p<0,001$).

Das Alter zeigt in allen drei Modellen einen signifikanten Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber der in der Vignette beschriebenen übergewichtigen Frau. Ein höheres Alter ist mit einem größeren Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert (Modell 3: $\beta=,258$; $p<,001$).

Das Geschlecht zeigt keinen signifikanten Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber der weiblichen Vignette. In den ersten beiden Modellen ist das Geschlecht negativ assoziiert. Frauen zeigen somit eine geringere soziale Distanz gegenüber der weiblichen Vignette als Männer. Wenn im dritten Modell die stigmaspezifischen Variablen hinzugefügt werden, dreht sich dieser Effekt, sodass Frauen eine höhere soziale Distanz zeigen ($\beta=,118$; $p=,110$). Auch der Effekt der Skilllevel ändert sich im dritten Modell. Während Personen mit den Skillleveln 2 und 3, verglichen mit Personen des Skilllevels 1, in den ersten beiden Modellen eine signifikant höhere soziale Distanz zeigen, nimmt dieser Effekt im dritten Modell ab und ist nicht mehr signifikant.

BMI, Kontakt und Fat-Phobia Score sind, wie bei den Modellen der männlichen Vignette, nicht signifikant mit dem Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert. Anders als in den Modellen der männlichen Vignette ändert sich der Einfluss des Kontakts im dritten Modell, sodass bestehender Kontakt mit einer höheren sozialen Distanz einhergeht ($\beta=,017$; $p=,797$). Auch der Fat-Phobia Score zeigt einen umgekehrten Einfluss. So ist eine höhere Fat-Phobia mit einem größeren Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert ($\beta=,106$; $p=,138$). Der Score der negativen emotionalen Reaktionen zeigt sich als stärkster Einflussfaktor im Modell ($\beta=,540$; $p<,001$). Vermehrte negative Emotionen gehen so mit einem größeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber der in der Vignette beschriebenen übergewichtigen Frau einher.

Insgesamt zeigt sich, dass negative Emotionen den stärksten Einfluss auf den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen Frauen und Männern haben. Auch ein höheres Alter ist mit einem größeren Wunsch nach sozialer Distanz sowohl gegenüber Männern als auch gegenüber Frauen assoziiert. Ein Einfluss des Geschlechts auf den Wunsch nach sozialer Distanz zeigt sich lediglich gegenüber übergewichtigen Männern. So zeigen Frauen gegenüber Männern eine geringere soziale Distanz als Männer.

7. Diskussion

Gewichtsbedingte Stigmatisierung ist ein zunehmendes Problem, welches auch in Deutschland präsent ist (Hilbert et al., 2008; Puhl et al., 2008). Bisherige Studien zeigen, dass sich Frauen häufiger durch ihr Gewicht stigmatisiert fühlen und dadurch häufiger von Benachteiligungen und Diskriminierung betroffen sind (Fikkan & Rothblum, 2012; Puhl et al., 2008). Dieser Geschlechtsunterschied zeigte sich in der vorliegenden Arbeit nicht. So konnten deskriptiv zunächst höhere Tendenzen negativer Emotionen sowie ein größerer Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen Männern festgestellt werden, diese Unterschiede waren jedoch minimal. Auch der mittlere FPS-Score zeigte sich für Frauen und Männer ähnlich und lag mit einem Wert von 3,23 über den beschriebenen Cut-off-Werten, die FPS-Werte von über 2,5 als negative Gesamteinstellungen klassifizieren (Sikorski et al., 2013; Stein et al., 2014). Puhl et al. (2008) weisen darauf hin, dass das vermehrte Empfinden gewichtsbedingter Stigmatisierung von Frauen unter anderem darin begründet liegt, dass diese, im Gegensatz zu Männern, schon in geringen Gewichtskategorien Stigmatisierung erfahren. Auch Maranto & Stenoien (2000), die die gewichtsbedingte Lohndiskriminierung von Männern und Frauen untersuchen, kommen zu einem ähnlichen Ergebnis, stellen aber zudem fest, dass sich bei stärkerem Übergewicht, welches auch in der vorliegenden Arbeit untersucht wurde, das Ausmaß der Diskriminierung zunehmend angleicht.

Hinsichtlich der Prädiktoren sozialer Distanz konnte sowohl für Männer als auch Frauen der stärkste Einfluss durch negative Emotionen festgestellt werden und auch das Alter zeigte sich für beide Geschlechter als signifikanter Prädiktor. Frauen zeigten zudem einen geringeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber übergewichtigen Männern. Dieser Zusammenhang konnte für den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Frauen nicht festgestellt werden. Alle weiteren Prädiktoren zeigten unabhängig vom Geschlecht der übergewichtigen Person keinen signifikanten Einfluss. Bisherige Forschungserkenntnisse konnten so nur teilweise repliziert werden.

Höheres Alter, welches unabhängig vom Geschlecht der stigmatisierten Person, mit einem zunehmenden Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert war, zeigte sich auch in vorherigen Studien als Einflussfaktor auf vermehrte negative Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen (Hilbert et al., 2008; Sikorski et al., 2013). Dabei wird argumentiert, dass aufgrund des höheren Risikos für Übergewicht im Alter dieses als eine größere Bedrohung gesehen wird und dadurch vermehrten negative Einstellungen hervorruft.

Während vorherige Studien übereinstimmend geringere stigmatisierende Einstellungen von Frauen gegenüber übergewichtigen Personen feststellen (DePierre et al., 2013; Hebl et al., 2008; Latner et al., 2005; Lieberman et al., 2012; Musher-Eizenman & Carels, 2009;

Pantenburg et al., 2012; Sikorski et al., 2015) zeigt sich dieser Zusammenhang in der vorliegenden Arbeit lediglich für die Stigmatisierung übergewichtiger Männer. Gegenüber Frauen zeigte sich hingegen kein Einfluss des Geschlechts. Frauen stigmatisieren Frauen also in einem ähnlichen Ausmaß wie dies Männer tun. Eine mögliche Erklärung dafür könnte die Präsenz des schlanken Schönheitsideals und dessen Relevanz für die Definition von Selbstwert und gesellschaftlicher Akzeptanz von Frauen sein. Auch zeigen Frauen eine höhere Internalisierungsrate des Schönheitsideals als Männer (Brennan et al., 2010). Zwar wird davon ausgegangen, dass Frauen im allgemeinen geringere stigmatisierende Einstellungen, unabhängig von der stigmatisierten Bedingung, als Männer zeigen (DePierre et al., 2013). Das besondere Ausmaß an Internalisierung von Körnernormen könnte jedoch dazu beitragen, dass dies für die Bewertung des Gewichts im speziellen bei Frauen nicht zutrifft. Die Erfassung von Bewusstsein und Internalisierungsraten von Schönheits- und Körnernormen in zukünftigen Arbeiten könnte dazu beitragen, die Unterschiede und das Zusammenspiel der Geschlechter – bezogen auf Stigmatisierte/n und Stigmatisierenden – genauer zu verstehen.

Bezüglich des beruflichen Status, gemessen an den Skillleveln, fand sich in der vorliegenden Arbeit ebenfalls kein konsistenter Zusammenhang mit dem Wunsch nach sozialer Distanz. Während bei der männlichen Vignette keines der Skilllevel einen signifikanten Einfluss zeigte, waren bei der weiblichen Vignette zunächst höhere Skilllevel mit einer höheren sozialen Distanz verbunden, wobei dieser Effekt bei der Adjustierung für negative Emotionen und Fat-Phobia verschwand. Eine schrittweise Aufnahme der Prädiktoren ins Modell zeigte ein starkes Absinken der Koeffizienten der Skilllevel durch das Einfügen der negativen Emotionen, sowohl im Modell der weiblichen, als auch im Modell der männlichen Vignette. Da die Stichproben verhältnismäßig klein für die Anzahl an Prädiktoren in den Modellen sind, konnten Interaktionsterme an dieser Stelle nicht weiter untersucht werden. Auch eine bivariate Betrachtung ließ keine klaren Muster erkennen. Mögliche Interaktionseffekte müssen daher bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, da beispielsweise nicht auszuschließen ist, dass diese zu einer Überschätzung der Varianzaufklärung führen. Verglichen mit vorherigen Studien zeigt sich, dass Sozialstatuscharakteristika sehr inkonsistent mit der Stigmatisierung übergewichtiger Personen verbunden sind (Hilbert et al., 2008; Sikorski et al., 2012; Stein et al., 2014). Bei der Klassifizierung der Skilllevel ist zudem anzumerken, dass ein Großteil der ISCO-Berufshauptgruppen in dem zweiten Skilllevel zusammengefasst werden (International Labour Organization, 2012) und es so eine relativ grobe Klassifikation darstellt, wodurch mögliche Unterschiede im Ausmaß der Stigmatisierung, die sich durch Unterschiede im Berufsstatus ergeben, eventuell nicht erfasst werden können.

Konträr zu vorherigen Untersuchungen, die eine geringere Stigmatisierung ausgehend von Personen mit höherem Gewicht feststellen (Sikorski et al., 2015, 2012; Stein et al., 2014) zeigte auch der BMI in der vorliegenden Arbeit keinen statistisch signifikanten Einfluss. Ähnliche Ergebnisse stellten Latner et al. (2005) fest, die diese durch das Phänomen des Selbststigmas erklären – demnach internalisieren stigmatisierte Individuen die ihnen zugeschriebenen negativen Eigenschaften und erachten diese als angemessen, wodurch sie ein ähnliches Ausmaß an stigmatisierenden Verhaltensweisen zeigen, wie jene die nicht selbst davon betroffen sind. Weiterhin ist die Theorie der Gruppenzugehörigkeit, die beispielsweise Sikorski et al. (2012) heranziehen, um geringere Stigmatendenzen bei Personen mit höherem Gewicht zu erklären, im Bereich der gewichtsbedingten Stigmatisierung kritisch zu sehen. So lässt sich die Gruppenzugehörigkeit durch Veränderungen im Gewicht und fließende Übergänge zwischen den Gewichtsklassen weniger klar abgrenzen, was sich so auf die psychologische Gruppenzugehörigkeit und damit auch auf das Ausmaß stigmatisierender Einstellungen auswirken kann.

Ebenso wenig ließ sich die Kontakthypothese, nach der Personen mit positivem Kontakt zu Mitgliedern anderer Gruppen ihnen gegenüber positiver eingestellt sind, in der vorliegenden Arbeit bestätigen. So zeigte der Kontakt weder bei der Stigmatisierung von Männern noch der von Frauen mit Übergewicht einen signifikanten Einfluss. Dies könnte zum einen dadurch bedingt sein, dass über 80 % der Teilnehmenden in beiden Stichproben Kontakt angeben und so die Stichprobe derjenigen, die noch keinen Kontakt hatten, relativ klein ausfällt. Zum anderen konnten Alperin, Hornsey, Hayward, Diedrichs, & Barlow (2014) zeigen, dass Art und Weise des Kontakts maßgeblich auf das Ausmaß an Stigmatisierung Einfluss nehmen. So war positiver Kontakt zwar mit weniger negativen Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen assoziiert, negativer Kontakt zeigte sich hingegen als deutlich stärkerer Prädiktor negativer Einstellungen. Da in der vorliegenden Arbeit lediglich das Vorliegen von Kontakt, jedoch nicht seine Art und Weise erfasst wurde, lassen sich Unterschiede, die sich dadurch ergeben, nicht abbilden.

Parallel zu anderen Arbeiten (DePierre et al., 2013; Stein et al., 2014), konnte kein Einfluss der Fat Phobia auf den Wunsch nach sozialer Distanz festgestellt werden. Dies geht einher mit Ergebnissen von O'Brien et al. (2008), die feststellen, dass negative Einstellungen gegenüber übergewichtigen Personen häufig nicht angemessen sind, um diskriminierende Verhaltensweisen vorauszusagen. Sie schlussfolgern, dass implizite Einstellungen demnach nicht zwangsläufig mit expliziten Verhaltensweisen einhergehen (O'Brien et al., 2008; O'Brien, Latner, Ebner, & Hunter, 2013).

Die negativen Emotionen zeigten sich in der vorliegenden Arbeit als stärkster Prädiktor sozialer Distanz unabhängig vom Geschlecht der übergewichtigen Person. Dies geht einher mit anderen Studien, die einen starken Zusammenhang negativer Emotionen und sozialer

Distanz feststellen (Angermeyer et al., 2010; Makowski et al., 2015; Sikorski et al., 2015). In den bivariaten Zusammenhängen, zeigten das Empfinden von Ekel oder sich genervt zu fühlen einen besonders großen Zusammenhang mit dem Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Frauen. Gegenüber Männern zeichneten sich weniger starker Zusammenhänge ab. Sich abgestoßen zu fühlen oder Unverständnis zu empfinden zeigte hier den größten Zusammenhang mit dem Wunsch nach sozialer Distanz. Unverständnis wird auch von Sikorski et al. (2015) mit dem Wunsch nach sozialer Distanz in Zusammenhang gebracht. Sie gehen davon aus, dass Unverständnis darüber, warum eine Person von Übergewicht betroffen ist, vor allem durch das Unwissen über die Multikausalität und die Schuldzuweisung zu dem Individuum entsteht. So führt Unverständnis zu wachsender Entfremdung und somit zu sozialer Distanzierung. Auch das Empfinden von Ekel wurde vielfach mit der Stigmatisierung übergewichtiger Personen in Zusammenhang gebracht (Levine & Schweitzer, 2015; Lieberman et al., 2012; Vartanian, Trewartha, Beames, Azevedo, & Vanman, 2017). Levine & Schweitzer (2015) argumentieren, dass das Empfinden von Übergewicht als unattraktiv Reaktionen von Ekel hervorruft, was Menschen dazu bewegt, sich sozial zu distanzieren. Dass sich der Zusammenhang von Ekel und sozialer Distanz besonders stark gegenüber Frauen zeigte, lässt sich ggf. durch die stärkere Relevanz von Schlankheit für die weibliche Attraktivität erklären (Filter & Reich, 2012, S. 26). Zwar zeigen die vorliegenden Ergebnisse die Relevanz negativer Emotionen in der Stigmatisierung übergewichtiger Personen. Welche Rolle die einzelnen Emotionen dabei spielen, wie diese zusammenwirken und welche Unterschiede sich in Abhängigkeit von dem Geschlecht der stigmatisierten Person zeigen, muss jedoch weiter untersucht werden.

Letztlich zeigten die untersuchten Einflussfaktoren eine relativ hohe Varianzaufklärung für den Wunsch nach sozialer Distanz in beiden Stichproben. Für Frauen lag diese bei knapp 43 %, während sie bei Männern bei knapp 29 % lag. Vor allem für die Stigmatisierung übergewichtiger Männer bedarf es so einer Identifikation weiterer Einflussfaktoren. Eine geschlechtsspezifische Untersuchung der Determinanten ist daher weiterhin sinnvoll. Dennoch ist zu beachten, dass die hohen aufgeklärten Varianzen in der vorliegenden Arbeit ggf. durch nicht weiter untersuchte Interaktionen zwischen den Prädiktoren beeinflusst sind. Zwar wurden diese wie zuvor beschrieben bivariat weiter betrachtet, konnten aber aufgrund der begrenzten Stichprobengrößen nicht näher multivariat untersucht werden.

Weiterhin ist methodisch anzumerken, dass nicht alle Annahmen der linearen Regression für die Teilstichprobe mit der weiblichen Vignette erfüllt waren. So lag weder Varianzgleichheit noch eine Normalverteilung der Residuen vor, wodurch die Ergebnisse kritisch zu betrachten sind und ihre Generalisierbarkeit eingeschränkt ist. Bezüglich der Generalisierbarkeit ist weiterhin zu sagen, dass die Präsentation einer Mitte 40-jährigen, deutschstämmigen Person mit hohem beruflichem Status in beiden Vignetten keine Generalisierung der

Ergebnisse auf übergewichtige Personen im Allgemeinen, sondern im Speziellen auf diese Subgruppe zulässt. Da jeder und jedem Teilnehmenden nur eine Vignette vorgelegt wurde, mangelt es zudem an einer Vergleichsvignette, wodurch nicht geklärt werden kann, ob sich die Einstellungen gegenüber der Vignette auf die Merkmalskombination aus Geschlecht und Übergewicht zurückführen lassen, oder ob andere Charakteristika, wie beispielsweise der berufliche Status eine Rolle spielen. Insgesamt ist der Vignetten-Ansatz aber insofern positiv zu beurteilen, als dass er im Vergleich zu experimentellen Methoden relativ einfach durchzuführen ist (Ruggs, King, Hebl, & Fitzsimmons, 2010). Dennoch ist nicht auszuschließen, dass die Antworten, die innerhalb eines Interviews bezüglich der Einstellungen und Reaktionen gegenüber der dargestellten Person gegeben werden, von denen innerhalb wirklicher Interaktionen abweichen. Zudem sind die Vignetten relativ kurz, was angesichts der Interviewsituation angemessen und dennoch als kritisch bei der Interpretation der Ergebnisse zu betrachten ist, da der Kontext, der in tatsächlichen Interaktionen gegeben ist, fehlt. Weiterhin ist ein gewisses Maß an sozialer Erwünschtheit in den Angaben zu erwarten, wodurch das Ausmaß stigmatisierender Einstellungen ggf. unterschätzt wird. Da es sich bei allen Angaben um Selbstangaben handelt, sind weitere Verzerrungen, z. B. bei der Berechnung des BMI, möglich. Durch die kleinen Stichproben im Verhältnis zu der relativ hohen Anzahl an Prädiktoren im Modell ist zudem nicht auszuschließen, dass die gefundenen Ergebnisse zufällig sind. Die Stigmascores der sozialen Distanz, der negativen Emotionen und der Fat-Phobia wurden weiterhin in allen Berechnungen als metrische Variablen betrachtet, wobei die Ansichten darüber, ob es sich bei Score-Berechnungen aus Likert-Items um metrisches oder ordinales Datenniveau handelt, auseinander gehen (Norman, 2010). Daher wurden die Ergebnisse der Korrelationen zusätzlich mit der nichtparametrischen Spearman-Korrelation und die Unterschiede zwischen den Teilstichproben zusätzlich mittels Mann-Whitney getestet, wobei sich ähnliche Ergebnisse zu den parametrischen Tests zeigten (Ergebnisse nicht dargestellt). Die Response-Rate von knapp 50 % ist vergleichbar mit anderen telefonischen Studien (Knesebeck v. d. et al., 2017; Makowski et al., 2015) und wird als befriedigend im Bereich telefonischer Umfragen angesehen (Schlizinger & Schneiderat, 2009). Der Einschluss von Mobilnummer macht es zudem möglich, ein breiteres Feld abzubilden. Dennoch lässt sich ein Selektionsbias bedingt durch erhöhte Non-Responseraten bestimmter Bevölkerungsgruppen nicht ausschließen.

8. Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verdeutlichen, dass übergewichtigen Personen sowohl mit negativen Einstellungen, Emotionen und sozialer Distanzierung begegnet wird. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Auftretens stigmatisierender Verhaltensweisen (Andreyeva et al., 2008) hat die Entwicklung angemessener Maßnahmen zur Reduktion der Stigmatisierung übergewichtiger Personen hohe Relevanz. Dies wird vor allem in Anbetracht der vielfältigen negativen Konsequenzen gewichtsbedingter Stigmatisierung ersichtlich, die sich sowohl im gesundheitlichen als auch im sozialen Kontext ergeben. Da sich Stigmatisierung außerdem negativ auf Bemühungen zur Adipositasprävention auswirkt, wird angesichts der steigenden Prävalenzen von Übergewicht und den verbundenen gesundheitlichen Risiken die Relevanz von Stigmareduktionsmaßnahmen weiter unterstrichen.

Um angemessene Maßnahmen entwickeln zu können und Stigmatisierung gezielt abbauen zu können, ist die Erforschung von Einflussfaktoren und Ursachen von zentraler Bedeutung. Die vorliegende Arbeit ist eine der ersten, die die Determinanten gewichtsbedingter Stigmatisierung gegenüber übergewichtigen Männern und Frauen in der deutschen Bevölkerung untersucht. Bisherige Studien zu gewichtsbedingter Stigmatisierung stammen primär aus den USA, wobei die Determinanten gewichtsbedingter Stigmatisierung generell wenig und vor allem nicht geschlechtsspezifisch erforscht sind.

In der vorliegenden Arbeit stellte sich vor allem der Einfluss zweier Faktoren unabhängig vom Geschlecht der stigmatisierten Person heraus. Zum einen zeigte sich, dass Personen mit zunehmendem Alter einen größeren Wunsch nach sozialer Distanz zeigen. Dies legt eine zielgruppenspezifische Ausrichtung von Reduktionsmaßnahmen am Alter nahe, wobei die Gründe für die höhere Stigmatisierung im Alter weiterer Erforschung bedürfen. Zum anderen konnte ein starker Einfluss negativer Emotionen auf das Ausmaß der Stigmatisierung festgestellt werden. Die Ansprache dieser Emotionen innerhalb von Antistigma-, Informations- oder Aufklärungskampagnen ist daher von besonderer Bedeutung. Eine positivere Darstellung übergewichtiger Personen in den Medien sowie vermehrte Aufklärung über die Multikausalität von Übergewicht sowohl in den Medien als auch im Gesundheitssektor könnten erste Ansätze sein, negative Emotionen abzubauen und zu einem erhöhten Verständnis beizutragen. Mehr Forschung wird benötigt, um den Einfluss emotionaler Reaktionen genauer zu untersuchen und herauszufinden, welche Emotionen von Relevanz sind, wie diese entstehen und zusammenwirken und wodurch sie zu reduzieren sind.

Alle weiteren untersuchten Faktoren zeigten in der vorliegenden Arbeit keine bzw. uneindeutige Einflüsse und waren teilweise konträr zu bisherigen Forschungsergebnissen. Dies

unterstreicht den Bedarf zukünftiger Forschung in diesem Bereich. Die Determinanten gewichtsbedingter Stigmatisierung von Männern und Frauen waren in der vorliegenden Arbeit zwar ähnlich, dennoch zeigten sich Unterschiede, die in zukünftigen Forschungsvorhaben genauer zu betrachten sind. Unterschiede in der Varianzaufklärung deuten darauf hin, dass es vor allem für die Stigmatisierung übergewichtiger Männer einer Identifikation weiterer Einflussfaktoren bedarf und eine geschlechtsspezifische Untersuchung der Determinanten daher weiterhin sinnvoll ist. Zukünftige Forschung sollte sich zudem weiter mit den Unterschieden gleich- und gegengeschlechtlicher Stigmatisierung und der Rolle des Schönheitsideals in diesem Prozess befassen.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, G. L., Walker, V. G., & Levy, J. A. (1982). Social distance from the stigmatized. A test of two theories. *Social Science and Medicine*, 16(14), 1319–1327. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90027-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90027-2)
- Alexander, L. A., & Link, B. G. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271–289. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118267>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Oxford, England: Addison-Wesley.
- Alperin, A., Hornsey, M. J., Hayward, L. E., Diedrichs, P. C., & Barlow, F. K. (2014). Applying the contact hypothesis to anti-fat attitudes: Contact with overweight people is related to how we interact with our bodies and those of others. *Social Science and Medicine*, 123, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.051>
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.35>
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2010). Emotional Reactions to People with Mental Illness. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 19(1), 26–32.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: Results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27(1), 131–141. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004205>
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute. (2013). Die ADM Stichproben für Telefonbefragungen. Retrieved from <https://www.adm-ev.de/telefonbefragungen>
- Ata, R. N., & Thompson, J. K. (2010). Weight bias in the media: A review of recent research. *Obesity Facts*, 3(1), 41–46. <https://doi.org/10.1159/000276547>
- Bacon, J. G., Scheltema, K. E., & Robinson, B. E. (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *International Journal of Obesity*, 25, 252–257.
- Balke, H., & Nocito, A. (2013). Vom Schönheitsideal zur Krankheit - eine Reise durch die Geschichte der Adipositas. *Praxis*, 102(2), 77–83. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001169>
- Bogardus, E. S. (1925). Measuring Social Distance. *Journal of Applied Sociology*, 9, 299–308.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO*. Kopenhagen: World Health Organisation.
- Brennan, M. A., Lalonde, C. E., & Bain, J. L. (2010). Body Image Perceptions: Do Gender Differences Exist? *Psy Chi Journal of Undergraduate Research*, 15(3), 130–138.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: Academic Press.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington (DC): American Psychologie Association.
- Crandall, C. S., D'Anello, S., Sakalli, N., Lazarus, E., Wieczorkowska, G., & Feather, N. T. (2001). An attribution-value model of prejudice: Anti-fat attitudes in six nations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(1), 30–37. <https://doi.org/10.1177/0146167201271003>
- DePierre, J. A., Puhl, R. M., & Luedicke, J. (2013). A New Stigmatized Identity?

- Comparisons of a "Food Addict" Label With Other Stigmatized Health Conditions. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 10–21. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746148>
- Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F., & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *The European Journal of Health Economics*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- Eisenberg, M. E., Carlson-McGuire, A., Gollust, S. E., & Neumark-Sztainer, D. (2016). A Content Analysis of Weight Stigmatization in Popular Television Programming for Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 759–766. <https://doi.org/10.1002/eat.22348>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Fikkan, J. L., & Rothblum, E. D. (2012). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*, 66(9–10), 575–592. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5>
- Filter, D., & Reich, J. (2012). *Bei mir bist Du schön. Kritische Reflexion über Konzepte von Schönheit und Körperlichkeit*. Southern Medical Journal. Hamburg: Centaurus Verlag & Media UG. <https://doi.org/10.1007/978-3-86226-981-5>
- Gabler, S., & Häder, S. (2009). Die Kombination von Mobilfunk- und Festnetzstichproben in Deutschland. In M. Weichbold, J. Bacher, & C. Wolf (Eds.), *Umfrageforschung: Herausforderungen und Grenzen* (pp. 239–252). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91852-5_12
- Genberg, B. L., Hlavka, Z., Konda, K. A., Maman, S., Chariyalertsak, S., Chingono, A., ... Celentano, D. D. (2009). A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 68(12), 2279–2287. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.005>
- Geulen, D. (2007). Sozialisation. In H. Joas (Ed.), *Lehrbuch der Soziologie* (pp. 137–158). Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- Glässel, M.-L. (2017). Werbeschönheiten als Vorbild - Beeinflussen die Werbebilder die eigene Körperwahrnehmung von Frauen? In R. Gugutzer, G. Klein, & M. Meuser (Eds.), *Handbuch Körpersoziologie* (pp. 260–297). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Goffman, E. (2003). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Greenberg, B. S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachlan, K., & Brownell, K. D. (2003). Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1342–1348. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1342>
- Grollman, E. A. (2014). Multiple Disadvantaged Statuses and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/0022146514521215>
- Groosbard, J. R., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2011). Perceived Norms for Thinness and Muscularity among College Students: What Do Men and Women Really Want? *Eating Behaviors*, 12(3), 192–199. <https://doi.org/doi:10.1016/j.eatbeh.2011.04.005>
- Hebl, M. R., King, E. B., & Perkins, A. (2009). Ethnic differences in the stigma of obesity: Identification and engagement with a thin ideal. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(6), 1165–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.04.017>
- Hebl, M. R., Ruggs, E. N., Singletary, S. L., & Beal, D. J. (2008). Perceptions of obesity across the lifespan. *Obesity*, 16(2), 16–22. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.458>

- Hilbert, A., Rief, W., & Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity*, 16(7), 1529–1534. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.263>
- Hillmann, K.-H. (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner.
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Quinn, D. M. (2017). Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), 421–431. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.003>
- Hoffmann, D. (2017). Medien. In R. Gugutzer, G. Klein, & M. Meuser (Eds.), *Handbuch Körpersoziologie. Band 2: Forschungsfelder und methodische Zugänge* (pp. 161–174). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-04136-6>
- IBM Corp. Released. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- International Labour Organization. (2012). *International Standard Classification of Occupations ISCO-08* (Vol. I). Genf: International Labour Office.
- Jackson, J. W., James, A., Poulsen, J. R., & Dumford, J. (2016). Weight bias as a function of person variables and contact experiences. *Journal of Social Psychology*, 156(4), 351–368. <https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1095708>
- Jelenko, M. (2007). Geschlechtsspezifische Ernährungspraktiken. In K.-M. Brunner, S. Geyer, M. Jelenko, W. Weiss, & F. Astleithner (Eds.), *Ernährungsalltag im Wandel. Chancen für Nachhaltigkeit* (pp. 83–96). Wien, New York: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, D. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, 7(4), 396–403. <https://doi.org/10.9734/BJAST/2015/14975>
- Kim, T. J., Roesler, N. M., & Knesebeck v. d., O. (2017). Causation or selection – examining the relation between education and overweight/obesity in prospective observational studies: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18(6), 660–672. <https://doi.org/10.1111/obr.12537>
- Kish, L. (1949). A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *Journal of the American Statistical Association*, 44(247), 380–387. <https://doi.org/10.1080/01621459.1949.10483314>
- Klaczynski, P. A., Goold, K. W., & Mudry, J. J. (2004). Culture, Obesity Stereotypes, Self-Esteem, and the “Thin Ideal”: A Social Identity Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 307–317. <https://doi.org/10.1023/B:JOYO.0000032639.71472.19>
- Klein, S., Krupka, S., Behrendt, S., Pulst, A., & Bleß, H. H. (2016). *Weißbuch Adipositas*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Knesebeck v. d., O., Kofahl, C., & Makowski, A. C. (2017). Differences in depression stigma towards ethnic and socio-economic groups in Germany – Exploring the hypothesis of double stigma. *Journal of Affective Disorders*, 208(August 2016), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.071>
- Latner, J. D., Rosewall, J. K., & Simmonds, M. B. (2007). Childhood obesity stigma: Association with television, videogame, and magazine exposure. *Body Image*, 4(2), 147–155. <https://doi.org/10.1016/J.BODYIM.2007.03.002>
- Latner, J. D., Stunkard, A. J., & Wilson, G. T. (2005). Stigmatized Students: Age, Sex, and Ethnicity Effects in the Stigmatization of Obesity. *Obesity Research*, 13(7), 1226–1231. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.145>

- Levine, E. E., & Schweitzer, M. E. (2015). The affective and interpersonal consequences of obesity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 127, 66–84. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2015.01.002>
- Lieberman, D. L., Tybur, J. M., & Latner, J. D. (2012). Disgust sensitivity, obesity stigma, and gender: Contamination psychology predicts weight bias for women, not men. *Obesity*, 20(9), 1803–1814. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.247>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461–1500.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol*, 27(Lewis 1998), 363–85. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541.
- Ludwig-Maximilians-Universität München. (n.d.). Ernährung, Gesundheit und soziale Ordnung in der Moderne: USA und Deutschland - Zielsetzung. Retrieved from <http://www.ego.sozioologie.uni-muenchen.de/zielsetzung/index.html>
- Makowski, A. C., Mnich, E. E., Angermeyer, M. C., Löwe, B., & Knesebeck v. d., O. (2015). Sex differences in attitudes towards females with eating disorders. *Eating Behaviors*, 16, 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.017>
- Maranto, C. L., & Stenoien, A. F. (2000). Weight discrimination: A multidisciplinary analysis. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 12(1), 9–24. <https://doi.org/10.1023/A:1007712500496>
- Martin, J. K., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2009). Rethinking Theoretical Approaches to Stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67(3), 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>. Rethinking
- Meuer, M. (2008). Geschlechter und Geschlechterverhältnisse. In H. Willems (Ed.), *Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge* (pp. 631–653). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlag.
- Mühlen Achs, G. (2006). Identität und Körperbild: Bedeutung und Einfluss der Kategorie Geschlecht. In B. Stier & N. Weissenrieder (Eds.), *Jugendmedizin Gesundheit und Gesellschaft* (pp. 21–25). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Musher-Eizenman, D., & Carels, R. A. (2009). The impact of target weight and gender on perceptions of likeability, personality attributes, and functional impairment. *Obesity Facts*, 2(5), 311–317. <https://doi.org/10.1159/000235915>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Ebner, D., & Hunter, J. A. (2013). Obesity discrimination: The role of physical appearance, personal ideology, and anti-fat prejudice. *International Journal of Obesity*, 37(3), 455–460. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.52>
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Halberstadt, J., Hunter, J. A., Anderson, J., & Caputi, P. (2008). Do antifat attitudes predict antifat behaviors? *Obesity*, 16(SUPPL. 2), 87–92. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.456>
- Pantenburg, B., Sikorski, C., Lupp, M., Schomerus, G., König, H. H., Werner, P., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048113>

- Pescosolido, B. A. (2015). The Stigma Complex. *Annu. Rev. Sociol.*, 41, 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: Prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, 32(6), 992–1000. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.22>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. A. (2013). The stigmatizing effect of visual media portrayals of obese persons on public attitudes: Does race or gender matter? *Journal of Health Communication*, 18(7), 805–826. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.757393>
- Robert Koch Institut. (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robinson, B. E., Bacon, J. G., & O'Reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 467–480. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199312\)14:4<467::AID-EAT2260140410>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199312)14:4<467::AID-EAT2260140410>3.0.CO;2-J)
- Ruggs, E. N., King, E. B., Hebl, M. R., & Fitzsimmons, M. (2010). Assessment of weight stigma. *Obesity Facts*, 3(1), 60–69. <https://doi.org/10.1159/000273208>
- Schmer, C. (2003). Schlank und krank durch Mediens Schönheiten? Zur Wirkung attraktiver weiblicher Medienakteure auf das Körperbild von Frauen. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(3–4), 523–540.
- Schienkiewitz, A., Mensink, G. B. M., & Kuhnert, R. (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 21–28. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-025>
- Schlizinger, T., & Schneiderat, G. (2009). Möglichkeiten zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft bei Telefonumfragen über Festnetz und Mobilfunk. In M. Weichbold, J. Bacher, & C. Wolf (Eds.), *Umfrageforschung. Herausforderungen und Grenzen* (pp. 24–43). Wiesbaden.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2013). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 209(3), 665–669. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.006>
- Sikorski, C., Luppá, M., Angermeyer, M. C., Schomerus, G., Link, B. G., & Riedel-Heller, S. G. (2015). The association of BMI and social distance towards obese individuals is mediated by sympathy and understanding. *Social Science and Medicine*, 128, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.002>
- Sikorski, C., Luppá, M., Brähler, E., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Obese Children, Adults and Senior Citizens in the Eyes of the General Public: Results of a Representative Study on Stigma and Causation of Obesity. *PLoS ONE*, 7(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046924>
- Sikorski, C., Luppá, M., Glaesmer, H., Brähler, E., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obesity*

Facts, 6(6), 512–522. <https://doi.org/10.1159/000356692>

- Slater, L. Z., Moneyham, L., Vance, D. E., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Childs, G. (2015). The multiple stigma experience and quality of life in older gay men with HIV. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(1), 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.06.007>
- Stein, J., Luppá, M., Ruzanska, U., Sikorski, C., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). Measuring negative attitudes towards overweight and obesity in the German population-Psychometric properties and reference values for the German short version of the Fat Phobia Scale (FPS). *PLoS ONE*, 9(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114641>
- Stewart, M.-C., Keel, P. K., & Schiavo, R. S. (2006). Stigmatization of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 320–325.
- Sullivan, G. M., & Artino, A. R. (2013). Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541–542. <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>
- Varnaccia, G., & Zeiher, J. (2017). Adipositasrelevante Einflussfaktoren im Kindesalter – Aufbau eines bevölkerungsweiten Monitorings in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 90–102. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-034>
- Vartanian, L. R., Herman, C. P., & Polivy, J. (2005). Implicit and explicit attitudes toward fatness and thinness : The role of the internalization of societal standards, 2, 373–381. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.08.002>
- Vartanian, L. R., Trewartha, T., Beames, J. R., Azevedo, S. M., & Vanman, E. J. (2017). Physiological and self-reported disgust reactions to obesity. *Cognition and Emotion*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1325728>
- Wobbe, T., & Nunner-Winkler, G. (2007). Geschlecht und Gesellschaft. In H. Joas (Ed.), *Lehrbuch der Soziologie* (pp. 287–312). Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- World Health Organisation. (2016). *Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015*. Genf. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- World Health Organisation. (2017a). Health Topics. Noncommunicable diseases. Obesity. Retrieved December 3, 2017, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>
- World Health Organisation. (2017b). Obesity and overweight. Fact sheet. Retrieved December 3, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wright, E. J., & Whitehead, T. L. (1987). Perceptions of body size and obesity: A selected review of the literature. *Journal of Community Health*, 12(2–3), 117–129. <https://doi.org/10.1007/BF01323473>

Anhang

A1: Korrelationskoeffizienten der Fat Phobia Items mit dem Summenscore der sozialen Distanz

A2: Annahmen der linearen Regression

A1: Korrelationskoeffizienten der Fat Phobia Items mit dem Summenscore der sozialen Distanz

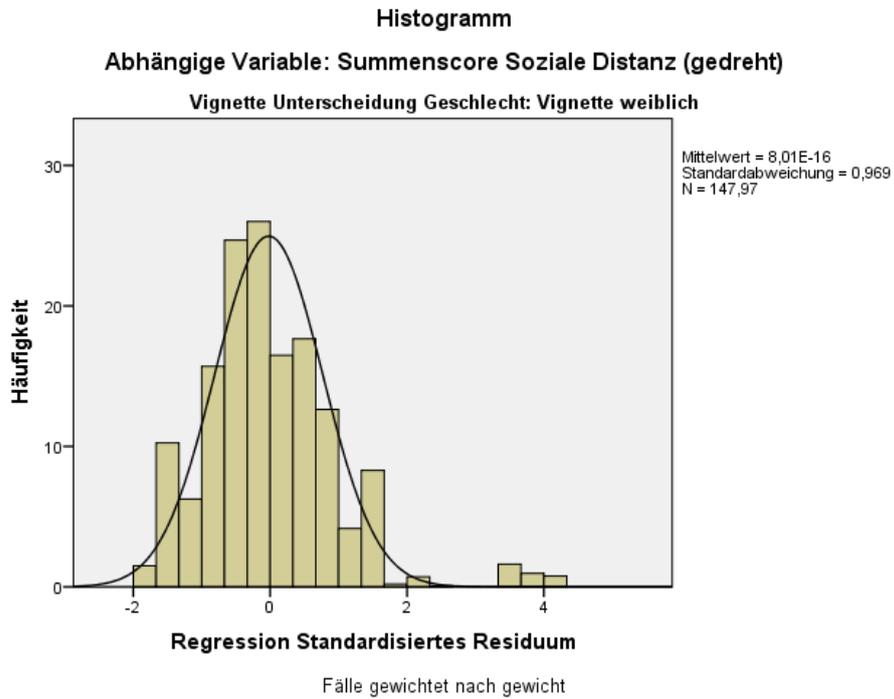
		Soziale Distanz	
		Vignette A (weiblich)	Vignette B (männlich)
Fat Phobia Items	<i>Fleißig/Faul</i>	,095	-,032
	<i>Willensstark/Willensschwach</i>	,254**	,056
	<i>Attraktiv/Unattraktiv</i>	,200**	,044
	<i>Beherrscht/Unbeherrscht</i>	,183*	,088
	<i>Schnell/Langsam</i>	,113	,029
	<i>Hat Ausdauer/Hat keine Ausdauer</i>	-,012	,109
	<i>Aktiv/Inaktiv</i>	,056	,066
	<i>Stark/Schwach</i>	,145	,114
	<i>Verzichtend/Maßlos</i>	,296**	,059
	<i>Mag Essen nicht/Mag Essen</i>	,076	,143
	<i>Wohlgeformt/Unförmig</i>	,049	-,009
	<i>Isst zu wenig/Isst zu viel</i>	,270**	-,102
	<i>Sicher/Unsicher</i>	,134	,092
	<i>Sehr selbstbewusst/Wenig selbstbewusst</i>	,076	,158*

*p<,05; **p<,01; ***p<,001

A2: Annahmen der linearen Regression

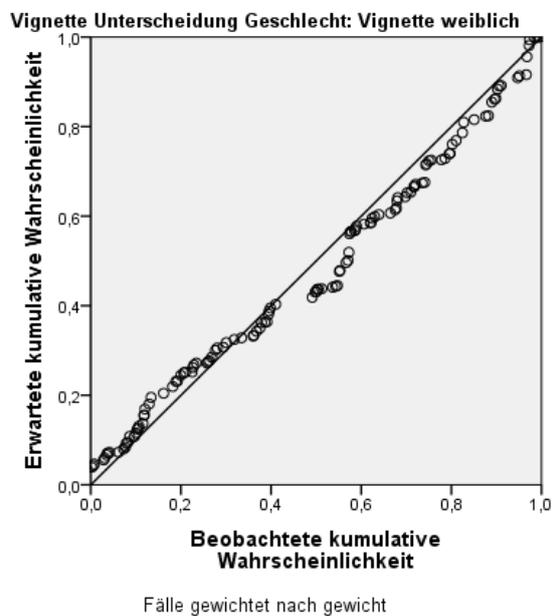
Normalverteilung der Residuen

Teilstichprobe A: Vignette weiblich

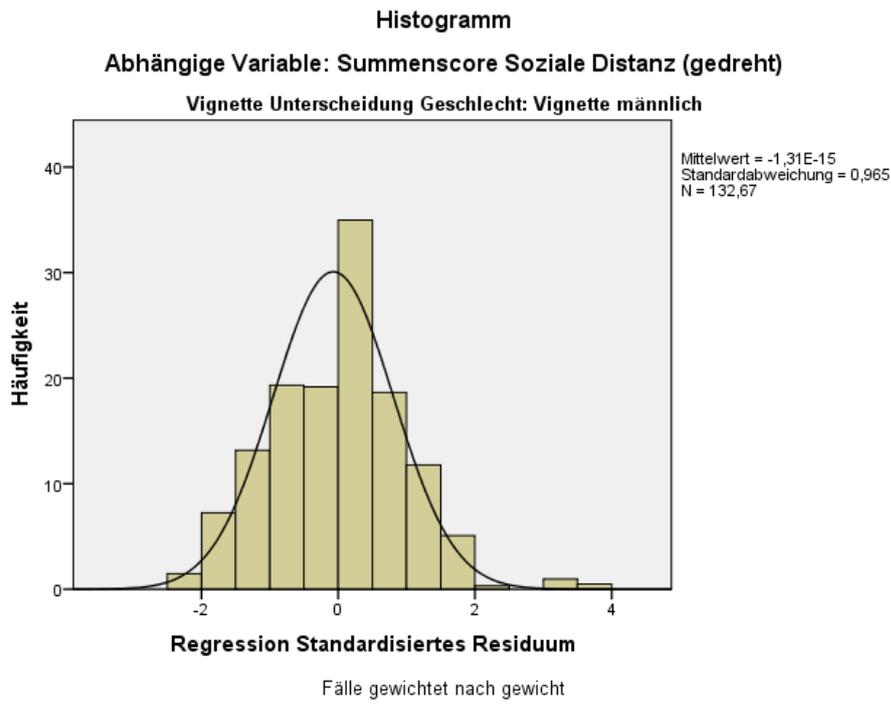


Normalverteilungsdiagramm der Regression von Standardisiertes Residuum

Abhängige Variable: Summenscore Soziale Distanz (gedreht)

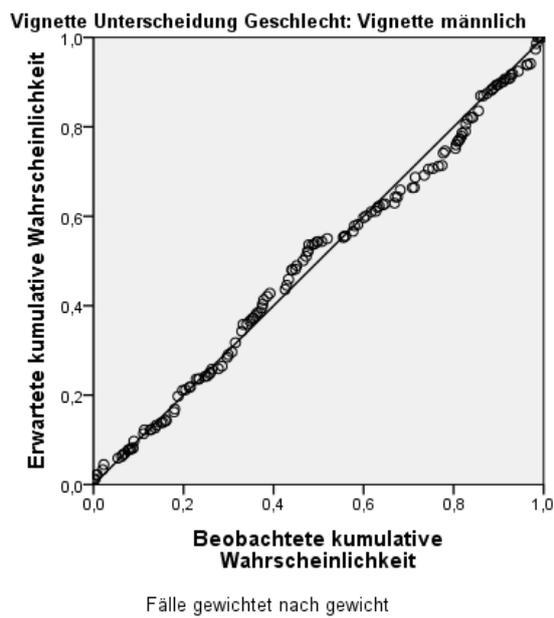


Teilstichprobe B: Vignette männlich



Normalverteilungsdiagramm der Regression von Standardisiertes Residuum

Abhängige Variable: Summenscore Soziale Distanz (gedreht)



Beide Teilstichproben: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung der Residuen

Kolmogorov-Smirnov-Test bei einer Stichprobe

Vignette Unterscheidung Geschlecht			Standardized Residual
Vignette männlich	H		130
	Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	,0349273
		Standardabweichung	,93081403
	Extremste Differenzen	Absolut	,063
		Positiv	,054
		Negativ	-,063
	Teststatistik		,063
Asymp. Sig. (2-seitig)		,200 ^{c,d}	
Vignette weiblich	H		142
	Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	,0163966
		Standardabweichung	1,01761980
	Extremste Differenzen	Absolut	,117
		Positiv	,117
		Negativ	-,070
	Teststatistik		,117
Asymp. Sig. (2-seitig)		,000 ^c	

- a. Die Testverteilung ist normal.
- b. Aus Daten berechnet.
- c. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.
- d. Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz.

Multikollinearität

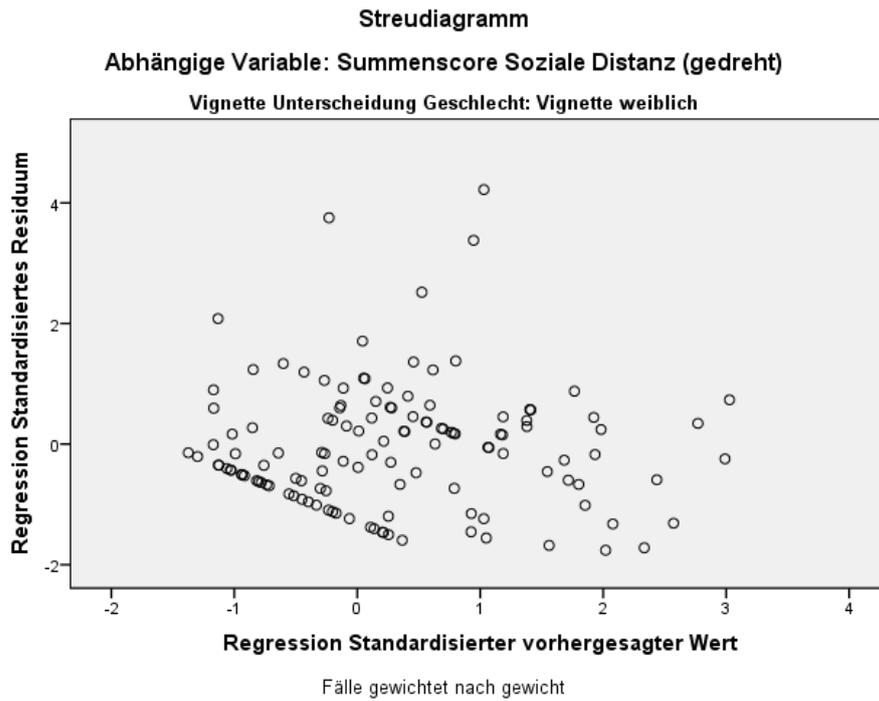
Vignette Unterscheidung Geschlecht Modell			Kollinearitätsstatistik	
			Toleranz	VIF
Vignette männlich	1	(Konstante)		
		Geschlecht	,936	1,068
		Alter	,919	1,088
		Skilllevel 2 (vs. 1)	,155	6,466
		Skilllevel 3 (vs. 1)	,202	4,957
		Skilllevel 4 (vs. 1)	,200	4,990
		2	(Konstante)	
	Geschlecht		,871	1,148
	Alter		,865	1,156
	Skilllevel 2 (vs. 1)		,148	6,737
	Skilllevel 3 (vs. 1)		,199	5,029
	Skilllevel 4 (vs. 1)		,199	5,023
	Berechnung des BMI anhand S1, S2	,815	1,226	
Kontakt	,888	1,126		

	3	(Konstante)		
		Geschlecht	,865	1,156
		Alter	,812	1,231
		Skilllevel 2 (vs. 1)	,136	7,372
		Skilllevel 3 (vs. 1)	,181	5,540
		Skilllevel 4 (vs. 1)	,181	5,538
		Berechnung des BMI anhand S1, S2	,804	1,244
		Kontakt	,748	1,336
		Negative emotional reactions (1-4)	,840	1,190
		Gewichteter Fat Phobia Score (1-5)	,791	1,265
Vignette weiblich	1	(Konstante)		
		Geschlecht	,859	1,165
		Alter	,958	1,044
		Skilllevel 2 (vs. 1)	,388	2,578
		Skilllevel 3 (vs. 1)	,460	2,173
		Skilllevel 4 (vs. 1)	,480	2,085
	2	(Konstante)		
		Geschlecht	,842	1,188
		Alter	,879	1,137
		Skilllevel 2 (vs. 1)	,385	2,598
		Skilllevel 3 (vs. 1)	,455	2,198
		Skilllevel 4 (vs. 1)	,474	2,111
		Berechnung des BMI anhand S1, S2	,849	1,177
		Kontakt	,967	1,035
	3	(Konstante)		
		Geschlecht	,772	1,295
		Alter	,865	1,155
		Skilllevel 2 (vs. 1)	,363	2,756
		Skilllevel 3 (vs. 1)	,400	2,499
		Skilllevel 4 (vs. 1)	,426	2,348
		Berechnung des BMI anhand S1, S2	,800	1,250
		Kontakt	,918	1,089
		Negative emotional reactions (1-4)	,698	1,432
		Gewichteter Fat Phobia Score (1-5)	,826	1,211

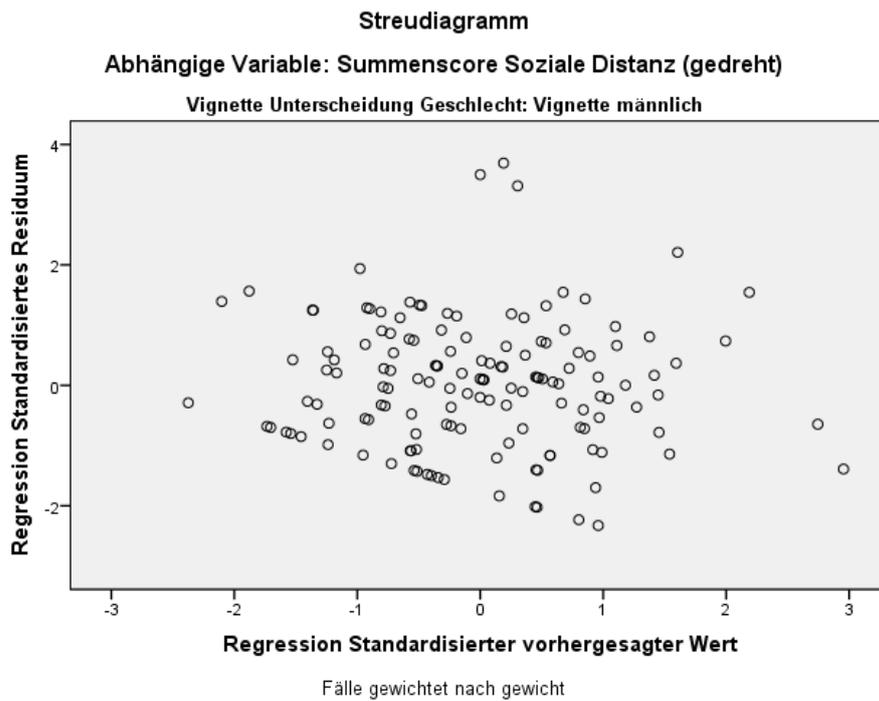
a. Abhängige Variable: Summenscore Soziale Distanz (gedreht)

Varianzgleichheit der Residuen

Teilstichprobe A: Vignette weiblich

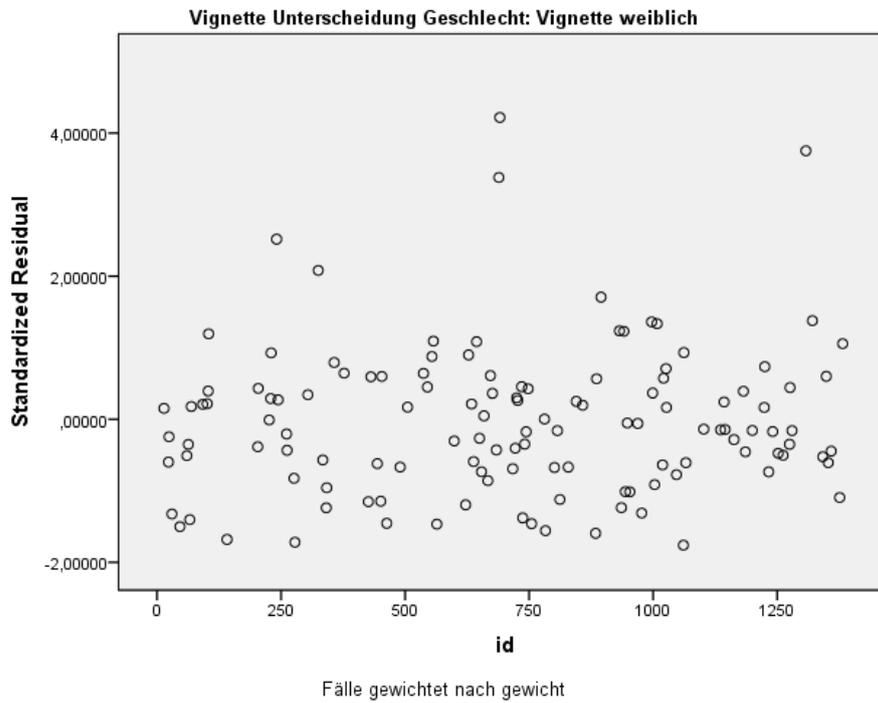


Teilstichprobe B: Vignette männlich



Unabhängigkeit der Residuen

Teilstichprobe A: Vignette weiblich



Varianzhomogenitätstest

Standardized Residual

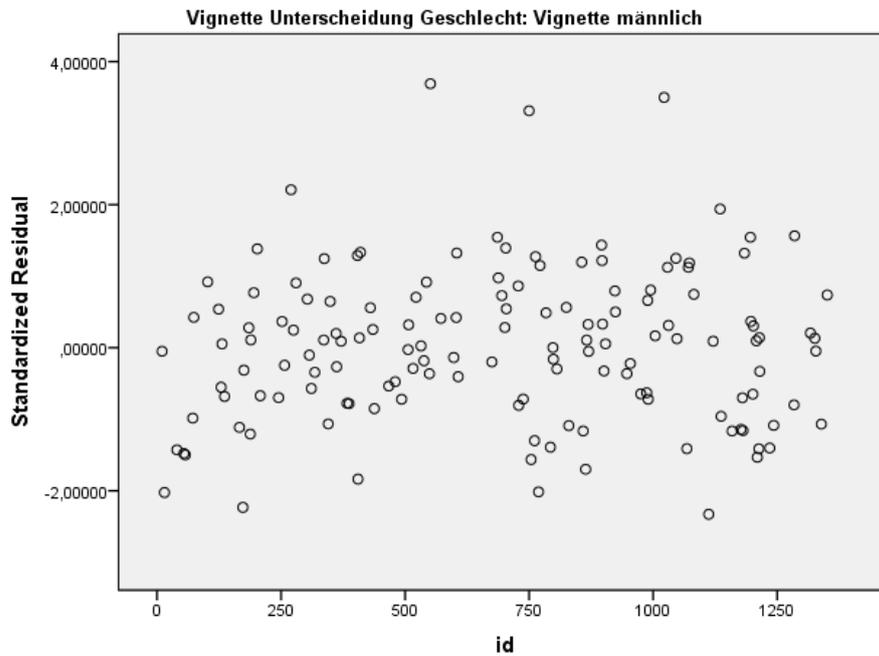
Vignette Unterscheidung Geschlecht	Levene-Statistik	df1	df2	Sig.
Vignette weiblich	4,916	3	144	,003

ANOVA

Standardized Residual

Vignette Unterscheidung Geschlecht		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Vignette weiblich	Zwischen Gruppen	,662	3	,221	,230	,875
	Innerhalb der Gruppen	137,309	143	,960		
	Gesamtsumme	137,971	146			

Teilstichprobe B: Vignette männlich



Fälle gewichtet nach gewicht

Varianzhomogenitätstest

Standardized Residual

Vignette Unterscheidung Geschlecht	Levene-Statistik	df1	df2	Sig.
Vignette männlich	,423	3	129	,737

ANOVA

Standardized Residual

Vignette Unterscheidung Geschlecht		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Vignette männlich	Zwischen Gruppen	3,284	3	1,095	1,174	,323
	Innerhalb der Gruppen	119,385	128	,933		
	Gesamtsumme	122,668	131			

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Anna Christin Reisinger, Hamburg den 19.04.2018