



Feline Zocher

# Juveniles Übergewicht im Feld der Gesundheit

Der Einfluss von sozialer Position und sozialem Gefüge auf  
die Wahrnehmung und Krankheitslast von Übergewicht  
und Adipositas bei Jugendlichen in Deutschland

Feline Zocher

# Juveniles Übergewicht im Feld der Gesundheit

Der Einfluss von sozialer Position und sozialem Gefüge auf die  
Wahrnehmung und Krankheitslast von Übergewicht und  
Adipositas bei Jugendlichen in Deutschland

Dissertation zur Erlangung des Grades Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) der  
kulturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth.

1. Auflage

Lizenz: CC BY-SA 4.0

Umschlagabbildung: Microsoft Copilot erstellt am 13. Oktober 2024 um 20:58



## VORWORT

Bei dem vorliegenden Werk handelt es sich um eine leicht überarbeitete Fassung meiner Dissertation, die am 17. Juli 2024 von der Promotionskommission der kulturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth angenommen wurde. Als Gutachter wurden Prof. Dr. Gabriele Cappai sowie Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel bestellt.

Es gibt einige Menschen, die maßgeblich zum Gelingen und zur Qualität dieser Arbeit beigetragen haben und ohne die die Umsetzung meines Promotionsprojektes mit Sicherheit wesentlich weniger Spaß gemacht hätte. Bei diesen Menschen möchte ich mich herzlich für ihren Einsatz, ihren Rat, ihren Zuspruch, ihr offenes Ohr, ihre Zeit und ihre Nerven bedanken.

Insbesondere hervorheben möchte ich die Beiträge von Gabriele Cappai, der bereits während meines Studiums und bis heute meine akademischen Ambitionen gefördert hat, ohne den mein beruflicher Einstieg in die Forschung viel schwerer gewesen wäre und der meine Dissertation in den letzten Jahren sehr gut betreut hat; Eckhard Nagel, der mir durch die Anstellung am IMG der Universität Bayreuth die Welt der Gesundheitsforschung eröffnet hat, in der ich mich sehr wohl fühle; Franca Reif, mit der ich in unzähligen Stunden Thema, Gliederung, Formulierungen, interne Konsistenz und Forschungsfragen besprechen durfte; Thorsten Szydlik, Georg Lindinger, Andreas Kögel und Michael Lauerer, die mit ihrem fachlichen Rat einen wichtigen Beitrag zur Qualität dieser Arbeit geleistet haben; Fee Zocher, die mich sowieso immer bei allem unterstützt und deren Datenauswertungskompetenz mir die Datenanalyse wesentlich erleichtert hat. Schließlich ist Jaron Zocher zu nennen, dessen Beiträge zum Gelingen dieser Arbeit Geduld, Verständnis und manchmal ein bisschen Interesse für mein Tun waren.

Alle Menschen, die mich ebenfalls bestärkt und unterstützt haben, die aber hier nicht namentlich genannt wurden, bitte ich, mir das Versäumnis nachzusehen und mir die Gelegenheit zu geben mich persönlich zu bedanken.

Feline Zocher  
Bayreuth, November 2024



## INHALT

Einleitung.....	1
1 Vorüberlegungen, Begriffsklärung und Grundlagen .....	4
1.1 Übergewicht und Adipositas im Kontext von Gesundheit und Krankheit.....	5
1.1.1 Historische Bezüge zu Übergewicht und Adipositas.....	5
1.1.2 Gegenwärtige medizinische Sicht auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen .....	10
1.2 Die Adoleszenz als Gegenstand der Übergewichts- und Adipositasforschung.....	17
1.3 Grundlagen der Feldtheorie.....	20
1.3.1 Kapital.....	22
1.3.2 Habitus.....	28
1.3.3 Feld.....	37
1.4 Datengrundlage zu Adipositas und Übergewicht bei Jugendlichen in Deutschland .....	41
1.4.1 Datengrundlage: Die HBSC-Studie.....	43
1.4.2 Datengrundlage: Die KiGGS-Studie .....	47
2 Das Feld der Gesundheit in Deutschland.....	51
2.1 Grenzen des Feldes der Gesundheit .....	52
2.1.1 Ideengeschichtliche Annäherung an Gesundheit und Krankheit .....	54
2.1.2 Symbolische Ordnung (Normen, Dogmen, soziale Konstruktionen) .....	58
2.1.2.1 Soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit.....	58
2.1.2.2 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit.....	66
2.1.2.3 Stigmatisierung und Ausgrenzung als Folge gesellschaftlicher Normen.....	76
2.1.3 Regulierungsmechanismen (Regeln und Gesetze) .....	85
2.1.4 Feldspezifische Expertise (Medizin) .....	91
2.1.5 Institutionalisierte Gesundheitsversorgung .....	94
2.1.5.1 Versorgungsformen .....	97
2.1.5.2 Die Wirkung der Position im Feld auf die gesundheitliche Versorgung.....	104

2.1.6	Einordnung in das Feldgefüge .....	107
2.2	Kollektive Akteure im Feld der Gesundheit .....	112
2.2.1	Kollektive Akteure .....	113
2.2.2	Konfliktlinien und Allianzen .....	121
2.3	Kapital im Feld der Gesundheit und Gesundheitsversorgung .....	130
2.3.1	Gesundheitskapital.....	131
2.3.2	Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug .....	133
2.3.3	Gesundheitshabitus.....	137
2.4	Zentrale Ergebnisse zum Feld der Gesundheit .....	145
3	Übergewicht und Adipositas im Feld der Gesundheit .....	147
3.1	Übergewicht und Adipositas im Kontext der Grenzen des Feldes.....	148
3.1.1	Symbolische Ordnung .....	148
3.1.1.1	Soziale Konstruktion von Übergewicht und Adipositas am Beispiel der „Adipositas-Epidemie“ .....	148
3.1.1.2	Soziale Konstruktion des menschlichen Körpers.....	151
3.1.1.3	Schlankheit als Schönheitsideal .....	155
3.1.2	Institutionalisierte Versorgung von Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen .....	159
3.2	Kollektive Akteure im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas..	172
3.3	Übergewicht- und adipositasrelevantes Kapital .....	181
3.3.1	Kapital als Faktor der Entstehung von Übergewicht und Adipositas ...	181
3.3.2	Übergewicht, Adipositas und Gesundheitskapital .....	189
3.3.3	Übergewicht, Adipositas und Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug.....	192
3.3.4	Übergewicht, Adipositas und Gesundheitshabitus .....	194
4	Zwischenfazit: Übergewicht und Adipositas im Spiegel der Gesundheit .....	203
5	Sekundäranalyse anhand der Datensätze der Studien HBSC und KiGGS.....	206
5.1	Operationalisierung der Hypothesen anhand der Datensätze der Studien HBSC und KiGGS .....	209
5.1.1	Wirkung der Konstruktion von Gesundheit auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen .....	209



5.1.2	Wirkung von Stigmatisierung auf Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas.....	210
5.1.3	Wirkung informeller institutionalisierter Versorgung auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen .....	211
5.1.4	Einfluss von Gesundheitskapital auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen .....	212
5.1.5	Einfluss von Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen .....	213
5.1.6	Einfluss von Gesundheitshabitus auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen .....	213
5.2	Operationalisierung der Teilhypothesenbegriffe.....	215
5.2.1	BMI und Körperselfbild.....	215
5.2.1.1	BMI.....	215
5.2.1.2	Körperselfbild .....	217
5.2.2	Allgemeine, physische und psychische Gesundheit .....	217
5.2.2.1	Gesundheitliche Selbsteinschätzung .....	217
5.2.2.2	Körperliches Wohlbefinden .....	218
5.2.2.3	Emotionale oder psychologische Einschränkungen.....	218
5.2.3	Mobbing und soziale Unterstützung.....	219
5.2.3.1	Mobbingenerfahrung.....	219
5.2.3.2	Soziale Unterstützung .....	219
5.2.3.3	Familiäre Unterstützung .....	221
5.2.4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	222
5.2.5	Kapital.....	222
5.2.5.1	Kulturelles Kapital .....	222
5.2.5.2	Ökonomisches Kapital.....	223
5.2.5.3	Symbolisches Kapital.....	224
5.2.5.4	Soziales Kapital.....	224

## Inhalt

5.2.6	Gesundheitsverhalten .....	225
5.2.6.1	Körperliche Aktivität .....	225
5.2.6.2	Ernährung.....	226
5.2.6.3	Bildschirmmedienkonsum .....	227
5.3	Ergebnisse der Sekundäranalyse der Studien HBSC und KiGGS.....	229
5.3.1	Wirkung der Konstruktion von Gesundheit.....	229
5.3.2	Stigmatisierung.....	233
5.3.3	Informelle institutionalisierte Versorgung.....	237
5.3.4	Gesundheitskapital.....	241
5.3.5	Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug .....	255
5.3.6	Gesundheitshabitus.....	260
5.3.7	Limitationen .....	270
5.4	Zusammenfassung der Analyseergebnisse.....	272
6	Fazit.....	276
7	Abbildungen.....	280
8	Abkürzungen.....	284
9	Literatur.....	286

## Anhang

1	Adipositasbezogene Literatur der Studien KiGGS und HBSC .....	315
2	Liste der Literaturangaben der S3-Leitlinie ohne Duplikate.....	325
3	Auswertung BMI Miss America.....	334
4	Codepläne .....	335
4.1	HBSC-Datensatz .....	335
4.2	KiGGS-Datensatz.....	335
5	Übersicht Operationalisierung der Datensätze.....	336
6	Übersicht Hypothesen.....	340

## EINLEITUNG

„Die Soziologie [...] hat die Aufgabe, die verborgensten Strukturen der sozialen Welten aufzudecken, aus denen das soziale Universum besteht [...] (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 24).“

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit ist eine komplexe Aufgabe, die im Idealfall interdisziplinär anzugehen ist. Die Soziologie könnte hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie beispielsweise sozialstrukturelle und kulturelle Aspekte in die Diskussion einbringt. Sie könnte – mit anderen Worten – beschreiben, wie die Wahrnehmung von *Gesundheit* und *Krankheit* einerseits durch Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung, Ressourcenverteilung, technische Entwicklungen und andererseits durch Überzeugungen, Werte und Ideen unterschiedlicher Akteure<sup>1</sup> im Feld beeinflusst wird (Wolf und Wendt 2006, S. 10). Es muss leider festgestellt werden, dass insbesondere die deutsche Soziologie die Themenkomplexe *Gesundheit* und *Krankheit* bis heute eher stiefmütterlich behandelt hat. Dies wird besonders dann evident, wenn man Krankheit ursächlich in Verbindung mit sozialem Status bringt. Während *soziale* Ungleichheit schon immer ein zentraler Gegenstand soziologischer Forschung war, spielte in Vergangenheit *gesundheitliche* Ungleichheit lediglich eine untergeordnete Rolle (Bauer et al. 2008, S. 18–19).

Im Gegensatz zu den Begriffen *Gesundheit* und *Krankheit* ist der menschliche Körper häufig Gegenstand soziologischer Reflexion – in neuerer Zeit insbesondere in Bezug auf symbolisch vermittelte Praktiken der „Konstruktion des Körpers“ (Boltanski 1976, S. 142). Vor allem eine holistische Perspektive auf den Körper – eine solche, die den gesunden und den kranken Körper im Kontext medizinischer, psychologischer, soziostruktureller wie kultureller Faktoren behandelt – erweist sich als vielversprechend hinsichtlich der Phänomene, die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen: Übergewicht und Adipositas als soziale und kulturelle Konstruktionen. Übergewicht und Adipositas sind Grenzphänomene zwischen Gesundheit und Krankheit, denn die Betroffenen können je nach Perspektive der Akteure als krank oder gesund gelten. Dies gilt in besonderem Maße für betroffene Jugendliche, denn das, was Menschen mit Übergewicht und

---

<sup>1</sup> Der Begriff Akteur umfasst ein großes Bedeutungsspektrum und hat in der Soziologie eine lange Tradition. In der vorliegenden Arbeit sollen Akteure im Sinne sozialer Gruppen mit gemeinsamen Interessen und somit ähnlichen Handlungen oder Handlungsalternativen – also als *kollektive* Akteure – verstanden werden. Ausgeklammert wird hierbei das Individuum, obwohl dieses in anderen Kontexten als Akteur auftreten kann, ist diese Dimension im Folgenden nicht relevant. Da es sich bei Akteuren nicht um Individuen, sondern um Gruppen handelt, denen kein Gender zugewiesen werden kann, wird auf eine gendersensible Schreibweise verzichtet.

Adipositas aus medizinischer Perspektive zu kranken Menschen macht, tritt in diesem Lebensabschnitt seltener als im Erwachsenenalter auf: die erwartbaren Folgeerkrankungen wie beispielsweise Diabetes, Hypertonie oder Rückenschmerzen. Demgegenüber wiegen psychosoziale Folgen wie Stigmatisierung in der Adoleszenz umso schwerer, denn adoleszente Menschen bewegen sich sozusagen in einer Zwischenwelt. Sie sind einerseits noch vom Elternhaus abhängig, andererseits streben sie zunehmend nach Autonomie. Im gleichen Maß wie der Einfluss des Elternhauses auf die Jugendlichen abnimmt, nimmt der Einfluss Gleichaltriger zu. Erfahren Jugendliche in ihrem fortschreitenden Sozialisationsprozess aufgrund ihres Körpergewichts von gleichaltrigen Menschen in ihrem Umfeld Ablehnung, hat dies negative Konsequenzen für ihre psychische Entwicklung. Grenzphänomene wie Adoleszenz und Adipositas sind für Wissenschaftler:innen, Expert:innen und die Betroffenen gleichermaßen insofern eine Herausforderung, als deren Bewältigung intensive Aushandlungsprozesse voraussetzt. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag dazu, indem sie juvenile Adipositas in den Fokus rückt. Die Tatsache, dass zum Thema Übergewicht und Adipositas im Jugendalter in Deutschland bereits umfangreiche repräsentative quantitative Daten vorliegen, ist dabei ein großer Vorteil.

Eine Grundannahme dieser Arbeit lautet, dass nur ein holistischer Ansatz in der Lage ist, mit der Komplexität dieser Phänomene umzugehen und ihre gesamtgesellschaftliche Relevanz aufzuzeigen. Es wird dabei ein großer Wert auf das Zusammenspiel von Theorie und Empirie gelegt, indem einerseits eine empirische Sättigung theoretischer Konzepte und andererseits eine konzeptuelle Rahmung der Dateninterpretation angestrebt wird. In dieser Hinsicht ist die „Feldtheorie“ des französischen Soziologen Pierre Bourdieu vielversprechend. Es wird zu zeigen sein, wie diese Theorie sowohl eine umfassende Beschreibung als auch plausible Erklärungen von Übergewicht und Adipositas als soziokulturelle Konstruktionen ermöglicht. Bourdieu war ein Wissenschaftler mit großem Gespür für die Eigenart der empirischen Wirklichkeit. Theorie ohne Empirie betrachtet er als leer, Empirie ohne Theorie als blind (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 49–62). In ihren wichtigsten Punkten kann Bourdieus methodologische Botschaft an die Forschenden wie folgt zusammengefasst werden: beschreibe die wichtigsten Grundzüge des Feldes, in dem sich die Akteure befinden; analysiere, wie dieses Feld, je nach der Position, die die Akteure in ihm einnehmen, ihre Überzeugungen und ihr Handeln beeinflusst; berücksichtige, dass Habitusformationen einen sozialen Ursprung haben und soziale Wirkungen zeitigen; beziehe die Tatsache ein, dass das Feld sowohl eine konditionierende als auch ermächtigende Wirkung ausübt; bedenke, dass Akteure im Feld nicht nur mit bestimmten Arten von Kapital ausgestattet sind, sondern auch, dass sie dieses Kapital in unterschiedlichen Ausprägungen besitzen; vergiss nicht, dass eine bestimmte Art von Kapital in andere Arten umgewandelt werden kann, beispielsweise symbolisches, soziales oder kulturelles

Kapital in ökonomisches Kapital. In der vorliegenden Arbeit sind folglich vor allem drei Konzepte Bourdieus relevant: Kapital, Habitus und Feld. In diesem Kontext gewinnt mit Hilfe von Bourdieus Feldtheorie das „Feld der Gesundheit“ seine Konturen. Bei der Beschreibung dieses Feldes wird unter Bezugnahme auf empirische Sekundärdaten zu klären sein, welche Gruppen mit welchen Erwartungen und Überzeugungen, Opportunitäten und Einschränkung agieren.

Bourdieu's Blick auf die soziale Wirklichkeit ist aus soziologischer Perspektive nicht zuletzt deswegen interessant, weil sich dieser auch auf den Forschenden richtet. Bourdieu beobachtet den Beobachter und stellt ihm kritische Fragen: Aus welcher sozialen Position gewinnen Forschende ihre Erkenntnisse? Wann beeinflusst ihr Status als handlungsentlastete Wesen, als Zuschauer in einem „Schauspiel“, die Forschung nachteilig (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 66–67)? In welchem Verhältnis steht das Erkenntnisinteresse der Forschenden zu den Interessen der anderen Akteure im Feld? Bourdieus Beispiel folgend werden bei der Untersuchung der Phänomene Übergewicht und Adipositas die differierenden Perspektiven wissenschaftlicher Disziplinen als Teil des Feldes der Gesundheit beschrieben und gegenübergestellt.

Unter Berücksichtigung der sozialen Strukturen, die *Gesundheit* und *Krankheit* formen, wird zudem gezeigt, wie sich das Gesundheitsverhalten unterschiedlicher sozialer Gruppen unterscheidet, wie sie ihren Zugang zu Gesundheitsressourcen und Gesundheitsversorgung gestalten und welche Auswirkungen bestimmte soziale Determinanten haben. Anhand empirischer Daten und mit Hilfe von Bourdieus Konzepten wird versucht ein tieferes Verständnis für die sozialen Unterschiede zu erreichen. Die forschungsleitende Frage lautet somit: Wie beeinflussen die soziale Position und das soziale Gefüge die Wahrnehmung und Krankheitslast von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen?

Zur Beantwortung dieser Frage werden zunächst in Kapitel 1 Vorüberlegungen zur Klärung der grundlegenden Begriffe und Konzepte angestellt sowie die Studien KiGGS und HBSC als Datengrundlage für die Sekundäranalyse in Kapitel 5 präsentiert. Unter der Zuhilfenahme der Feldtheorie Bourdieus wird im Anschluss in Kapitel 0 das Feld der Gesundheit beschrieben und im darauffolgenden Kapitel 3 juveniles Übergewicht beziehungsweise juvenile Adipositas in diesem Feld verortet. Die Erkenntnisse werden in Kapitel 4 zusammengefasst und bilden die Basis für die Sekundäranalyse der Datensätze. Abschließend werden die Ergebnisse der statistischen Analysen vor dem Hintergrund der Überlegungen zum Feld der Gesundheit interpretiert und ein zusammenfassendes Fazit (Kapitel 6) gezogen.

## 1 VORÜBERLEGUNGEN, BEGRIFFSKLÄRUNG UND GRUNDLAGEN

Im Verlauf dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass die Genese von juvenilem Übergewicht und juveniler Adipositas sowie deren Wahrnehmung als Erkrankung Produkte gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse sind. Es wird angenommen, dass durch diese Aushandlungsprozesse nicht nur Übergewicht und Adipositas als Erkrankung konstruiert, sondern auch die sozialen Positionen der Betroffenen bestimmt werden. Darüber hinaus könnten sie die Demarkation beeinflussen, die für Übergewicht und Adipositas als Erkrankungen gilt und bestimmen, welche Behandlungsformen als angemessen gelten und durch das Gesundheitssystem eröffnet werden (vgl. bspw. Krings 2017; Barlösius und Philipps 2011; Seitz und Zwick 2011; Boltanski 1976). Um diese Aspekte umfassend beschreiben zu können, sind einige Vorüberlegungen notwendig.

Zunächst müssen die zentralen Begriffe Übergewicht beziehungsweise Adipositas einerseits und Adoleszenz andererseits betrachtet werden. Die Darstellung von Übergewicht und Adipositas im Kontext von Gesundheit und Krankheit zeigt dabei die soziokulturellen Aspekte der Wahrnehmung dieser Phänomene auf. Die historische Darstellung der Begriffe umfasst, welche Vorstellungen, Charakteristiken und gegebenenfalls Vorurteile traditionell mit Übergewicht und Adipositas verbunden werden (Kapitel 1.1.1). Anschließend wird betrachtet, inwiefern das historische Verständnis dieser Phänomene auch die gegenwärtige medizinische Perspektive prägt und welche Definitionen heutzutage gelten (Kapitel 1.1.2). Ein weiterer zentraler Begriff ist die Adoleszenz als Zwischenphase der menschlichen Entwicklung. Es wird darauf eingegangen, warum diese Phase als bedeutsam für die soziale Position und die Entstehung von Übergewicht und Adipositas betrachtet werden kann (Kapitel 1.2).

Kapitel 1.3 widmet sich anschließend der Frage, welche der Konzepte Bourdieus zur Beantwortung der zentralen Fragestellung dienlich sein können. Hierbei ist vor allem seine Feldtheorie zentral, die beschreibt wie Kapital und Habitus die soziale Position und den jeweiligen Einfluss bestimmter Gruppen prägen.

Die Vorüberlegungen schließen mit Ausführungen zur Datenlage zu Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen in Deutschland (Kapitel 1.4). Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) und der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Die Datensätze der beiden Studien bilden die Grundlage der Sekundäranalyse in Kapitel 5.

## 1.1 Übergewicht und Adipositas im Kontext von Gesundheit und Krankheit

Um die gegenwärtige medizinische und sozialrechtliche Einordnung von Übergewicht und Adipositas als Erkrankung zu kontextualisieren, ist zunächst die Darstellung des historischen Umgangs mit Adipositas sinnvoll (Kapitel 1.1.1). Es wird gezeigt werden, dass erst in jüngerer Zeit auch Übergewicht in einen pathologischen Zusammenhang gebracht wird. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass während die gegenwärtige empirische Datenlage zur Auftretenshäufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen sehr gut ist, historische Quellen zu Kindern und Jugendlichen mit Adipositas rar, zu Übergewicht noch seltener sind. Die historische Entwicklung wird daher anhand Erwachsener dargestellt. Im Anschluss an diese Ausführungen werden Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen vorrangig aus medizinischer Perspektive definiert, hierbei kann im Gegensatz zur geschichtlichen Einordnung eine starke Altersdifferenzierung vorgenommen werden (Kapitel 1.1.2).

### 1.1.1 Historische Bezüge zu Übergewicht und Adipositas

Im Altgriechischen sind die Wörter *pachus* und *poin* seit dem achten Jh. v. Chr. als Homonyme für reich, fruchtbar sowie dick und Antonyme zu dünn(blütig), arm sowie schwach belegt. Später kamen im Lateinischen auch Begriffe wie *obesus* und *adeps* für als ungesund betrachtete Körperfülle auf. Aus *obesus* leitet sich das englische *obesity* und aus *adeps* Adipositas ab (Schubert 2019, S. 50; Schorb 2015, S. 37). Im fünften Jh. v. Chr. befasste sich Hippokrates mit den Folgen von erhöhtem Körperfettanteil und postulierte einen Kausalzusammenhang zwischen Beileibtheit und Sterilität bei Frauen (Schubert 2019, S. 50–51). Neben Unfruchtbarkeit nahm Hippokrates auch eine erhöhte Mortalität bei Menschen mit übermäßiger Körperfülle an (Schubert 2019, S. 51). Spätestens ab dem vierten Jh. v. Chr. sind normative Aussagen, die Körperfülle als Beleg für einen schlechten, unmoralischen Charakter werten, nachweisbar. Bereits hier zeichnet sich in den Texten eine Intoleranz gegenüber Maßlosigkeit ab (Schubert 2019, S. 51), die sich später auch in der christlichen Ideologie insbesondere der protestantischen Ethik wiederfindet (vgl. auch Kapitel 2.1.2.3). Ein weiterer postmoderner Stereotyp ist bereits in antiken Texten belegt: die Unterstellung intellektueller Minderbegabung. Beispielsweise beschreibt Plinius der Ältere im ersten Jh. n. Chr. die Korrelation zwischen dem fettliebenden Magen (*obesissimus venter*) und verminderter Intelligenz (*minus sollertes*) (Schubert 2019, S. 51).

Parallel zur aus heutiger Sicht despektierlichen Betrachtung von Personen mit hohem Übergewicht entwickelten antike Ärzte Therapien zur Gewichtsreduktion, die ähnlich wie heutige Therapieformen eine Kombination aus Bewegungs- und Ernährungsmaßnahmen beinhalteten (Schubert 2019, S. 51). Bezüglich der Identifikation von Ursachen ist interessant, dass philosophische Texte stärker die individuelle Selbstverantwortung

der Betroffenen hervorheben, während die medizinischen eher Umweltfaktoren beschreiben (Schubert 2019, S. 52). In der Frühen Neuzeit wurden bereits erbliche Faktoren als mögliche Ursache diskutiert und Auswirkungen des Verhaltens beispielsweise Ernährung und Bewegung, spielte eine wesentliche Rolle (Stolberg 2012, S. 373). Außerdem sind für diese Zeit geschlechterspezifische<sup>2</sup> Unterscheidungen in der Wahrnehmung von Adipositas dokumentiert. Frauen seien generell anfälliger für Adipositas gewesen, da sie einen eher bewegungsarmen Lebensstil<sup>3</sup> pflegten und von ihrer Veranlagung her weniger Hitze besäßen. Eine zu schlanke Frau mit zu kleinen Brüsten galt in diesen Texten ebenso als unattraktiv und unweiblich wie Frauen mit Übergewicht. Männliche Adipositas wurde hingegen mit Weiblichkeit assoziiert, da durch das Fett insbesondere an der Brust der männliche Körper stärker dem weiblichen gleiche (Stolberg 2012, S. 376). Viele der heutzutage verbreiteten Stereotype können ebenfalls in der Frühen Neuzeit nachgewiesen werden, somit ist diskutabel, ob sie als Teil eines kulturellen Erbes verstanden werden können (Stolberg 2012, S. 377). Die Beschreibungen des 16. und 17. Jahrhunderts betreffend der medizinischen Folgen von Adipositas sind bemerkenswert ähnlich, was auf die gemeinsam genutzten antiken Quellen zurückgeführt werden kann (Stolberg 2012, S. 371). Adipositas mache unfruchtbar, zerdrücke die Gefäße und führe zu einem frühzeitigen Tod. Zudem seien ihre Lebensgeister und das Blut weniger heiß, was zu einer schwächeren Konstitution führe. Als weitere Komorbiditäten wurden beispielsweise Apoplexie, Lähmung, Asthma und Ohnmachtsanfälle genannt (Stolberg 2012, S. 371). Die beschriebenen Folgen von Adipositas ähneln denen, die die postmoderne Medizin identifiziert, allerdings sind sie weniger umfassend (vgl. Kapitel 1.1.2). Stärker als heutzutage wurden übermäßig dicke Körper im 16. und 17. Jahrhundert mit Fäulnis und Verwesung in Verbindung gebracht. Die Autoren nahmen an, dass die Verwesungsprozesse bei den Betroffenen bereits zu Lebzeiten beginnen (Stolberg 2012, S. 376). Neben Bewegung und diätischer Kost, wurden in der Frühen Neuzeit die Therapie von Adipositas mittels abführender Medikamente beschrieben (Stolberg 2012, S. 373).

---

<sup>2</sup> Da es sich bei der Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas um soziokulturelle Zuschreibungen handelt, ist davon auszugehen, dass der Begriff *Gender*, als soziales Geschlecht, in den meisten Fällen treffender ist. Allerdings ist vor allem bei der Rezeption historischer und empirischer Daten in der Regel nicht zu ermitteln, ob sie sich auf Gender oder Geschlecht beziehen. Um eine einheitliche Verwendung zu gewährleisten, wird somit im Folgenden der Begriff *Geschlecht* weiterhin genutzt. Es ist jedoch eindeutig, dass er im Rahmen dieser Arbeit eine ausgeprägte Gender-komponente aufweist.

<sup>3</sup> Wenn in der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Literatur Lebensstil als Konzept verwendet wird, fehlt der kollektive-strukturelle Bezug des Terminus, der bei Weber als "Lebenschancen" noch einer von zwei Hauptbestandteilen der "Stilisierung des Lebens" war. In Webers Terminologie übersetzt, bildet Lebensstil in der heutigen Verwendung lediglich "Lebensführung" ab (Cockerham et al. 2006, S. 180).



Die dick seylerin bin ich furwar  
meines Alters sechs und dreÿsig Jahr. Auch noch bey leben frisch und gesundt  
an gewicht 4 Centner und 89 pfundt.

H. B. 820



Abbildung 1: "Die dick Seylerin", Strasbourg. c. 1612 (Stolberg 2012, S. 377)

Der abgebildete Text lautet: „Die dick seylerin bin ich furwar; meines Alters sechs und dreÿsig Jahr. Auch noch bey leben frisch und gesundt; an gewicht 4 Centner und 89 Pfundt.“

Die Spannweite für Beispiele, die für behandlungsbedürftiges Gewicht in Quellen des 15. bis 17. Jahrhundert genannt werden, reicht von Menschen mit einem umgerechneten Gewicht von etwa 200 bis 250 kg. In diesem Bereich liegt auch das auf einer viel zitierten Darstellung angegebene Gewicht einer „dicken“ Seilerin aus dem Jahr 1612 (vgl. Abbildung 1). Wird kein konkretes Gewicht beziffert, ist als Kriterium häufig Immobilität (nicht fähig eigenständig auf ein Pferd aufzusitzen, Treppen zu steigen oder sich fort-zubewegen) dokumentiert (Stolberg 2012, S. 372). In historischen Überlieferungen wird somit nicht immer deutlich, bei welchem Gewicht von negativen gesundheitlichen Folgen ausgegangen wurde, da die verwendeten Begriffe unscharf sind. Bei Wörtern wie dick, fett oder übergewichtig handelt es sich zunächst um qualitative Beschreibungen einer Körperform. Sie beschreiben die Abweichung von einer nicht näher bestimmten Norm und beinhalten keine Maßeinheit. Noch im 19. Jahrhundert fehlte in den medizinischen Diagnosen zudem der Bezug zum Gewicht, der heutzutage als Distinktionskriterium verwendet wird (Jutel 2006, S. 2270).

Obwohl die akademische Auseinandersetzung mit Adipositas weit früher begann, stellt die Moderne, in der sich die empirische Messbarkeit als Grundlage der Medizin etabliert, einen Wendepunkt für die medizinische Adipositasforschung dar (Stolberg 2012, S. 377). Augenscheindiagnosen wie oben beschrieben werden in der Fachliteratur dieser Zeit nicht mehr empfohlen, an ihre Stelle treten messbare Kriterien (Jutel 2009, S. 67) sowie die Unterscheidung zwischen Normalgewicht und Übergewicht, festgelegte Normwerte und das Idealgewicht (Stolberg 2012, S. 376). Ab 1891 begann die Verbreitung von Personenwaagen im medizinischen Kontext und wurden ab 1913 auch in privaten Haushalten üblich (Schorb 2015, S. 35), womit sich die Begeisterung für Messbarkeit und der damit einhergehenden scheinbaren Objektivität vom professionellen in den privaten Sektor übertrug. Das Potenzial der Festlegung von Standards liegt in der Quantifizierung von Normalität. Sie bildet das Fundament für medizinische Diagnosen, Epidemiologie und Evidenzbasierung (Jutel 2006, S. 2272). Anfang des 20. Jahrhunderts gab es dennoch einige Stimmen, die sich dagegen aussprachen, ein allgemeingültiges gesundes Körpergewicht zu definieren. Stattdessen müsse das Idealgewicht individuell bestimmt werden, beispielsweise als durchschnittliches Gewicht einer Person über eine bestimmte Zeitspanne, in der die Person gesund war. Allerdings konnte sich diese Ansicht nicht durchsetzen und wich vermeintlich objektiven Skalen (Jutel 2006, S. 2271). Die Grenzen, was als pathologisches Übergewicht zu verstehen und somit gesundheitsgefährdend sei, sind in den Quellen bis in das 20. Jahrhundert deutlich weiter gefasst als heute. Viele Autoren des 19. und frühen 20. Jahrhunderts sehen Übergewicht etwa erst ab einem Gewicht und Leibesumfang als gesundheitlich bedenklich an, der heute bereits als extreme oder morbide Adipositas gefasst werden würde. Zudem wurde das gesundheitliche Risiko von niedrigem Gewicht in den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts häufiger thematisiert als heute. In etwa zu dieser Zeit entwickelte Adolphe Quetelet zur

Ermittlung der Normalverteilung des Gewichts den Body-Mass-Index (BMI), der sich allerdings erst wesentlich später durchsetzen konnte. Der empfohlene Wert lag umgerechnet mit  $24,2 \text{ kg/m}^2$  am oberen Ende des heutigen Normalgewichts (Jutel 2005, S. 114). Dennoch wurden die Auswirkungen überdurchschnittlichen Gewichts medizinisch erforscht und Therapieformen entwickelt, die den heutigen häufig bemerkenswert ähnlich sind. So etablierte sich bereits im 19. Jahrhundert die kohlenhydratarme und mit Beginn des 20. Jahrhunderts die kalorienarme Ernährung als diätische Kost. Für die Verbreitung der Empfehlungen sorgten damals wie heute die Erzählungen Betroffener, die mit der jeweiligen Diät erfolgreich Gewicht reduzierten. Ein Durchbruch in der medizinischen Forschung gelang durch die Etablierung der Kalorie als Maßeinheit für Energie in Nahrungsmitteln. Durch sie kann nicht nur bestimmt werden, welche Energiedichte pro Mahlzeit vorliegt, es kann auch der Energieverbrauch des Körpers bei bestimmten Tätigkeiten gemessen werden (Schorb 2015, S. 31–35).

In den 1940er Jahren berechnete der Versicherungsmathematiker Louis Dublin, anhand von Versichertendaten das Gewicht der augenscheinlich höchsten Lebenserwartung. Die von ihm ermittelten Werte lagen deutlich unterhalb der heutigen Grenzwerte, was auf verschiedene methodisch begründete Irrtümer zurückzuführen war (Schorb 2015, S. 39). In Deutschland und weiten Teilen Europas wurde zu dieser Zeit die Broca-Formel (Körpergröße in cm minus 100 als Normalgewicht) gegebenenfalls mit leichten Anpassungen verwendet. In den 1970er Jahren wurde der BMI zum Standardinstrument. Während die BMI-Klassen sich zunächst, wie von Quetelet vorgesehen, am Bevölkerungsdurchschnitt (Normalverteilung) orientierten, wurde er 1995 mit der Veröffentlichung der weltweit gültigen Grenzwerte durch die World Health Organisation (WHO) zu einem Normwert, der unabhängig der biologischen oder genetischen Merkmale für alle Erwachsenen gleichermaßen galt und bis heute gilt (Schorb 2015, S. 41–42).

Aus der Darstellung der historischen Auseinandersetzung mit Adipositas und Übergewicht wird deutlich, dass ein übermäßiger Fettanteil bereits in der Antike problematisiert wird, allerdings verschoben sich im Laufe der Zeit die Grenzen, was als adipös also krankhaft galt (Jutel 2006, S. 2270). Während Adipositas bereits seit Jahrhunderten in Fachdiskursen problematisiert und mit einem frühen Tod in Verbindung gebracht wurde, ist das Konzept des Übergewichts relativ neu und gibt durch den Wortteil *Gewicht* eine Maßeinheit vor, die Messbarkeit impliziert (Jutel 2005, S. 122). Betrachtet man die öffentlichen Diskussionen zu Übergewicht und Adipositas gewinnt man den Eindruck, dass kaum ein Unterschied zwischen beiden Phänomenen gemacht wird. Übergewicht wird als Vorstufe von Adipositas betrachtet und deren Krankheitswert somit übertragen (Jutel 2006, S. 2270). Auf Basis einer deskriptiven Analyse von Pubmed-Titeln der Jahre 1964 bis 2003 wird deutlich, dass die Nennung von

Übergewicht als Krankheitszeichen oder Symptom – also als Folge einer Erkrankung – abgelöst wurde von der Beschreibung als eigenständige Erkrankung (Jutel 2006, S. 2271) und Übergewicht als Zeichen des Wohlstands durch einen Diskurs um die Risiken der Fettleibigkeit inklusive der Komorbiditäten. Diese Veränderungen könnten durch die erhöhte Prävalenz in Kollektiven mit niedrigem Status ausgelöst worden sein und im Rahmen eines Abgrenzungsprozesses zur aktiven Vermeidung von Übergewicht bei Gruppen mit hohem Status geführt haben. Die Wahrnehmung von Übergewicht als Erkrankung war und ist somit Teil eines gesellschaftlichen Diskurses über Körperbilder und Schönheitsideale (Hahn 2011, S. 42–43).

### 1.1.2 Gegenwärtige medizinische Sicht auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen

Zur Darstellung der gegenwärtigen medizinischen Sicht auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen ist zunächst zu klären, warum juvenile Adipositas aus medizinischer Sicht als Krankheit definiert wird (Krankheitswert). Die S3-Leitlinie<sup>4</sup> „Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ vergleicht hierzu die Werte und Potenziale normalgewichtiger Personen mit denen von Menschen mit Adipositas. Hierbei kommt die Leitlinie zu dem Schluss, dass Menschen mit Adipositas höhere Risiken für bestimmte Erkrankungen, eine zu erwartende geminderte Lebensqualität durch funktionelle und individuelle Limitationen sowie im psychosozialen Kontext haben (Wabitsch und Moß 2019, S. 13). Es ist aus medizinischer Perspektive unstrittig, dass nicht das Gewicht, sondern vor allem der Körperfettanteil gesundheitliche (Langzeit)folgen zeitigt. Die medizinische Definition von Adipositas beruft sich daher auf den Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse (Wabitsch und Moß 2019, S. 14). Im engeren medizinischen Sinne sind für den Krankheitswert von Adipositas – obwohl Jahrzehnte der klinischen Adipositas-Forschung keine Klarheit darüber schaffen konnten, warum lediglich ein Teil der Betroffenen Komorbiditäten und Folgeerkrankungen entwickelt – lediglich die Komorbiditäten und die funktionellen Einschränkungen relevant. Darüber hinaus ist für eine präzise Definition abträglich, dass keine scharfe Demarkationslinie des Körperfettanteils für negative Konsequenzen nachgewiesen werden kann (Karasu 2016, S. 87).

---

<sup>4</sup> Medizinische Leitlinien stellen die Basis evidenzbasierter Entscheidungsfindung in Medizin- und Gesundheitsberufen dar. Sie fassen den aktuellen Forschungsstand zusammen und geben eindeutige Empfehlungen zum Vorgehen. Sie haben per se keine juristisch bindende Funktion (AWMF 2023). Trotzdem ist es im professionellen Kontext üblich, sich an die Empfehlungen zu halten, was eine Zeitersparnis darstellt, da die Begründung durch die Handlungsempfehlungen bereits vorgegeben ist und so nicht selbst verfasst werden muss und Behandlungsfehler dadurch grundsätzlich ausgeschlossen werden (Vogd 2002, S. 299). Die höchste Qualitätsstufe ist die S3-Leitlinie.

Dennoch sind die mit Adipositas in Zusammenhang gebrachten medizinischen Konsequenzen weitreichend. Die für den Krankheitswert von juveniler Adipositas relevanten Komorbiditäten können in sechs Kategorien unterteilt werden:

1. Zentral: Schlaf-Apnoe-Syndrom
2. Kardiovaskulär: Hypertonie, Pulmonal, Asthma
3. Metabolisch: Dyslipidämie, Fettleber, Gallensteine
4. Endokrinologisch/anthropometrisch: beschleunigtes Längenwachstum, frühe Pubertät, Pseudogynäkomastie, Pseudohypogonadismus, Insulinresistenz, gestörte Nüchtern glukose/Glukosetoleranz, Typ-2-Diabetes, Hyperurikämie, PCO-Syndrom
5. Orthopädisch: X-Beine, Rückenschmerzen
6. Psychologisch/psychosozial: Diskriminierung/Mobbing, Isolation, Essstörung, Depressivität, Körperbildstörungen, verminderte Lebensqualität  
(Holl 2018a, S. 167; Platte et al. 2014, S. 183; Rail 2009, S. 143; Hampel et al. 2019, S. 2)

Die in der sechsten Kategorie aufgeführten Komorbiditäten stellen einen Sonderfall dar, da sie in keinem direkten Zusammenhang mit Körpergewicht oder Körperfettanteil stehen. Die Grenzwerte sind individuell und werden zwischen Individuum und Umwelt ausgehandelt. Mögliche Ursachen, die im medizinischen Kontext genannt werden, können die Darstellung von Adipositas im öffentlichen Diskurs (Rail 2009, S. 143), Stigmatisierungserfahrungen (Luck-Sikorski 2017, S. 88) oder soziale Ausgrenzung (Salvy und Bowker 2014, S. 12) sein. Neben diesen externen Faktoren spielen persönliche Faktoren wie geringer Selbstwert und das Hadern mit dem eigenen Äußeren für die psychologischen und psychosozialen Komorbiditäten eine Rolle (Platte et al. 2014, S. 183).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Im Bestreben das festgelegte Normalgewicht als Maß für Gesundheit anzuwenden, wird häufig übersehen, dass das Abnehmen selbst zu einem Gesundheitsrisiko werden kann, wenn es durch riskantes oder schädliches Gesundheitsverhalten wie beispielsweise Null-Diäten, Rauchen oder exzessive Bewegung hervorgerufen wird. Zudem kann die positive Assoziation, die bei übergewichtigen Personen mit dem Gewichtsverlust einhergeht, die Diagnose schwerwiegender Erkrankungen wie beispielsweise Krebs verhindern oder verzögern (Jutel 2006, S. 2275). Dies zeigt, dass die Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas als Erkrankung für die Betroffenen Konsequenzen hat, die nicht nur medizinisch oder gesundheitlich begründet, sondern auch abhängig von der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Phänomens sind. Im Falle von Übergewicht und Adipositas sind historisch und kulturell bedingt negative Assoziationen die Regel, was Stigmatisierung und Diskriminierung zur Folge haben kann, denn soziale Informationen werden von materiellen (beispielsweise Kleidung) oder immateriellen (beispielsweise Soziolekt) Status- oder Stigmasymbolen repräsentiert (Goffman 1975, S. 35).

Zur Feststellung von Übergewicht und Adipositas eignen sich verschiedene Methoden, die unterschiedlich reliabel und aufwändig den prozentualen Anteil der Körperfettmasse ermitteln oder möglichst präzise schätzen (Kromeyer-Hauschild et al. 2001, S. 808–810). Eine aufwändige, dafür allerdings präzise Methode der Messung des Fettanteils durch Wasserverdrängung stellt das Unterwasserwiegen dar. Ebenfalls präzise ist die Impedanzmessung, die mittels elektrischen Stroms den Körperfettanteil bestimmen kann, da Muskeln und Fett diesen unterschiedlich leiten. Eine weniger präzise Methode ist die Messung der Hautfaltendicke (Schorb 2015, S. 37–38). Bei Erwachsenen setzte sich aufgrund seiner einfachen, wenig aufwendigen Ermittlung der BMI als Verhältnis von Körpergewicht zur quadrierten Körperhöhe ( $\text{kg/m}^2$ ) durch. Bei diesem Wert handelt es sich lediglich um eine Schätzung des Fettanteils, da er nicht zwischen den Gewichtsursachen differenziert. Als Normalgewicht bei Erwachsenen gilt ein BMI zwischen  $18,5 \text{ kg/m}^2$  und  $24,9 \text{ kg/m}^2$ . Ab einem BMI von  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  spricht man von Adipositas, diese ist in die Grade I-III eingeteilt ( $30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$ ;  $35\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$ ;  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ). Mit jedem Grad steigt das Risiko für Folgeerkrankungen und sinkt die Lebenserwartung. Der BMI wird als alters- und geschlechtsunabhängiger Prädiktor verwendet, in Bezug auf die Risikofaktoren gilt diese Unabhängigkeit jedoch nicht. Verschiedene Studien belegen, dass beispielsweise ältere Personen mit Übergewicht (nicht jedoch Adipositas) ein niedrigeres Risiko für Erkrankungen haben als normalgewichtige ältere Personen. Zudem können gelegentlich auch Personen einen BMI im Bereich von Adipositas aufweisen, die nicht adipös sind, beispielsweise wenn deren Muskelmasse sehr hoch ist oder Wassereinlagerungen vorhanden sind. Zwar steigt das Risiko für Folgeerkrankungen mit steigendem BMI, die Klassifizierung von Gewicht in *untergewichtig*, *normalgewichtig*, *übergewichtig* und *adipös* anhand des BMI ist jedoch nicht evidenzbasiert. Sie folgt für Übergewicht ( $25 \text{ kg/m}^2 < \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$ ) und Adipositas (ab  $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$  in mehreren Stufen) in einer willkürlichen Einteilung in Fünferschritten. Der Bereich des Normalgewichts ist etwas breiter mit einer Spanne von 6,5 Punkten ( $18,5 \text{ kg/m}^2 < \text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$ ) (Seitz und Zwick 2011, S. 264). Die geringste Spanne umfasst der Untergewichtsbereich, da bereits ab einem BMI von  $14,5 \text{ kg/m}^2$  in Folge von Kachexie der Exitus droht. Augenscheinlich repräsentiert die Skaleneinteilung selbst dann keine ausgeglichene Verteilung, wenn ein BMI von  $0 \text{ kg/m}^2$  möglich wäre. Ausgehend von einer evolutionsbedingten höheren Resistenz des Menschen gegen Übergewicht als gegen Untergewicht ist fraglich, ob die derzeitige Einteilung sinnvoll gewählt wurde (Schorb und Helmert 2011, S. 33). Aufgrund der Unschärfe des BMI werden weitere Möglichkeiten, Adipositas ohne spezielle Messgeräte zu ermitteln, diskutiert. Bei diesen Methoden wird das Verhältnis von Taille zu Hüfte (WHR) beziehungsweise zur Körpergröße (WHtR) gebildet oder lediglich der Bauchumfang gemessen. Vorteil dieses Verfahrens ist, dass die für Folgeerkrankungen besonders risikoreiche abdominale Adipositas erkannt und Aussagen zur Körperfettverteilung getroffen werden können. Gerade bei Adipositas kann jedoch häufig die Taille nicht

eindeutig identifiziert werden. Hierdurch kommt es verstärkt zu Messfehlern. Vor allem für Personen mit Übergewicht oder maximal Adipositas Grad I sind diese Messungen jedoch nützlich zur Einschätzung der Krankheitsfolgen (Bischoff 2018a, S. 16–18), konnten sich bislang allerdings nicht als allgemeiner Standard etablieren. Eine wissenschaftlich fundierte Einteilung könnte anhand von Grenzwerten, ab denen bestimmte Erkrankungen mit stark erhöhter Wahrscheinlichkeit auftreten, erfolgen. Studien zur übergewichts- und adipositasbezogenen Mortalität und Morbidität zeigen beispielsweise, dass nach der Korrektur für Alter, Geschlecht und Rauchverhalten die Mortalität für Menschen mit Adipositas (Gewichtsklassifikation anhand WHO-Kategorien, Flegal et al. 2013, S. 73–74) im Vergleich zu Normalgewichtigen erhöht, bei Menschen mit Übergewicht jedoch verringert ist (Flegal et al. 2013, S. 79). Dieses Phänomen niedrigerer Mortalität oder Morbidität bei Menschen mit Adipositas oder Übergewicht wird als *Adipositas-Paradox* bezeichnet und stellt eine Konfliktlinie zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Akteuren dar.

Eine zusätzliche Problematik bei der Verwendung des BMI ergibt sich bei juveniler Adipositas durch wachstumsphysiologische Veränderungen im Laufe der Entwicklung, die dazu führen, dass der Körperfettanteil nicht konstant ist. Somit werden bei Kindern und Jugendlichen im Gegensatz zur Anwendung bei Erwachsenen keine starren, sondern flexible Grenzwerte auf Basis bestimmter Perzentilen festgelegt, die allerdings häufig die von der WHO festgelegten Grenzwerte für Erwachsene repräsentieren (Kromeyer-Hauschild et al. 2001, S. 808–810). Dennoch wurden die Referenzwerte nicht global einheitlich festgelegt, sondern weisen regional- und länderspezifische Unterschiede auf. Die vier am häufigsten verwendeten sind:

1. Die Skala von Rolland-Cachara et al. (1991) basiert auf Studienergebnissen aus Frankreich in den 1950er bis 70er Jahren, also auf Daten, die vor dem starken Anstieg des durchschnittlichen BMI erhoben wurden und somit deutlich unterhalb der anderen drei Referenzwerte liegen. Als Grenzwerte wurden das 90. (Übergewicht) und das 97. (Adipositas) Perzentil gewählt.
2. Kromeyer-Hauschild et al. (2001) ermittelten Referenzwerte für Deutschland, basierend auf Daten verschiedener Studien, die nach 1985 durchgeführt wurden. Vergleicht man die Ergebnisse mit den Werten von Rolland-Cachara, zeigt sich, dass die Zahlen für Untergewicht sowie die Mittelwerte nahezu identisch sind, allerdings für die 90. und 97. Perzentile nach oben abweichen. 2015 überarbeiteten Kromeyer-Hauschild et al. die Referenzwerte für Jugendliche ab 16 Jahren, da diese in der Veröffentlichung von 2001 Abiturienten überrepräsentierten und somit voraussichtlich das tatsächliche Durchschnittsgewicht unterschätzten (Kromeyer-Hauschild et al. 2015, S. 123).

3. Cole et al. (2000) legten ihren Referenzwerten internationale Studienergebnisse zugrunde. Die Werte von Cole et al. werden unter anderem von der International Obesity Task Force (IOTF) empfohlen. Sie stehen jedoch in der Kritik, ihren Anspruch auf globale Gültigkeit nicht erfüllen zu können, da zum einen Referenzwerte vom afrikanischen und asiatischen Kontinent fehlen und sie zum anderen von einer gleichmäßigen Verteilung von Übergewicht über alle Altersklassen ausgehen, was nicht ausreichend belegt ist.
4. Ebenfalls den Anspruch auf internationale Vergleichbarkeit erheben die Referenzwerte der WHO (2024). Die Datengrundlage bilden für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren US-amerikanischen Gewichts- und Größenkurven, deren Aussagekraft zum Teil durch mangelnde Repräsentativität begrenzt ist. Für die Gruppe der Kinder (0-5 Jahre) wurde eine eigene, internationale Untersuchung durch die WHO durchgeführt. Für Übergewicht wurde das 85. für Adipositas das 97. Perzentil definiert (Schorb und Helmert 2011, S. 36).

Die Referenzwertevielfalt im Bereich der juvenilen Adipositas hat zur Folge, dass unter Umständen auf Basis derselben Datengrundlage unterschiedliche betroffene Bevölkerungsanteile – die sogenannten Prävalenzen als Anteile der Erkrankten im Vergleich zu Nicht-Erkrankten – ermittelt werden.

Prävalenzen sind ein wichtiges Instrument der Risikoabschätzung für Erkrankungen. Steigt die Prävalenz wird dies im Problemdiskurs um Übergewicht und Adipositas als Indikator für Relevanz der Erkrankung und somit für deren Gefährlichkeit für Individuen und Gesellschaft betrachtet. Viele der Veränderungen, die im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs für den Anstieg des durchschnittlichen Gewichts in westlichen Gesellschaften verantwortlich gemacht werden – im Wesentlichen Bewegungsmangel und Fehlernährung – vollziehen sich bereits seit den 1960er Jahren. Fraglich ist, warum die Übergewichtsprävalenzen bis in die 1970er beziehungsweise 80er stabil geblieben sind und erst in den darauffolgenden Jahren deutlich zunahm (Schorb 2015, S. 125). Die Adipositasprävalenz in Deutschland unterscheidet sich je nach Gemeindegröße. In kleineren Gemeinden (< 5.000 Einwohnende) lag sie in den 1980er bis 2000er Jahren etwa vier bis acht Prozentpunkte unterhalb der von größeren (> 5.000 Einwohnende) (Helmert und Strube 2004, S. 412). Vergleicht man die weltweiten Adipositas- und Übergewichtsprävalenzen, ist festzustellen, dass diese seit den 1970er Jahren 30 Jahre lang wuchsen. Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI), der die Relation von Körpergewicht in Kilogramm (kg) und Körpergröße in Metern (m) abbildet, stieg zwischen den Jahren 1985 und 2002 um ca.  $1 \text{ kg/m}^2$ , bei Frauen ( $1,17 \text{ kg/m}^2$ ) etwas stärker als bei Männern ( $1,10 \text{ kg/m}^2$ ). Ebenso erhöhte sich der Anteil der Menschen mit moderater und morbidem Adipositas um jeweils etwa 3,4 Prozentpunkte (Ball et al. 2012, S. 1; Helmert und Strube 2004, S. 412, 2004, S. 414). In Deutschland sowie in anderen Ländern mit hohem Einkommensniveau scheint sich dieser Trend seit Mitte der 2000er



Jahre nicht fortzusetzen (Schienkiewitz et al. 2019b, S. 1225). Bei Kindern und Jugendlichen lagen die Übergewichtsprävalenzen 2005 bei 15-20 %, davon 5 % Adipositas. Demgegenüber standen 1 % pathologischer Mangelernährung (Anorexie und Bulimie) bei weiblichen Jugendlichen (Erhart et al. 2008, S. 333). Die aktuellsten deutschlandweit repräsentativen Zahlen stammen aus der zweiten Welle des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS, vgl. Kapitel 1.4.2) und somit von 2017 (Schienkiewitz et al. 2018). In dem Zehnjahreszeitraum zwischen den KiGGS-Erhebungen bleiben die Anteile derjenigen, die von Übergewicht oder Adipositas betroffen sind, stabil (Schienkiewitz et al. 2019b, S. 1229; Gausche et al. 2019, S. 27; Petermann et al. 2017, S. 88; Gausche et al. 2019, S. 27; Hampel et al. 2019, S. 2). Aus den Daten der KiGGS Welle 2 geht zudem hervor, dass die von Übergewicht und Adipositas am meisten betroffene Gruppe Jungen zwischen elf und 13 Jahren mit einer Prävalenz von 21,1 % sind. Ab dem Jugendalter sind Jungen von extremer Adipositas häufiger betroffen als Mädchen (Schienkiewitz et al. 2019b, S. 1228). Bei Betroffenen steigt im Jugendalter das Gewicht häufig unabhängig von der Einleitung therapeutischer Maßnahmen kontinuierlich und überproportional zum Wachstum (Warschburger 2018, S. 296).

Diese Werte müssen allerdings vor dem Hintergrund der oben dargelegten Referenzwertevielfalt betrachtet werden. Die Grenzwerte der WHO bezüglich Adipositas und Übergewicht sind strenger als die anderer Referenzsysteme. Werden die in Deutschland üblichen Werte von Kromeyer-Hauschild et al. angewandt, liegen die Prävalenzen von Übergewicht bei 15 % und die von Adipositas bei 6 % (Schienkiewitz et al. 2018, S. 68). Demgegenüber steht das WHO-Referenzsystem mit 26,3 % Übergewicht und 8,8 % Adipositas. Zwischen den beiden Systemen liegt das der IOTF mit 19,3 % Übergewichts- und 4,7 % Adipositasprävalenz (Schienkiewitz et al. 2018, S. 62). Diese Diskrepanzen zwischen den Angaben illustrieren die Herausforderung differierender Standards, welche bei der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Übergewicht und Adipositas häufig auftritt. Hinzu kommt, dass der grundlegende Sinn bei der Festlegung von Grenzwerten im Kinder- und Jugendbereich ungeklärt ist, denn die Wahl der Perzentile wird mathematisch, nicht aber medizinisch begründet. Zudem sind im internationalen Vergleich genetische Faktoren zu berücksichtigen, die bislang nicht repräsentativ ermittelt wurden. Dies stellt eine entscheidende Einschränkung für die Aussagekraft der Ergebnisse vieler Studien dar (Schorb und Helmert 2011, S. 45). Selbst in der aktuellen S3-Leitlinie von 2019 liegt kein empirischer Befund zur Stützung der in den 90er Jahren mehr oder weniger willkürlich durch die IOTF festgelegten Grenzwerte bei Kindern und Jugendlichen vor (Wabitsch und Moß 2019, S. 15–16). Obwohl durch den deutschlandweit repräsentativen KiGGS-Datensatz (vgl. Kapitel 1.4.2) validere Ergebnisse vorliegen als in der Metaanalyse von Kromeyer-Hauschild et al., werden diese nicht als Referenz verwendet, da sie nach dem Anstieg der Prävalenzen (siehe oben) erhoben wurden

(Wabitsch und Moß 2019, S. 15; Wabitsch und Kunze 2015, S. 22–23). Dieses Vorgehen illustriert eine grundlegende Problematik, denn ab einer gewissen Verbreitung eines Standards ist keine Überarbeitung der Grundannahmen mehr möglich. Würden die Grenzwerte überarbeitet werden, wären Forschungsergebnisse vergangener Jahrzehnte kaum noch vergleichbar und entsprechende Empfehlungen unter Umständen haltlos (vgl. Schorb und Helmert 2011). Für die gegenwärtige Sicht auf Übergewicht und Adipositas ist zudem bedeutsam, dass nicht nur die medizinische, sondern auch die mediale Darstellung kaum zwischen Übergewicht und Adipositas differenziert. So wird auch Übergewicht sprachlich nicht als somatische Erscheinungsform, sondern als Erkrankung gerahmt. Es wird von Prävalenzen, Inzidenzen, Prädispositionen und Epidemie gesprochen und somit ein klarer Bezug zu Morbidität hergestellt (Jutel 2006, S. 2269).<sup>6</sup>

Letztendlich liegt die Deutungshoheit bezüglich Krankheit und Behinderung in der Regel bei medizinischen Akteuren und gegebenenfalls Akteuren des Sozialrechts. Sie verfügen über den Einfluss und verwalten den Zugang zu den ökonomischen Ressourcen des Sozialstaates. Obwohl die medizinische Definition von Übergewicht und Adipositas bestimmte Standardmaße und Grenzwerte festlegt und diese Werte für die weiteren Akteure im Feld die Basis für Aussagen, Deutungen und (empfohlene) Maßnahmen bilden, wird anhand Bourdieus Feldtheorie zu zeigen sein, dass Wahrnehmungen und Entscheidungen dieser Akteure nicht unabhängig sind. Sie werden beeinflusst von ihrer Stellung, ihrer sozialen Gruppe und weiteren Faktoren.

---

<sup>6</sup> Aufgrund der häufig fehlenden Trennschärfe zwischen Adipositas und Übergewicht werden im Folgenden immer dann, wenn kein eindeutiger Bezug zu einer der beiden Kategorien hergestellt werden kann, beide genannt. Ist im Text allerdings von *Übergewicht* beziehungsweise *Adipositas* und nicht von *Übergewicht und Adipositas* die Rede, ist von einem gesicherten Bezug ausschließlich zur genannten Kategorie auszugehen.

## 1.2 Die Adoleszenz als Gegenstand der Übergewichts- und Adipositasforschung

Eine besonders bedeutsame Phase für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas ist die Adoleszenz. Dieser Lebensabschnitt wird von der Pubertät eingeleitet und endet, wenn die Hirnreifung vollständig vollzogen ist. Üblicherweise umfasst sie einen Zeitraum zwischen dem elften und zwanzigsten Lebensjahr (Frühadoleszenz: zehn bis 13, mittlere Adoleszenz: 14 bis 17, Spätadoleszenz: 17 bis zwanzig) ist jedoch abhängig von individuellen Faktoren (Konrad und König 2018, S. 2–3). Der Begriff Jugend wird zu Adoleszenz synonym verwendet, wenn sich auch die Einteilung gelegentlich unterscheidet. Die frühe Jugendphase umfasst das elfte bis 18. Lebensjahr, die späte Jugend das 19. bis 21. Lebensjahr. In der frühen Jugendphase sind externe Einflüsse wie Bildungseinrichtung, Gleichaltrige und Freunde besonders prägend (Richter 2005, S. 60), denn in dieser Zeit befinden sich die Heranwachsenden in einem Emanzipationsprozess. Einerseits werden hierbei die gesellschaftlichen Normen antizipiert andererseits steigt die Bestrebung den eigenen Weg zu finden. Zudem ist es eine Zeit, in der die Basis für den weiteren Lebensweg gelegt wird. Sozialisation kann durch viele verschiedene Instanzen erfolgen. Zu nennen wären hier Familie, Freunde, Schule, aber auch Medien. So können auch digitale Anwendungen dazu beitragen, wie sich Jugendliche entwickeln. Dies stellt eine große Chance dar, muss jedoch auch kritisch betrachtet werden, denn es gibt nur wenig Kontrolle, welche Inhalte letztlich vermittelt werden. Sozialisation ist auch als Aneignung von Normen zu verstehen. Dabei müssen *injunktive* und *deskriptive* Normen betrachtet werden. Beide Formen gehen auf unterschiedliche Perspektiven zurück. Während injunktive Normen die Bewertung des eigenen Handelns durch andere umfassen, bilden deskriptive Normen das eigene Urteil über das Verhalten der anderen ab. Selftracking kann einen Einfluss auf beide Kategorien ausüben (Reifegerste und Karnowski 2020, S. 106–107).

Auf körperlicher Ebene werden während der Pubertät Transformationsprozesse angestoßen, die großen Einfluss auf das Verhalten und Handeln der jungen Menschen haben. Diese Entwicklungsphase wird als prägend für das spätere Gesundheitsverhalten betrachtet (Warschburger 2018, S. 295). Es handelt sich um einen Übergang, in der sich die Individuen zunehmend in die Selbstständigkeit begeben. Die Peergroup erhält einen größeren Einfluss, der familiäre insbesondere der elterliche Einfluss nimmt ab. Diese physische und psychische Transformation hat nennenswerte Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Handlungen (Lehmann et al. 2020, S. 3–4). Das Jugendalter ist eine Lebensphase, die geprägt ist von wachsender Autonomie und Selbstbestimmung. Demzufolge entwickelt sich in dieser Zeit ein eigener Lebensstil, der häufig stärker von Einflüssen der Freunde und des Umfelds der Gleichaltrigen abhängig ist als vom Elternhaus (Azar et al. 2020, S. 2). Je älter Kinder werden, desto größer wird der Einfluss des gleichaltrigen Umfeldes und der Freunde. Dieser Einfluss schlägt sich

im Bewegungs- und Ernährungsverhalten nieder und kann entscheidend für eine gesunde psychosoziale Entwicklung sein (Salvy und Bowker 2014, S. 4). Werden Jugendliche allerdings zu ihrer Meinung bezüglich des Einflusses ihrer Eltern auf ihren Lebensstil befragt, schätzen sie diesen als groß ein (Azar et al. 2020, S. 7). Trotzdem ist die Adoleszenz eine Selbstfindungsphase und somit „ein ausgewiesener Resonanzraum für die vielfältig und vielformig gestreuten Subjektivierungsangebote“ (Lange und Theunert 2008, S. 235).<sup>7</sup> Ein weiterer wichtiger Bestandteil der juvenilen Entwicklung ist die Abgrenzung von erwachsenen Menschen. Das Mediennutzungsverhalten und die damit einhergehende Expertise kann ein solches Abgrenzungskriterium sein (Wunderer et al. 2022, S. 87). Neben Onlinemedien könnten durch die Selbstvermessung mittels digitaler Anwendungen Algorithmen zu einer eigenen Sozialisationsinstanz werden, denn häufig wird kein Urheber des Algorithmus kenntlich gemacht. Fraglich ist, ob die Tatsache, dass der Urheber und dessen Intentionen häufig nicht erkennbar sind, diesen aus dem Sozialisationsprozess ausschließt und an dessen Stelle der Algorithmus tritt. Möglich ist auch, dass trotzdem der Urheber als Sozialisationsinstanz gewertet werden muss (Reifegerste und Karnowski 2020, S. 112). Das Internet ist für Jugendliche zugleich Risiko- und Schutzfaktor für psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten stehen und wird daher in den folgenden Kapiteln immer wieder als Institution mit spezifischen Wirkungen aufgegriffen.

Es ist nicht verwunderlich, dass Jugendliche von sozialen Onlinenetzen und anderen Onlineinhalten angezogen werden, denn eine Eigenschaft des Internets ist die Beziehungs- und Sozialisationsstiftung (Lange und Theunert 2008, S. 233). Der ortsunabhängige Zugang zu Peer-Groups kann Einfluss auf die Generierung von Ressourcen und somit auf die soziale Stellung haben. Dieses Potenzial, das die Medienwelt bietet, um mit Gleichaltrigen und Gleichgesinnten in Beziehung zu treten, tangiert Erfahrungshorizont, Gefühlshaushalt, soziale Orientierungen und Kompetenzprofile der Jugendgeneration. Die interaktiven, global kommunikativen und mobilen Vernetzungsstrukturen der heutigen Medienwelt verschränken sich zunehmend mit der nicht medialen Kommunikation und Interaktion im Alltag. In dieser Allianz erhöht sich die Sozialisationsrelevanz von Medien (Lange und Theunert 2008, S. 239). Die Nutzung von Onlinemedien schult Fähigkeiten, die vor der Verbreitung des Internets nicht notwendig waren, sie stellen somit eine neue Form von Bildung dar (Lange und Theunert 2008, S. 236). Die Daten der Studie Jugend, Information, Medien (JIM) belegen, dass soziale Medien und Bildschirmmedien längst im Alltag der Jugendlichen und jungen Erwachsenen angekommen sind (Wunderer et al. 2022, S. 85). Jugendliche, die in der gegenwärtigen Gesellschaft aufwachsen, nehmen häufig keine Diskrepanzen zwischen

---

<sup>7</sup> Subjektivierung umfasst die Modellierung von Kognitionen, Normen und Handlungsfähigkeiten, von denen auch der Körper betroffen ist (Lange und Theunert 2008, S. 236).

Onlinekommunikation beziehungsweise Onlinemedienkonsum und den entsprechenden Offlinevarianten war. Die Zuordnung von Sozialisationsinstanzen löst sich somit von ihrer Lokalisierung in der analogen Welt und Informationen, Ideen oder Rollenmodellen ohne Prägung der eigenen sozialen Gruppe sind leichter zugänglich. Obwohl hierdurch die Selbstsozialisation Jugendlicher grundsätzlich gefördert wird, bedeutet dies nicht, dass sich Jugendliche im Rahmen einer Selbstsozialisation automatisch jenseits von strukturellen Limitationen ihrer gesellschaftlichen Stellung bewegen (Lange und Theunert 2008, S. 235). Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass Wunderer et al. in ihrer Studie feststellen, dass die Onlineinhalte (*das Posten*) das *reale Leben* der Befragten prägen (Wunderer et al. 2020, S. 93). Ist die Beobachtung einer Auflösung der Grenzziehung wie oben beschrieben korrekt, erscheint die Fragestellung allerdings aus der Perspektive der Jugendlichen wenig sinnvoll, denn das Posten wird als Teil des realen Lebens antizipiert. Die Differenzierung zwischen Realität und dem, was online passiert, entspricht demzufolge nicht der Wahrnehmung der Jugendlichen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter einerseits biologische und andererseits soziokulturelle Faktoren bewirken, dass sich Körper, Körperwahrnehmung und Verhalten verändern. Interessant ist hierbei, dass das Gesundheitsverhalten – beispielsweise Ernährung, Bewegung und Medienkonsum – und die Selbstwahrnehmung nicht länger überwiegend vom Elternhaus geprägt werden. Für die Auseinandersetzung mit Übergewicht und Adipositas stellt die Adoleszenz somit eine bedeutende Phase in der menschlichen Entwicklung dar.

### 1.3 Grundlagen der Feldtheorie

Die Praxisorientierung der Konzepte Bourdieus verankert diese stark im Frankreich des 20. Jahrhunderts (Richter und Hurrelmann 2016, S. 5). Nach entsprechenden Anpassungen gelten sie jedoch als anschlussfähig an die Forschung und Analyse der gegenwärtigen Gesellschaft in Deutschland (Fröhlich und Mörth 1994, S. 14). Bourdieu wird üblicherweise als Vertreter des Strukturalismus betrachtet und es gibt Belege, dass er sich zum Teil selbst dieser Strömung zuordnete (Moebius und Peter 2014, S. 21). Obwohl sich Bourdieu in seinen Werken vorrangig für Strukturen interessiert und keine Kausalitäten abbildet, kann eine Analyse auf Basis seiner Ideen durchaus die Identifizierung von Zusammenhängen ermöglichen, die eine Begründung für die Ursache bestimmter Phänomene liefert (Rehbein 2016, S. 79).

„Ziel seiner Gesellschaftstheorie ist es, die Konstitution und die Reproduktion sozialen Lebens zu verstehen und die Mechanismen zu analysieren, die zu praktischen Handlungen und zu einer strategischen Praxis führen, in der die ursprüngliche Struktur wiederhergestellt ist (Rathmayer et al. 2009, S. 16).“

Bourdies Ansicht nach konstruieren soziale Akteure die – oder besser: ihre – Wirklichkeit, jedoch sind sie dabei nicht frei. Die konstruierte Wirklichkeit ist unter anderem abhängig von Erfahrung, Sozialisation und sozialer Gruppe (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 28). Die Wirklichkeit wird so in einem Wechselspiel zwischen Handelnden und Gesellschaft geschaffen und Menschen können in diesem Prozess gleichzeitig als Entwickler und Ergebnis betrachtet werden (Richter und Hurrelmann 2016, S. 6). Gemäß dem strukturalistischen Paradigma spielen die Handlungen der Individuen nur eine untergeordnete Rolle, da sie durch die Struktur determiniert werden (Rehbein und Saalman 2014b, S. 116, 2014b, S. 115). Ebenso wird Devianz bei Bourdieu kaum untersucht und an keiner Stelle analytisch aufgearbeitet (Waldschmidt 2011, S. 96). Bourdieus Ausführungen über den Habitus weisen an verschiedenen Stellen darauf hin, dass er die körperlichen Auswirkungen des Verhaltens, das wiederum auf die soziale Verortung oder Gruppenzugehörigkeiten zurückzuführen ist, reflektiert. Nicht umsonst spricht er von Habitus als *inkorporiertem* Kapital (Hahn 2011, S. 39).

„Inkorporiertes Kapital ist ein Besitztum, das zu einem festen Bestandteil der „Person“, zum Habitus geworden ist; aus „Haben“ ist „Sein“ geworden. Inkorporiertes und damit verinnerlichtes Kapital kann deshalb (im Unterschied zu Geld, Besitz- oder sogar Adelstiteln) nicht durch Schenkung, Vererbung, Kauf oder Tausch *kurzfristig* weitergegeben werden (Bourdieu 1983, S. 187).“

Eine der Kernfragen zu den Einflüssen auf Gesundheitsverhalten ist die Frage, ob es in erster Linie durch das Individuum (Agency) oder durch ihr Umfeld (Structure) beeinflusst wird. Die Tendenz, dass Personen mit ähnlichen Merkmalen bezüglich beispielsweise Geschlecht, Ressourcenverteilung, Alter, Wohnort oder sozialer Lage auch ähnliches Gesundheitsverhalten aufweisen, deutet darauf hin, dass Distinktion eine

entscheidende Rolle spielt und somit dem strukturbezogenen Ansatz der Vorzug gegeben werden sollte. Dies bedeutet selbstverständlich nicht, dass Agency auf das Gesundheitsverhalten keinerlei Einfluss hat, sie ist lediglich den strukturellen Bedingungen untergeordnet. Während Agency Menschen die Möglichkeit bietet ihre Umgebung zu beeinflussen und Entscheidungen zu treffen beziehungsweise zwischen verschiedenen Optionen zu wählen, begrenzt die Struktur, in die sie eingebunden sind, ihre Möglichkeiten (Cockerham 2013, S. 128–130). Zwar soll Bourdieus Habituskonzept zwischen Agency und Struktur vermitteln (Sperlich 2016, S. 42–43), trotzdem muss dies hier nicht verhandelt werden, da die vorliegenden quantitativen Daten keine Aussagen über Agency ermöglichen. Durch ihren Fokus auf Strukturen sind Bourdieus Konzepte anschlussfähig an die quantitative Sozialforschung, deren Interesse in erster Linie dem Zusammenwirken von Objekten beziehungsweise Gruppierungen gilt und die grundsätzlich nicht auf Individuen oder individuelles Handeln zurückschließt. Empirische Studien der Gesundheitsforschung greifen häufig auf quantitative Methoden zurück. Hypothesen werden in diesem Zusammenhang eher anhand vorangegangener Studienergebnisse formuliert. Kausalität kann lediglich durch Längsschnittstudien abgebildet werden. Dies hat zur Folge, dass die empirisch gewonnenen Erkenntnisse häufig nur rudimentär in einen Gesamtzusammenhang gebracht werden können und es an Erklärungen für die gefundenen Zusammenhänge mangelt. Dieses Defizit kann durch die Anbindung an soziologische Betrachtungen wie Bourdieus Feldtheorie behoben werden. Diese eignet sich im besonderen Maße, da sie bereits durch Bourdieu selbst mit der empirischen Forschung vereinigt wurde (Geyer 2008, S. 138). Sofern bei der Anwendung dieser Konzepte sorgfältig darauf geachtet wird, diese nicht zu universalistisch zu betrachten, können sie zur Erklärung statistischer Korrelationen herangezogen werden (Bittlingmayer 2016, S. 27–28). Allerdings sind manche Überlegungen von Bourdieu nicht geeignet, um direkt in eine statistische Analyse transferiert zu werden.

Neben der Problematik des direkten Transfers, erschwert Bourdieus Herangehensweise, Begriffe kontextabhängig zu definieren, die Übertragbarkeit. Vor dem Hintergrund seines Schaffens ist dieses kontextabhängige Vorgehen konsequent, denn er weist immer wieder darauf hin, dass Sprache historisch, regional und von der eigenen sozialen Gruppe abhängig ist, eine universale Definition von Begriffen kann unter dieser Prämisse nicht erfolgen (Rehbein 2016, S. 77). Besonders herausfordernd bei der Beschreibung Bourdieus zentraler Begriffe ist, dass diese niemals einzeln betrachtet werden können und somit kaum ein Ausgangspunkt gefunden werden kann. Für die Beschreibung jedes Begriffes benötigt man ebenfalls die Definition der anderen:

„[...] der Gebrauch von *offenen Begriffen* [ist] ein Mittel, mit dem Positivismus zu brechen – aber *damit* ist natürlich noch nicht viel gesagt. Er ist, genauer gesagt, ein durchgängiges Mittel, um daran zu erinnern, daß die Begriffe keine andere als eine systemische Definition haben und für die *systematische empirische Anwendung* gebildet wurden. Begriffe wie Habitus, Feld und Kapital lassen sich durchaus definieren, aber eben nur innerhalb des theoretischen Systems, das sie bilden, und niemals für sich allein (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 125).“

Das Feld, in dem der Habitus wirkt, gibt ihm Struktur, dies geschieht durch die Verteilung der verschiedenen Formen des Kapitals. Insgesamt ergeben sich aus dem Zusammenspiel die Entscheidungsmöglichkeiten, die den Akteuren zur Verfügung stehen (Collyer et al. 2015, S. 691). Die folgenden drei Unterkapitel greifen somit aus Bourdieus Portfolio diejenigen Definitionen und Beschreibungen heraus, die im Anschluss am geeignetsten für die Datensatzanalyse und die Ergebnisinterpretation erscheinen.

### 1.3.1 Kapital

Außerhalb der Soziologie wird Kapital in der Regel als Teil des Vokabulars der Wirtschaft(slehre) verstanden und bezieht es auf Geld- und Sachwerte, über die eine Person oder ein Unternehmen verfügt. Für Bourdieu ist Kapital jedoch ein weitaus vielseitigerer Begriff (Bourdieu 1983, S. 184), er umfasst nicht nur das, was rein formal als Ressource beschrieben werden kann, die entweder vorhanden ist oder fehlt. Kapital ist fluid und weist darauf hin, in welchem Rahmen der Möglichkeiten Einzelne handeln können. Diese Handlungen beeinflussen die soziale Dynamik, sodass ein konstanter Wandel im Kräftespiel zwischen den Akteuren, deren Kapital und deren Einfluss im Feld entsteht. (Collyer et al. 2015, S. 690). Bourdieu bleibt eine klare Definition von Kapital schuldig und seine Vorstellungen bezüglich der Kapitalsorten wandeln sich im Laufe seiner Schaffenszeit. Hinzu kommt, dass keine Kapitalsorte in seinen Ausführungen eigenständig ist, alle sind eng miteinander verknüpft, keine Kapitalsorte ist ohne die andere denkbar. Schließlich sind sie stark kontextabhängig und dementsprechend von temporalen, sozialen, historischen oder politischen Faktoren beeinflusst. Dies macht Bourdieus Kapitaltheorie für die praktische Wirtschaft kaum anschlussfähig. Hier werden Überlegungen wie die des US-amerikanischen Soziologen Robert D. Putnam bevorzugt (siehe unten), die eine stärkere Reduktion vornehmen (Harriss 2005, S. 277–278). Bourdieu unterscheidet zunächst drei Sorten von Kapital: ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital sowie soziales Kapital und ergänzt somit die meritokratische Triade<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Die meritokratische Triade dient analog zum sozioökonomischen Status (SES) der Bestimmung der sozialen Stellung durch Abfrage des Bildungsstands (kulturelles Kapital), des Einkommens (ökonomisches Kapital) und der beruflichen Stellung (symbolisches Kapital) (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 31).



durch eine soziale Dimension (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 31–32). Kapital kann sowohl in materieller als auch in immaterieller Form existieren und steht allen Menschen zur Verfügung. Die Verteilung dieser Ressourcen ist allerdings nicht gleichmäßig. Jeder Mensch verfügt in Abhängigkeit seiner Gruppenzugehörigkeiten und seiner Stellung über viel oder wenig Kapital, dessen Wert zudem kontextbezogen schwanken kann. Allgemein handelt es sich bei ökonomischem Kapital um die finanzielle Ausstattung in Form von Geld und Gütern. Der Nutzen nicht-ökonomischer Kapitalformen basiert zwar auf ihrem ökonomischen Wert, kann jedoch nicht auf diesen reduziert werden (Bourdieu 1983, S. 194–195). Kulturelles Kapital umfasst Wissen und Bildung und Habitus kann als eine Spezialform dieses Kapitals betrachtet werden. Sozialkapital ist abhängig von den Ressourcen (ökonomisch, kulturell, materiell, immateriell, symbolisch), die einem Akteur zur Verfügung stehen. Sozialkapitalbeziehungen beruhen auf Reziprozität, diese kann materiell oder symbolisch sein, wobei beide Formen ineinander verwoben sind und nicht unabhängig voneinander auftreten (Bourdieu 1983, S. 190–191). Ökonomisches Kapital kann grundsätzlich mit mehr oder weniger großem Aufwand in andere Kapitalformen umgewandelt werden. Beispielsweise kann die Reziprozität kultureller Güter auf materieller oder symbolischer Ebene erfolgen. Für die materielle Ebene wird ökonomisches Kapital benötigt, während für die symbolische Ebene inkorporiertes Kulturkapital notwendig ist. Kulturelles Kapital kann in drei Unterkategorien eingeteilt werden: 1. inkorporiert, 2. objektiviert, 3. institutionalisiert. In objektivierter Form vorliegend wird es menschenübergreifend als wertvoll wahrgenommen und lässt Tausch beziehungsweise Handel zu (beispielsweise Kunstgegenstände). Hierzu können auch immaterielle Güter wie Bildungstitel zählen, die zusätzlich als institutionalisiertes Kulturkapital gelten. In objektivierter Form unterscheidet es sich kaum von ökonomischem Kapital. Was jedoch das entscheidende Distinktionskriterium ist, ist seine Relation zu inkorporiertem Kulturkapital. Denn neben der objektivierten Komponente beinhaltet Kulturkapital auch eine weniger einfach übertragbare Eigenschaft, die nur mit der entsprechenden Sozialisation genutzt werden kann: die Freude am Konsum des Kulturkapitals beziehungsweise die Befähigung zur Nutzung desselben. Dies ist eine Eigenschaft, die allen Formen des Kulturkapitals innewohnt (Bourdieu 1983, S. 184–185) und nicht vom Körper getrennt werden kann (beispielsweise Umgangsformen oder Dialekte). Um erfolgreich kulturelles oder ökonomisches Kapital einsetzen zu können und möglichst großen Nutzen aus den Ressourcen zu ziehen, ist Sozialkapital hilfreich. Diese Arbeit setzt ihren Schwerpunkt nicht auf die Auseinandersetzung mit Sozialkapital im speziellen, sondern mit Bourdieus Feldtheorie im Allgemeinen, daher soll sich auch für die Definition von Sozialkapital in erster Linie auf dessen Interpretation bezogen werden. Dennoch ist das Sozialkapital eine in Fachkreisen besonders rege diskutierte Kapitalsorte. Durch die US-amerikanischen Soziologen James S. Coleman und Robert D. Putnam berühmt gemacht, entwickelte sich Sozialkapital in den 1990er und 2000er Jahren zu einem beliebten Forschungsgegenstand (Kawachi et al. 2013, S. 1).

Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die Definition von Sozialkapital nach Coleman oder Putnam nur wenig mit Bourdieus Vorstellungen zu Sozialkapital gemeinsam hat. Wenn die Studien auch nicht zu einem tiefergehenden Verständnis von Kapital im bourdieuschen Sinne beitragen, sind sie doch Teil des Fachdiskurses und können daher nicht unberücksichtigt bleiben. Die Vorstellung von der Existenz von Sozialkapital ist nicht neu. Schon im 19. Jahrhundert beschreibt der Soziologe Émile Durkheim etwas, das unter dem Begriff Sozialkapital subsumiert werden kann. Er nennt Netzwerke, in denen eine enge Bindung (Qualität) und eine große Anzahl (Quantität) an sozialen Beziehungen besteht *soziale Kohäsion*. Solche Netzwerke entstehen vor allem, wenn ein gemeinsamer Werte- und Normenkanon besteht (Hartung 2009, S. 212). Systematisiert tritt Sozialkapital das erste Mal in den 70er Jahren bei dem US-amerikanischen Ökonomen Glenn Loury auf und wird zehn Jahre später von Bourdieu aufgegriffen. In anderer Form verwendet ihn Coleman kurze Zeit später. Colemans Hintergrund aus der Rational-Choice-Forschung beeinflusst auch sein Konzept von Sozialkapital. Ihm zufolge gibt es drei Formen: Verpflichtung und Erwartung, Informationskanäle und soziale Normen (Coleman 1988). Beziehungen vereinfachen und strukturieren laut Coleman reziprokes Handeln. Zudem schaffen sie Vertrauen, was insbesondere bei Handelsbeziehungen Interaktionen vereinfacht. Verkürzt dargestellt, bieten soziale Beziehungen und somit soziales Kapital eindeutige Vorteile, die deren Verbreitung befördern (Harriss 2005, S. 268). Coleman geht davon aus, dass Sozialkapital Defizite bei anderen Ressourcen nivelliert (Gross und Jungbauer-Gans 2012, S. 119).

In den 90er Jahren wird die Verwendung von Putnams Theorie besonders ausgiebig diskutiert. Sein Werk *Bowling Alone* galt als Klassiker und beeinflusste viele Autoren unterschiedlichster Provenienzen (Harriss 2005, S. 267). Putnam versteht Sozialkapital vor allem als eine Form der institutionalisierten, organisierten Gruppenbildung beispielsweise in Vereinen. Er beobachtet einen Rückgang dieser Formen und plädiert für eine verstärkte Förderung dieser Institutionen (Putnam 1995). Sozialkapital ist damit ein Element sozialer Organisation, das die Koordination und Kooperation durch Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen zum gegenseitigen Nutzen erleichtert. Findet man diese Merkmale innerhalb eines Kollektivs, deutet dies auf die Existenz von sozialem Kapital hin. Zudem stellt er eine Verbindung zwischen dem Vorhandensein von Sozialkapital und Gesundheit in der Bevölkerung her (Giordano et al. 2013, S. 1–2). Problematisch an Putnams Sozialkapitalkonzept ist, dass er es nahezu mit Zivilgesellschaft (zivilgesellschaftlichem Engagement) gleichsetzt. Diese Gleichsetzung führte wahrscheinlich zu der großen Verbreitung und regen Nutzen von Putnams Sozialkapital im Kontext der Weltbank. Für die Praxis lässt sich schließen, dass die Förderung von zivilgesellschaftlichem Engagement positive Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Fortschritt eines Landes haben kann. Für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung

sind Putnams Ausführungen jedoch zu unpräzise (Harriss 2005, S. 269–270). Die weite Verbreitung des Begriffs Sozialkapital führt zu einer maßgeblichen Unschärfe.

Bourdieu's Erkenntnisinteresse bezieht sich auf die Konstituierung von sozialen Gruppen und deren Erhalt, also in erster Linie auf mehr oder weniger institutionalisierte Beziehungen beziehungsweise Gruppenzugehörigkeit. Die Bedeutung von Einfluss ist für ihn dabei zentral und Sozialkapital ein Weg diesen auszuüben, denn es kann in weitere Ressourcen transformiert werden, wenn beispielsweise durch die Gruppenzugehörigkeit ein größeres Vertrauen besteht oder Zugriff auf Informationen erleichtert wird. Sozialkapital auf kulturelles Kapital beziehungsweise Bildung in Form eines Multiplikators (Gross und Jungbauer-Gans 2012, S. 119). Im Vergleich zu Coleman und Putnam betont Bourdieu die Eigenschaft von Sozialkapital als Vermögenswert. Die Nutzung von Sozialkapital gelingt insbesondere, wenn nicht nur Ego Ressourcen zur Verfügung stehen, sondern auch von den anderen Elementen des Netzwerkes entsprechende Kapitalsorten eingebracht werden. Es maximiert den Gewinn, der durch andere Kapitalsorten erzielt werden kann (Bourdieu 1983, S. 191). Die Zugehörigkeit zum Kollektiv des Handwerks reduziert beispielsweise die Menge des ökonomischen Kapitals, das beim Hausbau eingebracht werden muss. Durch gegenseitige Unterstützung müssen keine oder weniger Arbeitskräfte bezahlt werden. So können alle Kapitalsorten durch Arbeit umgewandelt werden. Dabei geht weder das eine noch das andere Kapital verloren. Durch die eingebrachte Arbeit kann bei der Transformation eine Werterhöhung erfolgen. Als Beispiel hierfür nennt Bourdieu die persönliche Gestaltung eines Geschenkes, die aus ökonomischer Perspektive als Verschwendung betrachtet werden kann, für die Pflege der sozialen Beziehung ist sie jedoch wichtig und nützlich. Somit erhöht die eingebrachte Arbeit den Ertrag (Bourdieu 1983, S. 196–197). In der Regel werden Kontakte nicht bewusst nach ihren Ressourcen ausgewählt, jedoch besteht in sozialen Gruppen eine gewisse Neigung zur Homogenität, auch in Bezug auf das zur Verfügung stehende Kapital (Gross und Jungbauer-Gans 2012, S. 117). Soziale Gruppen können auf verschiedene Weisen generiert werden (beispielsweise Verwandtschaft, Initiation, Ausbildung, Wohnort oder Verein). Ihnen gemeinsam ist, dass die Zugehörigkeit immer wieder über für jeden ersichtliche Erkennungsmerkmale institutionalisiert werden muss. Hierzu können Tätowierungen mit bestimmten Symbolen genauso zählen wie Namen, Adelstitel oder eine Schuluniform (Bourdieu 1983, S. 191). Spielt die genealogische Abstammung keine Rolle, kann ein Familienmitglied nicht von seiner Verwandtschaft profitieren. Soll dennoch die Zugehörigkeit zu einer familiären Gemeinschaft hergestellt werden, bedarf es eines Aufnahme-rituals oder einer anderen institutionalisierten Form der Schaffung von Zugehörigkeit. Dabei kann die Form der Aufnahme sehr unterschiedlich verlaufen und zusätzliches Kapital erfordern. Während die Aufnahme in die soziale Gruppe der Familie in der Regel über die Geburt und ohne Einsatz von Ressourcen des Individuums erfolgt, gestaltet sich die Aufnahme

beispielsweise bei den Freimaurern ungleich komplexer. Es müssen verschiedene Initiationsriten durchlaufen und große Mengen an kulturellem und ökonomischem Kapital verfügbar sein, um überhaupt zugelassen zu werden (Bourdieu 1983, S. 192). Nicht immer steht das eingebrachte Kapital im direkten Zusammenhang mit dem potenziellen Nutzen. In eine einflussreiche Familie geboren zu werden, erfordert zunächst kein Kapital, obwohl im Verlauf des weiteren Lebens der Einsatz von Ressourcen nötig werden kann, um den Status zu erhalten. Je nützlicher die Beziehung für die Gruppe ist, desto weniger Arbeit und somit weniger eigenes Kapital muss vom Einzelnen eingebracht werden. Gewinn in Form von beliebigem Kapital aus der neuen Beziehung zu erwirtschaften, ist somit in der Regel für die einflussreichere (kapitalstärkere) Person leichter als für die kapitalschwächere (Bourdieu 1983, S. 193). Jede Aufnahme neuer Mitglieder birgt das Risiko der Destabilisierung eines Kollektivs durch die Einbringung neuer Ideen, Ansichten oder Gene. Somit muss für den Erhalt der sozialen Gruppe und deren Status stets darauf geachtet werden, wer Zugang erhält. Je größer der Nutzen beziehungsweise das Kapital der Gemeinschaft ist, desto stärker ist diese in der Regel auf ihre Homogenität bedacht, desto strenger werden potenzielle Gruppenmitglieder ausgewählt und desto leichter kann der Mitgliedsstatus eingebüßt werden, wenn die Regeln und Normen nicht beachtet werden (Bourdieu 1983, S. 193). Der Zugang zu sozialem Kapital kann somit durch die eigene Position im Feld beschränkt sein und ist folglich ein Faktor für die Konsolidierung sozialer Ungleichheit (Hartung 2019, S. 185). Viele soziale Gruppen insbesondere stark institutionalisierte Formen haben Vorsitzende oder Repräsentant:innen, die diesen Status auf unterschiedliche Weise erhalten (Geburt, demokratische Wahl, Ernennung). Ihnen gemeinsam ist, dass sie über das Sozialkapital des Kollektivs verfügen können, dieses gegenüber anderen vertreten und in der Regel richtungsweisende Entscheidungen treffen – die Delegation kann dabei diffus oder institutionalisiert sein (Bourdieu 1983, S. 193). Sofern eine institutionalisierte Form der Gruppenbildung von Personen mit ähnlichen oder identischen Stigmata stattfindet, kann die Leitung dieser Vereinigung ein Berufsfeld sein. Diese Aufgabe fällt häufig Repräsentant:innen zu, die als erfolgreich im Umgang mit ihren Defiziten beziehungsweise erfolgreich trotz ihrer Defizite betrachtet werden (Goffman 1975, S. 25). Für stigmatisierte Personen oder Kollektive wirkt das gemeinsame Erleben förderlich auf den Zusammenhalt und kann für sich eine Form der Institutionalisierung darstellen. Es kann einerseits eine Erleichterung sein, sich untereinander auszutauschen, andererseits zu abgrenzendem Verhalten führen, wenn das Stigma durch die Herausstellung der Besonderheit der eigenen Situation gemindert werden soll (Goffman 1975, S. 22).<sup>9</sup> Neben der Bildung von Interessensgruppen kann die staatliche Fürsorge zum Ausgleich sozialer Ungleichheit den Bedarf an (privatem) Sozialkapital senken. Nach der *crowding out These* würde dies dazu führen, dass das

---

<sup>9</sup> Nähere Ausführungen zu Stigmatisierung und Ausgrenzung finden sich in Kapitel 2.1.2.3.

Sozialkapital sozialer Gruppen abnimmt (Gross und Jungbauer-Gans 2012, S. 125). Dies würde allerdings voraussetzen, dass soziale Beziehungen nur entstehen, wenn sie für soziale Sicherung sorgen. Weiterer Nutzen oder zufällige Entstehung werden gänzlich ignoriert. Nachvollziehbar erscheint hingegen die Annahme, dass durch das Leben in einem Sozialstaat gemeinsame, fürsorgeorientierte Normen geschaffen werden, die die Entstehung gemeinschaftlicher, sozialer Einrichtungen befördern und auch die individuelle Wahrnehmung von sozialen Beziehungen bestimmen. Soziale Gruppen werden bei der Konzeption des Feldes der Gesundheit als Akteure verstanden, die über kollektives Kapital verfügen und kollektive Interessen vertreten.

Erst spät in Bourdieus Werk wird das symbolische Kapital als vierte grundlegende Kapitalsorte ergänzt. Symbolisches Kapital ist noch stärker als die bislang genannten von anderen Kapitalsorten abhängig. Es repräsentiert die soziale Stellung einer Person innerhalb einer Gemeinschaft oder Gesellschaft und ist somit mit Ansehen gleichzusetzen.<sup>10</sup> Ein Beispiel für die Generierung von symbolischem Kapital ist das Zeitungsinterview. Symbolisches Kapital ist eine Form des Kredits, ein Vertrauensvorschuss, dessen tatsächlicher Wert sich erst in der Zukunft erweist (Rehbein und Saalman 2014c, S. 138). Weitere Formen des symbolischen Kapitals sind *Anerkennung*, *Prestige*, *Ehre* oder *Reputation* (Fröhlich und Mörth 1994, S. 13). Symbolisches Kapital kann durch äußerliche Merkmale wie *weiß*, *Mann*, *nicht körperbehindert* oder *sonnengebräunt*, *teuer gekleidet*, *professionell frisiert* attribuiert werden. So werden Körper durch die Position ihrer Träger im Feld geformt. Im Umkehrschluss lässt sich auf Basis der Analyse von Körpern der Status beschreiben (Dimbath et al. 2016, S. 6). Symbolische Gewalt wirkt sich auch auf den Sinn für Ästhetik, auf Geschmack oder auf Mode aus. Bei auffällig non-konformen Handlungen, sprachlichen oder körperlichen Ausdrucksformen kann die Folge ein Gefühl von Exklusion, Schuld oder Beschämung sein, das wiederum körperlichen Ausdruck finden und erkannt werden kann. Hierbei zeigt sich das reziproke Verhältnis von sowohl physischer und psychischer Wirkung als auch von Sender und Empfänger (Schmidt und Woltersdorff 2010, S. 320–321). In der meritokratischen Triade wird symbolisches Kapital über die berufliche Stellung abgebildet, dieses Item ist zwar nicht ausreichend, um symbolisches Kapital im Sinne Bourdieus umfänglich zu erfassen, trotzdem kann hiermit gezeigt werden, dass ein Arbeitsverlust mit erheblichem Kapitalverlust einhergehen kann, der sich nicht nur auf ökonomisches, sondern auch auf symbolisches Kapital ausdehnt (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 90–91; Jahoda et al. 2021).

---

<sup>10</sup> Bourdieu stellt in seinen Ausführungen zu symbolischem Kapital eine enge Verbindung zum Charisma-Begriff des Soziologen Max Weber her, will symbolisches Kapital allerdings enger gefasst verstanden wissen. Es entfalte „wie eine echte *magische Kraft* (Hervorh. im Original) symbolische Wirkung [...], sobald es von sozialen Akteuren wahrgenommen wird, die über die [...] nötigen Wahrnehmungs- und Bewertungskategorien verfügen [...] (Bourdieu 1998, S. 173)“.

Kinder und Jugendliche werden in Bourdieus Überlegungen nicht berücksichtigt. Es wird lediglich thematisiert, dass Bildungskapital und Habitus als inkorporiertes kulturelles Kapital bereits durch Geburt und Erziehung verfügbar sind (Bourdieu 2018a, S. 47–48). Bourdieu spricht in diesem Zusammenhang von *sozialer Vererbung* (Bourdieu 1983, S. 187). Kinder sind also abhängig von dem Kapital ihrer Eltern. Jugendliche hingegen haben sich noch nicht vollständig von ihrem Elternhaus gelöst und sind einerseits beeinflusst vom kulturellen Kapital ihrer Eltern, andererseits verfügen sie über eigenes Kapital (Gagné et al. 2015, S. 819). Sowohl für Coleman als auch für Bourdieu kann familiäres Sozialkapital als Form des elterlichen Kapitals angesehen werden, das dem Kind zugänglich gemacht wird. Im Falle von Coleman werden zwei Dimensionen unterschieden. Eine bezieht sich auf die Struktur und die andere auf die Funktion: hohes familiäres Sozialkapital bringt nicht nur die physische Präsenz der Erwachsenen des Haushalts mit sich (traditionelle Familie als Beispiel der strukturellen Dimension), sondern auch hilfreiche Interaktionen zwischen den Eltern und deren Kindern, die nicht zwingend durch die bloße Präsenz der Eltern gegeben sein muss (funktionale Dimension) (Alvarez et al. 2017, S. 7). Diese Interaktionen mit den Eltern sind entscheidend für die Entwicklung des Habitus, der wiederum maßgeblich die Handlungen der Akteure beeinflusst.

### 1.3.2 Habitus

Etymologisch leitet sich Habitus vom lateinischen Verb *habitare* für *bewohnen, wohnen* (PONS 2001-2022) ab, das einen semantischen Bezug zu *habere* (haben, halten, tragen) hat (PONS 2001-2022), dessen Substantiv *habitus* mit *äußere Erscheinung, Aussehen, Haltung, Gestalt, aber auch Stimmung, Gesinnung, Eigentümlichkeit, Eigenschaft* übersetzt werden kann (PONS 2001-2022). Interessant ist, dass auch das deutsche Wort *wohnen* einen semantischen Bezug zu *Gewohnheit* aufweist (Kastl 2016, S. 81).<sup>11</sup> Als Terminus der Soziologie hat der Habitusbegriff seinen Ursprung vermutlich bei Edmund Husserl, der 1936 den Begriff *Habitualität* als Umschreibung für die

---

<sup>11</sup> Ohne die Etymologie philologisch-philosophisch überstrapazieren zu wollen, möchte ich zwei bemerkenswerte Erkenntnisse aus der Lektüre des Latein-Wörterbuchs ergänzen: so ist erstens im Lateinischen *habitus* eine Äquivokation zwischen Aussehen und Gesinnung angelegt, die sich durchaus in der Interpretation der Vokabel Habitus in der gegenwärtigen soziologischen Forschung niederschlägt, wie die Verwendung des Begriffes *Körpergedächtnis* zeigt. Hierbei gilt das Bestreben den überholten Vorstellungen des Körper-Geist-Dualismus etwas entgegenzusetzen. Obwohl in der gegenwärtigen Sozialforschung proklamiert wird, der Körper-Geist-Dualismus sei überwunden und eine Trennung von Körper und Geist inadäquat, deuten Begrifflichkeiten wie *Körpergedächtnis* darauf hin, dass die überwunden geglaubte Trennung auch in der Forschung weiterhin unterschwellig mitschwingt (Dimbath et al. 2016, S. 1–2). Im Kontext dieser Arbeit ist es zweitens erstaunlich, dass *habitus* als Partizipialadjektiv zu *habeo* (wörtlich: habend) mit *beleibt, korpulent* übersetzt wird (PONS 2001-2022).

Entwicklung geistiger Haltungen benutzte. Darauf aufbauend ging Habitus in die Arbeiten vieler bekannter Soziologen wie Max Weber, Alfred Schütz, Marcel Mauss, Norbert Elias oder Maurice Merleau-Ponty ein (Rehbein und Saalman 2014b, S. 111). In der gegenwärtigen soziologischen Forschung spielt Habitus ebenfalls eine Rolle. Beispielsweise wird die Habitualisierung als Teil des *Körpergedächtnisses* genannt, wenn vor- oder unbewusste Effekte zu repetitiver Verhaltensselektion führen, die jenseits der bewussten Reflexion erfolgt (Dimbath et al. 2016, S. 4). Die Position im Feld ist somit nicht nur eine Geisteshaltung, sondern ebenso eine körperliche Verortung. Im Kontext der Gesundheitsforschung weist der Begriff Habitus eine inhaltliche Nähe zu den Termini Disposition und Konstitution auf, die beide ebenfalls erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeiten beispielsweise von Erkrankungen markieren (Jäger 2014, S. 174), was darauf zurückgeführt werden könnte, dass Gesundheitsverhalten habituiert ist.

Bourdieu beschreibt Habitus als die Manifestation von Gruppeneigenschaften in ihren einzelnen Elementen. Die gegebenen äußeren Einflüsse und Strukturen prägen die (kollektiven) Akteure, dies drückt sich durch Verhaltensweisen, Einstellungen oder Wahrnehmungen aus, die in sozialen Gruppen über ihre einzelnen Elemente polythetisch verbreitet sind und den Habitus ausmachen (Crammond und Carey 2017, S. 88). Habitus kann somit nur in Einklang mit sozialen Strukturen gedacht werden, die Handelnden sind zwingend als vergemeinschaftet zu verstehen und Handlungen haben immer ein strukturierendes und strukturiertes Element (Schmidt 2009, S. 41). Durch gemeinsam besuchte Orte oder Institutionen, durch Interaktionen zwischen Mitgliedern unterschiedlicher sozialer Gruppen sowie durch den Konsum identischer Medien werden gemeinsame Erlebnisse und Erfahrungen geteilt. Diese Gemeinsamkeiten können zu Assimilation der Habitus beziehungsweise einzelner Aspekte des Habitus unterschiedlicher Gemeinschaften führen (Rehbein et al. 2015, S. 13–14). Bourdieu löst mit der Einführung des Habitusbegriffs auch ein Problem, das sich aus seiner strukturalistischen Betrachtung der Gesellschaft ergibt. Neben den durch Klassen, Kapital und Feldern vorgegebenen strukturellen Zwängen sollte ein gewisser Freiraum für Handlungen gegeben sein, sodass nicht jeder Akt der Handelnden durch die Strukturen, in die sie eingebunden sind, determiniert ist. Damit wird ein Freiraum für Entscheidungen außerhalb der strukturellen Determinismen ermöglicht (Rehbein und Saalman 2014b, S. 114–115).

„Das Verhältnis zwischen dem sozialen Akteur und der Welt ist keine Beziehung zwischen einem Subjekt (oder einem Bewußtsein) und einem Objekt, sondern ein Verhältnis der 'ontologischen Komplizität' - oder des wechselseitigen 'Besitzes' - zwischen dem Habitus als einem sozial konstituierten Wahrnehmungs- und Bewertungsprinzip und der ihn determinierenden Welt (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 42).“

Habitus ist der in einer Person verankerte Ausdruck des Status, er verkörpert somit die Reziprozität zwischen Subjekt und Struktur (Hensen 2011, S. 211–212). Er ist Bindeglied zwischen der Ebene der Individuen und der Gesellschaft oder den Kollektiven, in die sie eingebunden sind (Cockerham 2013, S. 135; Collyer et al. 2015, S. 689; Sperlich 2016, S. 46–48). Somit hat der Habitus zwei Ebenen: Eine durch Kollektive und das jeweilige Feld strukturierte und eine Seite, die durch eine spezifische Kombination von Merkmalen und Prägungen Individualität schafft. Der Begriff Habitus wird häufig analog zum Konzept des *Lebensstils* gebraucht, das Einzelpositionen in den Fokus nimmt und deutlich macht, dass bei einer schwächeren Orientierung an der Klassengesellschaft (Arbeitergesellschaft) der Einfluss einzelner Personen auf ihre Lebensgestaltung stärker ist (Fröhlich und Mörth 1994, S. 5–6). Habitus kann folglich als der *kollektive Lebensstil*, der in einer Gruppe verbreitet ist und durch Sozialisation tradiert wird, bezeichnet werden. Entscheidend ist, dass es sich hierbei dezidiert nicht um individuelle Vorlieben, sondern um Vorlieben sozialer Gruppen handelt, die durch Sozialisation tradiert werden (Abel et al. 2009, S. 187–188). In einer institutionalisierten Gemeinschaft (beispielsweise Kollegium, Schulklasse, Sportverein, Religion oder Partei) zu sein, kann einen großen Einfluss auf den eigenen Lebensstil haben (Cockerham 2013, S. 143), da der individuelle Habitus das Verhalten in Kollektiven widerspiegelt. Das Individuum ist nicht frei in seinen Entscheidungen und wählt seinen Lebensstil nicht willkürlich, wofür es sich entscheidet und wie es sich verhält, ist beeinflusst durch den Habitus. Dies bedeutet, dass der übergeordneten Struktur bei der Analyse von Lebensstilen eine größere Bedeutung zukommt als dem einzelnen Element (Cockerham 2013, S. 136). Die Kultur, in der wir aufwachsen, bestimmt nicht nur unseren Geschmack, sondern beispielsweise auch die Lebensmitteltabus und Regeln wann, was, in welcher Form, in welcher Gesellschaft zu verzehren ist (Schmidt 2018, S. 94).

Was an Bourdieus Habituskonzept kritisch hinterfragt werden sollte, ist, dass gesellschaftliche und historische Transformationsprozesse nur nachrangig berücksichtigt werden. Als zentralen Begriff für die Weitergabe des Habitus nennt Bourdieu die *Reproduktion*, der obwohl sie als Determinante erscheint, ein gewisser prozessualer Charakter nicht abgesprochen werden kann (Rehbein und Saalman 2014b, S. 116–117). Trotzdem bleibt der Habitus, während die Gesellschaft einem stetigen Wandel



unterworfen ist, weitgehend konsistent und unveränderlich<sup>12</sup>. Die empirische Forschung Bourdieus belegt zudem, dass Habitus im biographischen Verlauf auch über lange Zeiträume konstant bleibt (Hensen 2011, S. 212–213). Bourdieu führt diese Eigenschaft darauf zurück, dass es sich um internalisiertes, kulturelles Kapital handelt, das nur selten bewusst abgerufen und gesteuert werden kann (Crammond und Carey 2017, S. 89). Was als Normalität und was als deviant gilt, wird dabei von den Akteuren mit dem größten Einfluss geprägt. Diese Akteure bestimmen außerdem, was relevantes Wissen ist. Daraus folgt beispielsweise, dass kapitalstarke Akteure Lehrpläne für Schulen festlegen und somit das kulturelle Kapital für die nächste Generation stabilisieren. Kindern, die einer sozialen Gruppe mit hohem Status angehören und somit deren Habitus verinnerlicht haben, fällt das Erlernen des Geforderten maßgeblich leichter als Kindern, die in der Schule erstmals mit den geforderten Kenntnissen konfrontiert werden. Somit reproduziert der Habitus der einflussreichsten Gemeinschaft soziale Ungleichheit, indem Kindern innerhalb und außerhalb dieser sozialen Gruppe unterschiedliche Bildungschancen offenstehen (Rehbein und Saalman 2014b, S. 113). Im Feld der Gesundheit bestimmen Akteure mit hohem Status neben dem Lehrplan in Schulen beispielsweise auch Therapie- oder Präventionskonzepte. Analog zur sozialen Ungleichheit wird auf diese Weise gesundheitliche Ungleichheit reproduziert (vgl. Kapitel 2.1.2.2), indem durch sie beispielsweise festgelegt wird, welche Verhaltensweisen als gesundheitsrelevant oder gesundheitsbewusst gelten. Die soziale Ordnung prägt folglich nicht nur mittels Habitus den körperlichen Leib, sie fungiert durch diese Eigenschaft als Element der Konservierung sozialer Ordnung und festigt den jeweiligen Status sozialer Gruppen (Jäger 2014, S. 187). Obwohl Bourdieu die Wandelbarkeit des Habitus nicht ausreichend untersucht und beschreibt (Rehbein und Saalman 2014b, S. 117), kann Habitus nicht nur als starres, unveränderliches Konstrukt verstanden werden, denn er ist durch die Erfahrungen, Kontakte und Positionswechsel, die erlebt werden, mit sich fortlaufend ändernden Umständen konfrontiert, die ihn beeinflussen. Zudem sind Zugehörigkeiten zu sozialen Gruppen selten exklusiv, dadurch ist der Einfluss verschiedener Strukturen und Habitus möglich und wirksam (Cockerham 2013, S. 137). Zusammenfassend ergibt sich hieraus die Schlussfolgerung, dass der Habitus zwar einerseits veränderungsresistent ist, sich andererseits trotzdem durch einen stetigen, langsamen Wandel auszeichnet.

---

<sup>12</sup> Ein schönes Beispiel für die Statik des Habitus in bestimmten Kontexten ist der Vergleich zwischen den Themen der Frauenzeitschriften von Sommer 1970 und Sommer 2023, die sich erstaunlich gleichen. Sie bewerben Produkte der Mode- und Schönheitsindustrie, die redaktionellen Inhalte widmen sich ebenfalls den Themen Mode und Schönheit. In den Sommermonaten dominiert das Thema Urlaub und wie man am Strand eine gute Figur macht (Boltanski 1976, S. 169; ELLE 2023).

Ein weiterer Kritikpunkt, der bezüglich Bourdieus Habituskonzept häufig vorgebracht wird, ist, dass die starke Position der Struktur zu wenig berücksichtige, dass Individuen in ihren Entscheidungen frei sind. Würde Bourdieus Konzeption des Habitus lediglich die soziale Struktur widerspiegeln ohne Spielraum für Abweichungen zu lassen, wäre der Vorwurf des Determinismus angebracht. Das Habituskonzept geht jedoch darüber hinaus. Menschen können von der Norm abweichen und individuelle Entscheidungen treffen. Der Habitus eröffnet ein Spektrum naheliegender Handlungen und obwohl dies unüblich ist, kann außerhalb dieses Rahmens gehandelt werden. Folglich ist abweichendes Verhalten und Handeln möglich, es erfordert aber mehr Energie, Zeit oder Anstrengung, denn die Beständigkeit des Habitus kann nur dann durchbrochen werden, wenn die habitualisierten Verhaltensweisen wahrgenommen werden. So rücken sie in das Bewusstsein und können aktiv neu geformt werden (Schmidt 2004, S. 60). Menschen werden durch die Erfahrungen, die sie machen, in ihrem Habitus bestärkt, dass er sich durch die Umstände verändert, ist seltener. Habitus vereinfacht es Entscheidungen zu treffen, indem er ein Muster vorgibt, das die Entscheidungsmöglichkeiten eingrenzt und eine Richtung vorgibt (Hensen 2011, S. 213–214).

„Der Habitus ist das, was man voraussetzen muß, wenn man erklären will, warum die sozialen Akteure, ohne im eigentlichen Sinne rational zu sein, [...] vernünftig sind und nicht verrückt, [...]: Sie sind viel weniger abwegig oder irregeleitet, als wir spontan meinen möchten, [...]. (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 163–164).“

Habitus ist das Bindeglied zwischen individuellen und sozialen Komponenten und macht es nachvollziehbar, warum Personen sich in einer bestimmten Weise verhalten oder ein bestimmtes Verhalten gerade nicht zeigen (Cockerham 2013, S. 138). Dennoch ist „ein Großteil menschlicher Praxis [...] Improvisation, wenn auch auf der Basis eingefleischter generativer Gewohnheiten (Fröhlich und Mörth 1994, S. 8)“. Der Habitus ist eingebettet in historische, ideengeschichtliche, soziale und lokale Strukturen, die wandelbar und über die Zeit flexibel sind, was der Vorstellung einer generellen Determiniertheit ebenfalls widerspricht. Gewisse Determinismen sind allerdings nötig, um Aussagen über kollektive Akteure machen zu können. Denn hierfür und für generalisierbare Aussagen ist Typenbildung beziehungsweise die Ermittlung typischer Elemente beispielsweise des Verhaltens essenziell (Rehbein und Saalman 2014b, S. 115–116). Habitus wirkt in erster Linie auf alltägliche Situationen, die keine oder wenig Denkleistung oder Kreativität erfordern. Er ist somit eine Art Vertreter der Struktur in den Personen. In anderen Situationen müssen Entscheidungen getroffen werden, die von Strukturen und situativ geprägt sein können, aber dennoch frei sind (Cockerham 2013, S. 148).

Die empirische Sozialforschung eröffnet einen weiteren Blickwinkel auf den Habitus, denn empirisch beschrieben werden kann nur, was beobachtet werden kann und nicht die inhärenten Abläufe. Daher liegt hierbei der Fokus zuvorderst auf der Handlung, in

der sich der individuelle oder kollektive Habitus ausdrückt (Schmidt 2009, S. 41). Habitus ist für die soziologische Forschung also relevant, weil er die Ungleichheiten in der Gesellschaft spiegelt. Somit sind durch die Untersuchung von Individuen auch induktive Schlüsse auf die soziale Gruppen und Felder möglich (Hensen 2011, S. 214). Habitus kann Gedankenmuster und regelmäßig ausgeführte Bewegungsabläufe beinhalten, die automatisiert sind und bestimmen, wie ein Akteur ist und somit im Grunde wer dieser Akteur ist oder zumindest wie er wahrgenommen wird. Bourdieu spricht in diesem Zusammenhang vom Menschen als Automaten. Diesem Konzept folgend lässt sich die Handlungsfreiheit Einzelner in Zweifel ziehen. Es stellt sich die Frage, ob über die habitusbedingten Automatismen hinaus auch freier Wille im ursprünglichen Sinne möglich ist. (Rehbein und Saalman 2014b, S. 113). Auf Basis von Stochastik können Gruppen ermittelt werden, für die man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorhersagen kann, welche Ansichten, Handlungsweisen, Traditionen in ihren Einzelementen abgebildet werden (Hensen 2011, S. 214), Aussagen über Einzelne sind jedoch kaum bis gar nicht möglich. Dementsprechend liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit auf Meso- und Makroebene, die Mikroebene wird hingegen nicht beleuchtet.

In Bourdieus Begriffsrepertoire wird die äußerlich wahrnehmbare Form des Habitus durch den Terminus *Hexis* ausgedrückt. Hexis ist die somatische und somit externalisierte, sichtbare Repräsentation des Habitus (Holder 2014, S. 125). Die Unterscheidung zwischen Hexis und Habitus weist gewisse Ähnlichkeiten mit der in der Körpersoziologie üblichen auf den deutschen Soziologen Helmuth Plessner zurückgehende Unterscheidung zwischen Körper und Leib auf (vgl. Plessner 1975).<sup>13</sup> Hexis ist stärker auf die Außenwirkung des Auftretens und sinnlich erfahrbare Merkmale bezogen, während Habitus verinnerlichte soziale Struktur darstellt. Allerdings offenbart sich bei diesem Begriffspaar neuerlich Bourdieus Neigung zu definitorischer Unschärfe, indem diese Trennung nicht einheitlich vollzogen wird und die Begriffe gelegentlich synonym verwendet werden. Den empirischen Beleg für die leibliche Komponente des Habitus bleibt er schuldig (Jäger 2014, S. 197). Bourdieu positioniert den Habitus somit nicht explizit im Spannungsfeld zwischen objektiviertem Körper und subjektivem Leib. Trotzdem weisen einige Formulierungen darauf hin, dass sich Bourdieu der Diskrepanz zwischen Leib und Körper bewusst ist, indem er Habitus eine ontologische Komponente

---

<sup>13</sup> Die Unterscheidung zwischen Leib und Körper spielt für diese Arbeit eine untergeordnete Rolle. Dennoch ist klar, dass auch Adipositas körperliche und leibliche Aspekte umfasst. Medizinische Definitionen fokussieren eindeutig körperliche Adipositas, während die gesellschaftliche Auseinandersetzung durch Argumentationen ad hominem bereits eine leibliche Komponente aufweist. Besonders deutlich wird die Verschränkung zwischen Leib und Körper bei der Betrachtung von Betroffenenpositionen, die häufig deutlich machen, dass Adipositas nicht nur bedeutet einen dicken Körper zu haben, sondern dick zu sein (vgl. Kapitel 2.1.2.3 und 3.1.1).

einräumt: Menschen haben nicht nur einen Habitus, sie sind ihr Habitus (Jäger 2014, S. 193). Nur wenn Körper und Leib als miteinander verschränkt definiert werden, wird die mediierende Funktion des Habitus erklärlich (Jäger 2014, S. 205). Da die eigene Position im Feld mittels Habitus inkorporiert wird, kann sich diese Position durch äußere Merkmale (Hexis) offenbaren (Holder 2014, S. 125). Unter den vielen Formen des Habitus ist die Hexis als somatische Ausprägung besonders beständig und wird in der Regel auch durch eine Veränderung der Position im Feld nicht moduliert (Bauer und Bittlingmayer 2008, S. 115). Ohne Körper ist Habitus nicht denkbar. Die Eigenschaft der Inkorporation sozialer Welt ist sein zentrales Merkmal. Dabei ist der Körper in drei Formen bedeutsam: Er firmiert erstens als *Speicher* sozialer Ordnung und somit der Historie, zweitens wird er als *Medium* verstanden, durch das Sozialisation vollzogen werden kann und drittens ist er als *Agens* treibende Kraft physisch vollzogener Tätigkeiten (Schmidt 2004, S. 61). Die Speicherfunktion – allerdings nicht das Gespeicherte selbst – ist eine vom historischen und gesellschaftlichen Kontext unabhängige anthropologische Universalie (Jäger 2014, S. 186). Der Körper als Speichermedium, dient auch der Tradierung und Beständigkeit von sozialer Ungleichheit. Als Teil des Habitus ist der sozialisierte Körper innerlich (Einstellung, Glaube, Scham) wie äußerlich (Auftreten, Gestalt, Schmuck) wahrnehmbares Symbol von Ungleichheit (Bittlingmayer 2008, S. 157). Nicht nur der Habitus selbst erscheint durch seine Reproduktionsfähigkeit und hohen Widerstandskraft gegenüber Veränderungen als Hemmnis für die Überwindung sozialer Ungleichheit, sondern auch der Körper. Konsequenterweise ist somit die Annahme, dass Chancengleichheit für alle Elemente der Gesellschaft niemals erreicht werden kann (Hensen 2011, S. 216). Folglich ist der Umgang mit Nonkonformität Teil der Sozialisation von Betroffenen. Üblicherweise wird zunächst die Verschleierung der als Makel wahrgenommenen Devianz erprobt (täuschen, kувrieren), um Spannungen mit dem Umfeld zu vermeiden. Einige Betroffene entscheiden sich allerdings dazu, ihre Nonkonformität bewusst publik zu machen (Enthüllung), was als Akt der Emanzipation und Reife gerahmt wird (Goffman 1975, S. 68–69). Empirische Belege hierfür lassen sich beispielsweise für die Körperwahrnehmung finden. Im Vergleich zu normalgewichtigen Jugendlichen sind übergewichtige unzufriedener mit ihrem Körper und spüren einen höheren äußeren sozialen Druck abzunehmen (McCabe et al. 2010, S. 158). Frauen und Mädchen sind dabei in der Regel stärker betroffen, da für sie gesellschaftlich betrachtet Schönheit ein stärkeres Identifikationsmerkmal ist als für Männer (vgl. Kapitel 3.1.1.3). Hierdurch kann der Bezug zum eigenen Körper verloren gehen. Sie verkörpern sich nicht mehr selbst und ihr sozialer Körper nimmt keinen gesellschaftlichen Raum ein (Liné et al. 2016, S. 322). Kleidergröße und Gewicht werden externalisiert und depersonalisiert (Liné et al. 2016, S. 325). Diese verbale Distanzierung vom eigenen Körper, differenziert sprachlich zwischen den beiden Existenzebenen Körper und Leib. Sie versinnbildlicht eine Distanzierung von der Öffentlichkeit, deren Zugriff auf den Körper beschränkt ist

(Gugutzer 2013, S. 146). Mädchen mit Adipositas äußern den Wunsch, unsichtbar zu sein. Sichtbarkeit unter normalgewichtigen Gleichaltrigen ist primär mit negativen Erfahrungen assoziiert. Das Verstecken bestimmter Körperregionen unter Kleidung ist üblich. Besonders auffällige Kleidung oder ein extravaganter Kleidungsstil können Teil der Vermeidungsstrategie sein, indem sie den Körper abschirmen (Liné et al. 2016, S. 326). Das Risiko bei Gesundheitsuntersuchungen Vorurteilen von medizinischem Personal ausgesetzt zu sein und negative Reaktionen hervorzurufen, wirkt sich zudem hemmend auf das Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit Adipositas bezüglich präventiver Leistungen aus, was wiederum nachteilig für deren Gesundheitszustand sein kann (Luck-Sikorski 2017, S. 89).

Zusammenfassend kann Habitus beschrieben werden als bestimmender Faktor der Handlungsweisen. Schon früh im Rahmen der Sozialisation (das soziale Umfeld) erlernt, geht der Habitus den Handelnden in Fleisch und Blut über, er ist inkorporiert. Daraus folgt, dass er teils unbewusst in Handlungen einfließt, während er in anderen Situationen durchaus wahrgenommen und reflektiert werden kann, es ist jedoch kaum möglich ihn aktiv zu formen oder zu wandeln. Er ist eingebunden in das soziale System und bestimmt durch verschiedene Dispositionen (Rehbein und Saalman 2014b, S. 111–112) und stellt das Bindeglied zwischen Struktur und Praxis dar (Abbildung 2).



Abbildung 2: Zusammenhang Struktur, Habitus und Praxis (eigene Darstellung nach Jäger 2014, S. 176)

Aufgrund seines handlungsweisenden Charakters, der von Akteuren häufig nicht reflektiert, sondern als gegeben hingenommen wird, wirkt Habitus gelegentlich so, als sei er eine genetische Prädisposition. Dies ist jedoch nicht der Fall. Er wird während der Entwicklung durch den Einfluss des Umfeldes erlernt. Es handelt sich beim Habitus um ein Produkt der Sozialisation. Sozialisation kann in Bourdieus Sinne synonym zu *Habituisierung* verstanden werden (Rehbein und Saalman 2014b, S. 114; Hensen 2011, S. 212). Hierbei verschränken sich die allgemeinen Lebensumstände und individuellen Erfahrungen. Ähneln sich Lebensumstände und Erfahrungen, ist ein vergleichbarer Habitus zu erwarten. Diese Umstände werden üblicherweise von Familie, Kindergarten und Schule geprägt (Behrens 2009, S. 66; Rehbein und Saalman 2014b, S. 114). Sofern Habitus als vor- beziehungsweise unbewusste Haltung definiert wird, muss die Aneignung desselben auf eine bestimmte Weise vollzogen werden, die ebenfalls vor- oder unbewusst geschieht: durch das Nachahmen (*Mimesis*). So wird der Körper im doppeldeutigen Sinne von Wissensaneignung und Formung durch Sozialisation

abhängig von der Position im Feld *gebildet*<sup>14</sup> (Schmidt 2004, S. 55). Ein Teil der Sozialisation bezieht sich auf das Erlernen von Konventionen, Formen und Geschmack. Dies drückt sich beispielsweise in den Auswirkungen von Schönheitsidealen auf das Gesundheitsverhalten aus (Bartsch 2018, S. 111), denn Schönheitsideale sind Teil des Geschmacks und der Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit. Ein weiteres Beispiel ist die Beeinflussung des Essverhaltens der Kinder durch ihre Eltern (Schmidt 2018, S. 92). Empirisch belegt werden kann, dass das Erlernen gesundheitsförderlicher Ernährungsmuster durch gemeinsame Familienmahlzeiten erleichtert wird. Es gibt den Eltern zum einen die Möglichkeit ihre Vorbildfunktion wahrzunehmen andererseits Kontrolle über das kindliche Essverhalten auszuüben. Die gegenwärtigen gesellschaftlichen Anforderungen an die Berufstätigkeit der Eltern insbesondere bei Ein-Eltern-Familien führen dazu, dass gemeinsame Mahlzeiten seltener werden. Demzufolge verlagert sich die kindliche Nahrungsaufnahme in den öffentlichen Raum und es kommt zu einer *Vergesellschaftung der Ernährung* (Zwick 2011, S. 79).

Ein Sozialisationsfaktor, der in Bourdieus Werken erst spät Berücksichtigung findet, ist das Geschlecht. „Der ‚Somatisierung von Herrschaft‘ liegt ein ursprüngliches Teilungsprinzip zugrunde, das Menschen in Männer und Frauen unterteilt, indem es ihnen spezifische Aufgaben und Räume zuweist (Rathmayer et al. 2009, S. 18).“ Durch deren Ausschluss von bestimmten Feldern, ist es demzufolge für weibliche Personen unmöglich den Habitus zu erlernen, der sie mit den notwendigen Fähigkeiten ausstattet, um in diesen Feldern hohe Positionen einzunehmen. Das Geschlecht spielt auch für Mobbing- und Gewalterfahrungen eine Rolle: Mädchen üben weniger Gewalt und Mobbing aus, berichten allerdings auch seltener Opfer zu sein (Ottova und Richter 2008, S. 259–260). Wird die Somatisierung von Einfluss konsequent zu Ende gedacht, können sich diese Auswirkungen nicht nur auf das Geschlecht beziehen. Vielmehr sind auch andere körperliche Merkmale wie Hautfarbe, Körpergröße und Körperumfang hierbei relevant. Es ist anzunehmen, dass schon im Sozialisationsprozess eine Prädisposition für bestimmtes Gesundheitsverhalten angelegt ist. Beispielsweise rahmen Mädchen das Kochen stärker als Teil häuslicher Pflichten, Jungen hingegen eher als Hilfestellung oder in Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigung (Schiek 2011, S. 210–213).

Wie durch das zurückliegende Kapitel deutlich wird, verweist der Begriff des Habitus auf den des Feldes und umgekehrt. Habitus als Inkorporiertes Kapital eröffnet die Spannweite innerhalb derer Handeln für die Individuen möglich ist (Abel und Schori 2009, S. 57) und es verkörpert die soziale Welt um sie herum (Jäger 2014, S. 172). Die Menschen mit ihren verkörperten Habitus treten beim Handeln immer in ein Feld mit bestimmten Regeln und Kräften ein. Habitus ist das autopoetische Produkt einer

---

<sup>14</sup> Derselbe Wortstamm findet sich im Nominalkompositum *Körperbild*, welches im Verlauf dieser Arbeit verschiedentlich eine Rolle spielen wird.

sozialen Gruppe, die einerseits auf Grundlage der Merkmalskombination der Gruppe gebildet wird und andererseits den Habitus durch die Merkmale bestimmt (Rehbein und Saalman 2014b, S. 115). Habitus ist dabei ein innerer Einfluss, die äußeren Einflüsse auf den Lebensstil werden vom Feld und der Struktur bestimmt. (Cockerham 2013, S. 137). Daher widmet sich das folgende Kapitel einem weiteren der Grundbegriffe Bourdieus – dem Feld.

### 1.3.3 Feld

Wie alle zentralen bourdieuschen Begriffe kann das Feld nicht einheitlich definiert werden. Sein Bedeutungsumfang ergibt sich aus den verschiedenen Kontexten, in denen er verwendet wird. Klar ist, dass Felder ihre eigenen (Spiel)regeln, Einsätze und Ziele haben. Gemäß seiner Entlehnung aus der Physik ist das Feld ein *Wirkungsbereich von Kräften*. Welche Kräfte welche Strukturen formen und in welchen Zusammenhängen wirken, ist abhängig vom Kontext. In Feldern und zwischen ihnen finden Aushandlungsprozesse statt, es können Ressourcen gewonnen oder verloren werden (Rehbein und Saalman 2014a, S. 100). Ein Beispielfeld, das in Verbindung mit dem Feld der Gesundheit steht, ist der Sport. Sport kann als autonomes Feld im bourdieuschen Sinne mit eigenen Einsätzen, Regeln, Kompetenzen und Kultur beschrieben werden. Im Feld des Sportes finden Wettkämpfe mit Hilfe spezifischer Praktiken statt, das Feld ist geteilt in Laien- und Profisport (Bourdieu 1978, S. 821–822). Gemäß Bourdieus Verständnis ist das Ziel der Akteure im Feld, ihre Position zu verbessern. Dies geschieht durch die Entwicklung von Strategien und den Einsatz von Ressourcen. Die Verteilung der Ressourcen sowie die Chance diese zu vermehren ist ungleich. Zudem sind nicht alle Ressourcen in jedem Feld gleich viel wert. Die sogenannte Elite, diejenigen, die im Feld den größten Einfluss haben, entscheidet über die Struktur des Feldes. Diese ergibt sich daraus, wie wirkmächtig bestimmte Ressourcen sind und nach welchen Regeln gespielt wird (Bourdieu 1983, S. 187):

„Sie [die Spieler] verfügen über Trümpfe, mit denen sie andere ausstechen können und deren Wert in jedem Spiel variiert: So wie der relative Wert der Karten je nach Spiel ein anderer ist, so variiert auch die Hierarchie der verschiedenen Kapitalsorten (ökonomisch, kulturell, sozial, symbolisch) in den verschiedenen Feldern. Es gibt, mit anderen Worten, Karten, die in allen Feldern stechen und einen Effekt haben – das sind die Kapital-Grundsorten –, doch ist ihr relativer Wert als Trumpf je nach Feld und sogar je nach den verschiedenen Zuständen ein und desselben Feldes ein anderer (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 128).“

Diese „stillschweigende Anerkennung des Wertes der Interessensobjekte (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 149)“, die Regelkenntnis und deren Darstellung bezeichnet Bourdieu als *Illusio*. Personen im Feld handeln häufig nicht allein für sich, sondern als Akteure kollektiv. Empirisch kann nachgewiesen werden, dass sich Menschen mit ähnlichen Ansichten, Eigenschaften oder Positionen im Feld zusammenfinden. Mögliche Einfluss-

faktoren auf diese *Homophilie* sind Beliebtheit, Selbstbewusstsein, Alter oder Stigmatisierung beziehungsweise soziale Ausgrenzung (Simpkins et al. 2013, S. 3). Teil der Gruppenbildung sind gemeinsame Begriffe insbesondere ein gemeinsamer Name, unter dem sich, unabhängig davon, ob es sich um eine Selbst- oder Fremdbezeichnung handelt, Personen sammeln können. Diejenigen mit dem größten Einfluss im Feld bestimmen dabei die *Klassifikations- und Ordnungssysteme* als Teil der geltenden Regeln. Diese wiederum schreiben sozialen Gruppen ihre jeweiligen Merkmale zu und bilden damit Idealvorstellungen genauso wie Stereotype. Ob Akteure beispielsweise als Interessengemeinschaft, als Berufsgruppe oder als Partei und somit als legitimierte Gruppe wahrgenommen werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zum einen ist es ihre Fähigkeit im öffentlichen Diskurs als Einheit aufzutreten zum anderen muss früher oder später eine Form der Institutionalisierung stattfinden. Wandel bei bereits institutionalisierten Gruppen sowohl bezüglich ihrer Wahrnehmung als auch ihres Status im Feld vollzieht sich wie aller Wandel langsam (Bourdieu 2018a, S. 748–750). Wie in Kapitel 2.1.2.3 ausführlich beschrieben wird, ist die soziale Stellung von Menschen mit Behinderung durch ihre Nonkonformität negativ beeinflusst und ihre Optionen zur Kapitalgenerierung sind folglich eingeschränkt (Waldschmidt 2011, S. 102). Gruppenbildung beispielsweise in Form von Interessenverbänden kann dieses Defizit mindern.

Felder befinden sich in einem konstanten Wandlungsprozess, der durch die Interdependenz von Akteuren und Strukturen entsteht. Dies gestaltet eine empirische Herangehensweise schwierig, da sie stets nur eine Momentaufnahme darstellt und dennoch eine präzise Analyse der Elemente und Muster des Feldes erfordert (Bittlingmayer 2016, S. 25). Entscheidend ist hierbei die (Re)Produktion bestimmter Muster bei der Deutung und Interaktion mit der Umwelt (Hahn 2011, S. 40–41), die durch die Darstellung der historischen Entwicklung zentraler Begriffe, Ansichten und Aushandlungen erfasst werden kann (Rehbein und Saalman 2014a, S. 101). Die bereits im vorangegangenen Kapitel beschriebene *Homologie* zwischen der Stellung im Feld und individuellem Erleben ermöglicht es dann, verallgemeinerbare Rückschlüsse zu ziehen (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 22). Dabei ist zu berücksichtigen, dass trotz der relativen Eigenständigkeit der Felder, die gesamtgesellschaftlichen Kräfteverhältnisse und Aushandlungsprozesse wirksam sind und das Prinzip der Homologie weiterhin gilt (Janning 2014, S. 348). Sie stehen auf verschiedenen Ebenen miteinander in Verbindung. Bourdieu postuliert:

„In Feldbegriffen denken, heißt relational denken. [...] Was in der sozialen Welt existiert, sind Relationen - nicht Interaktionen oder intersubjektive Beziehungen zwischen Akteuren, sondern objektive Relationen, die unabhängig vom Bewußtsein und Willen der 'Individuen' bestehen, wie Marx gesagt hat (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 126–127).“

Die oberste Ebene, die alles umschließt, bezeichnet Bourdieu als *sozialer Raum*. Im sozialen Raum befindet sich das *Feld der Macht* (Machtfeld). Felder können sich jeweils



am *beherrschten* oder *herrschenden* Pol dieses Gefüges befinden. Beispielhaft skizziert Bourdieu das künstlerische Feld, das am beherrschten Pol des Feldes der Macht dargestellt ist, welches Bourdieu wiederum am herrschenden Pol des sozialen Raums verortet (Bourdieu 1998, S. 68). Das Machtfeld ist übergreifend, füllt den Platz zwischen den Feldern und stellt sicher, dass sie in Relation zueinanderstehen. Dies geschieht durch Akteure, die in ihren Feldern die höchsten Positionen einnehmen. Sie interagieren mit Personen anderer Felder mit äquivalentem Rang und befinden sich gemeinsam in einem Machtfeld, das als ein Feld bestehend aus vielen Feldern betrachtet werden kann. Durch ihr symbolisches Kapital können sie die Interessen des Feldes vertreten und die Position ihres Feldes im Gefüge der Felder verändern. Personen, die hohe Positionen in einem Feld einnehmen, das im Gefüge der Felder eine niedrige Position hat, können ihr Kapital weniger effektiv in anderen Feldern nutzen. In der Regel sind Felder, in denen ökonomisches Kapital die leitende Kapitalsorte ist, am einflussreichsten (Koller 2014, S. 171). Bei Auseinandersetzung mit dem Feldgefüge wird deutlich, dass eine Abgrenzung zwischen Feldern notwendig ist. Hier kommt Bourdieu zurück auf den metaphorischen Ursprung des Feldbegriffs und erklärt, dass das Feld durch den Wirkungsbereich der Kräfte – Illusio, Regeln, Kapitalwerte – limitiert ist (Rehbein und Saalman 2014a, S. 101). Diese Definition lässt einen weiten Spielraum für Interpretationen, eine trennscharfe Abgrenzung von Feldern ist folglich nicht möglich.

Für eine Einflussnahme im Feld ist die Beherrschung des feldrelevanten Habitus unabdingbar. Dieser stellt sicher, dass Akteure den richtigen Ton treffen (können), um ernst genommen zu werden (Janning 2014, S. 343). Verfolgt man den Gedanken, dass Habitus und Feld individuelle Kombinationen von Merkmalen bilden, die sich wiederum im Handeln und Geschmack widerspiegeln, ist klar ersichtlich, dass Akteure niemals nur von einem einzelnen Habitus geprägt sind, denn sie bewegen sich niemals nur in einem Feld. Strebt man also eine empirische Analyse an, muss diese unter Berücksichtigung verschiedener Positionen erfolgen. Weder Felder noch Habitus können direkt empirisch erhoben werden. Hierfür ist als Zwischenschritt eine Definition des Feldes notwendig, auf deren Basis Rückschlüsse auf den Habitus und dessen Auswirkungen und Ausprägungen getroffen werden (Rehbein und Saalman 2014b, S. 116). Die Positionen im Feld werden durch die Verinnerlichung des Habitus insofern stabilisiert, als dass sie von den Akteuren als selbstverständlich beziehungsweise normal wahrgenommen werden. (Hensen 2011, S. 215). Durch seine Beständigkeit trägt der Habitus dazu bei, die durch die Positionen beschriebene soziale Ordnung zu konservieren. Er ist somit Ausdrucksform und Folge symbolischer Gewalt (Schmidt 2004, S. 63) und wirkt sich auf die Wahrnehmung und den Umgang mit Stigmata aus (vgl. Kapitel 2.1.2.3). Analog zum Habitus sind auch Lebensstile zur Tradierung und Festigung der Position im Feld geeignet. Sie sind Manifestationen des symbolischen Kapitals (Fröhlich und Mörth 1994, S. 13), das den Ertrag von Einfluss und symbolischer

Gewalt darstellt. Symbolische Gewalt ist ein entscheidendes Element der Entstehung und Analyse sozialer Ungleichheit. Die soziale Ungleichheit sorgt dafür, dass Personen, die in derselben Gesellschaft aufwachsen trotzdem den Eindruck erwecken, als lebten sie auf *verschiedenen Planeten*. Diese Allegorie verführt für den Wechsel zwischen Feldpositionen statt von sozialer Mobilität von sozialer Migration zu sprechen (Rehbein et al. 2015, S. 21).

Bourdieu's strukturalistischer Ansatz verknüpft Individuen mit den Feldern, in denen sie sich bewegen, und vermittelt so zwischen Mikro- und Makroebene. Bezogen auf die Ungleichheitsforschung ist dieses Vorgehen sinnvoll, da die simple Erfassung der meritokratischen Triade dadurch in einen Kontext gesetzt wird, der auch Aushandlungsprozesse berücksichtigt (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 92–95).

„Die ungleiche Verteilung von Kapital, also die *Struktur des gesamten Feldes* (Hervorh. im Original), bildet [...] die Grundlage für die spezifischen Wirkungen von Kapital, nämlich die Fähigkeit zur Aneignung von Profiten und zur Durchsetzung von Spielregeln, die für das Kapital und seine Reproduktion so günstig wie möglich sind (Bourdieu 1983, S. 187).“

Aus Bourdieus eigenem Interessenschwerpunkt ergibt sich folglich, dass er an die gegenwärtige Forschung zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit anschlussfähig ist. Seine Beobachtung, dass soziale Ungleichheit nicht trotz, sondern gerade wegen fortlaufender gesellschaftlicher Veränderungsprozesse existiert, stellt eine mögliche sowie schlüssige Interpretation aktueller Forschungsergebnisse dar (Rehbein 2016, S. 78).

#### 1.4 Datengrundlage zu Adipositas und Übergewicht bei Jugendlichen in Deutschland

In Deutschland ist die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) die zentrale Institution für repräsentativen Gesundheitsdaten für die deutsche Wohnbevölkerung (Richter 2020, S. 3). Juveniles Übergewicht und juvenile Adipositas betreffend können drei Studien identifiziert werden, die sich thematisch mit diesem Feld auseinandersetzen. Erstens die internationale Studie HBSC, zweitens die Studie KiGGS und drittens das Bevölkerungsweite Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindes- und Jugendalter (AdiMon). AdiMon beschränkt sich derzeit auf die systematische Erhebung von veröffentlichten Studienergebnissen bezüglich Determinanten der Adipositasgenese. Folglich können in die Datenanalyse in Kapitel 5 lediglich die Daten der Studien KiGGS und HBSC einbezogen werden. Für beide Studien liegen die Datensätze als Rohdaten vor und können uneingeschränkt statistischen Analysen unterzogen werden. Beide Studien befassen sich mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen und erheben adipositas- und übergewichtsrelevante Items. Die von den Forschenden gesetzten Schwerpunkte können den im Rahmen der GBE verfügbar gemachten Faktenblättern entnommen werden (GBE 2014, 2020). Um zu ermitteln, welche dieser Themenschwerpunkte für die Entstehung von Adipositas und Übergewicht vom Robert Koch-Instituts (RKI) als relevant erachtet werden, werden diese in der folgenden Abbildung 3 mit den Ergebnissen der AdiMon-Studie kontrastiert, in der Themenblätter erstellt wurden, die im Aufbau den Faktenblättern der Studien KiGGS und HBSC ähneln (RKI 2021). Dabei können für die Adipositasgenese sowohl spezifische als auch relevante Themen identifiziert werden. Von insgesamt 43 in den Fakten- und Themenblättern benannten Themen gehen 24 auf die HBSC und 17 auf die KiGGS-Studie zurück. Davon werden zwölf ebenfalls in den AdiMon-Blättern thematisiert (*relevant*), 13 der AdiMon-Themen werden allerdings weder in den Blättern der KiGGS noch in der HBSC-Studie aufgegriffen (*spezifisch*). Betrachtet man die spezifische Kategorie wird deutlich, dass hier in vielen Fällen die Themen lediglich etwas differenzierter betrachtet werden. So wird beispielsweise nicht die allgemeine subjektive Beschwerdelast, sondern präziser belastende Erlebnisse und Stress erhoben. Ähnliches gilt für die Ernährung, Bewegung und Bildschirmmedienkonsum. Neue Themen sind hingegen der Einflussfaktor Eltern, ökonomische Aspekte von Ernährung und Bewegung sowie der Punkt Maßnahmen.

Vorüberlegungen, Begriffsklärung und Grundlagen

Thema	HBSC	KiGGS	AdiMon	AdiMon
Gesundheitskompetenz Kinder/Eltern				spezifisch
Armut				spezifisch
Subjektive Gesundheit	■	■		
Subjektive Beschwerdelast	■			
Belastende Erlebnisse				spezifisch
Stress				spezifisch
Psychische Auffälligkeiten		■		
Chronische Erkrankungen		■		
Lebenszufriedenheit	■			
Schulische Belastung	■			
Cybermobbing/Mobbing	■			
Passivrauchbelastung		■		
Schwangerschaft (Rauchen)			relevant	
Stillverhalten			relevant	
Körperbild und Diätverhalten	■		relevant	
Körpergewicht, Geburtsgewicht	■		relevant	
Adipositas				spezifisch
Einflussfaktor Eltern				spezifisch
Häufigkeit des Frühstückens	■			
Gemüsekonsum	■		relevant	
Obstkonsum	■		relevant	
Konsum von Softdrinks	■		relevant	
Fast Food, Süßwaren				spezifisch
Verpflegung (Kita, Schule)				spezifisch
Lebensmittelpreise und -qualität				spezifisch
Sportliche Aktivität (inkl. Schulsport)	■		relevant	
Schwimmfähigkeit		■		
Körperliche Aktivität	■		relevant	
Körperliche Leistungsfähigkeit				spezifisch
Bewegungsmöglichkeiten				spezifisch
Fernsehkonsum	■		relevant	
Nutzung Computer und Spielkonsole	■		relevant	
Verfügbarkeit von Bildschirmmedien				spezifisch
Rauchverhalten	■	■		
Binge Drinking	■	■		
Alkoholkonsum	■	■		
Drogenkonsum	■	■		
Sexual- und Verhütungsverhalten	■	■		
Verletzungen/Unfallverletzungen	■	■		
Schlafprobleme/Schlaf	■		relevant	
Zahnputzhäufigkeit	■			
Inanspruchnahme		■		
Maßnahmen (Policy, Prävention)				spezifisch
<b>Summe (43 gesamt)</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>13</b>

Abbildung 3: Darstellung Themen der Studien HBSC, KiGGS und AdiMon

Neben den Faktenblättern gibt es eine Reihe an wissenschaftlichen Artikeln, Berichten und Studienprotokollen, die im Rahmen der Studien veröffentlicht wurden und werden.<sup>15</sup> Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Themen der Faktenblätter als besonders bedeutsam betrachtet und daher in kurzer Form der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen der Datenauswertung in Kapitel 5 werden die relevanten und, sofern in den Datensätzen abbildbar, auch die spezifischen Themen besondere Berücksichtigung finden. Zusätzlich werden anhand der Implikationen, die sich aus der Bestimmung des Feldes der Gesundheit ergeben, Hypothesen abgeleitet, die über die Faktoren der Adipositasgenese hinaus Zusammenhänge zwischen Items der Studien und Adipositas sowie Übergewicht postulieren. Um die Konstrukte korrekt zu operationalisieren und Fehlschlüsse zu vermeiden, ist eine Darstellung der Designs, Methoden und Hintergründe der Studien notwendig und wird in den Kapiteln 1.4.1 für die HBSC-Studie und 1.4.2 für die KiGGS-Studie beschrieben. In beiden Kapiteln wird auf die Nennung der Studienergebnisse weitestgehend verzichtet. Sofern sie für die vorliegende Arbeit relevant sind, werden diese an geeigneten Stellen der anderen Kapitel zitiert.

#### 1.4.1 Datengrundlage: Die HBSC-Studie

Die HBSC-Studie wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1982 initiiert (Hackauf und Quenzel 2019, S. 468). Matthias Richter als langjähriger koordinierender Leiter der Studie in Deutschland formuliert den Auftrag folgendermaßen:

„Kindheit und Jugend sind schon lange Zeit nicht mehr das Sinnbild für die Abwesenheit von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Aufgabe der wissenschaftlichen Forschung in diesem Feld ist es, Trends in der gesundheitlichen Entwicklung aufzuzeigen und Zielgruppen für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu identifizieren (Richter 2020, S. 3).“

Derzeit nehmen 51 überwiegend europäische Länder an der Studie teil, die neuesten Ergebnisse stammen aus dem Jahr 2021/22. Seit der ersten Befragung in fünf Ländern im Jahr 1983/84 wurde diese im vierjährigen Rhythmus wiederholt, um neue Einblicke in die Gesundheit junger Menschen zu ermöglichen, soziale Determinanten der Gesundheit zu identifizieren und Handlungsempfehlungen für die gesundheitliche Versorgung auszusprechen (Inchley et al. 2016, S. 2). Regelmäßig werden dabei über 200.000 Rückläufer (davon etwa 4.500 in Deutschland) ausgewertet. Deutschland ist seit 1993/94 mit einem Bundesland Teil der Studie, in den folgenden Jahren schlossen sich weitere Bundesländer an, seit dem Erhebungszeitraum 2013/14 sind alle repräsentiert. Die Studie

---

<sup>15</sup> Eine vollständige Liste, der im Rahmen der Studien entstandenen Artikel mit dem Schwerpunkt Adipositas inklusive einer thematischen Einordnung, kann dem Anhang 0 entnommen werden.

wird in einem Forschungsverbund verschiedener Universitäten durchgeführt (Moor et al. 2020b, S. 94). Bemerkenswert ist, dass die Studie, obwohl sie als Säule der GBE im Kinder- und Jugendbereich betrachtet werden kann, größtenteils durch die beteiligten Universitäten selbst finanziert wird (Richter 2020, S. 4). Rohdaten können als Open Access data file für die Jahre 2001/02 bis 2017/18 im HBSC Data Management Centre der Universität Bergen abgerufen werden (WHO 2023). Bei dem in Kapitel 5 verwendeten Datensatz handelt es sich um die Netto-Stichprobe des Erhebungszeitraums 2017/18. Er ist somit etwas aktueller, aber vergleichbar mit dem Datensatz der KiGGS Welle 2 (vgl. Kapitel 1.4.2). Die Stichprobe umfasst  $n = 4.347$  Personen aus 146 Schulen, der Datensatz ist für Deutschland unter Berücksichtigung der GewichtungsvARIABLEN repräsentativ, die GewichtungsvARIABLEN werden lediglich in den Auswertungen, nicht aber in den Häufigkeitsdarstellungen berücksichtigt (Moor et al. 2020b, S. 99–101). Die HBSC-Studie versteht sich komplementär zur KiGGS-Studie, die sich auf die deutsche Wohnbevölkerung konzentriert. Zur Einordnung und Schärfung der Ergebnisdarstellung kooperieren die Akteure in verschiedenen Formen und Formaten (Richter 2020, S. 3). HBSC-Zielgruppe sind elf-, 13- und 15-jährige Jungen und Mädchen, die mit Hilfe strukturierter Interviews an Schulen befragt werden. Dabei geben die Kinder und Jugendlichen via Pen-and-Pencil-Methode selbst Auskunft (Moor et al. 2020b, S. 95). Die erhobenen Daten sind für die beteiligten Länder repräsentativ und ermöglichen einen internationalen Vergleich von Gesundheit, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und weiteren Determinanten (Hackauf und Quenzel 2019, S. 468). Die Adoleszenz wird in dieser Studie als besondere Phase in der menschlichen Entwicklung verstanden, in der die Transformation vom Kind in den Erwachsenen erfolgt. Damit geht einher, dass das familiäre Umfeld an Bedeutung verliert, während Gleichaltrige und Freunde an Einfluss gewinnen. Um die Gesundheit junger Menschen abzubilden, ist der soziale Kontext ein wichtiges Element. Das Elternhaus, die Schule, Freunde oder Gleichaltrige haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten und werden daher in der HBSC-Studie berücksichtigt (Inchley et al. 2016, S. 2).

Für eine umfassende Darstellung der Determinanten von Gesundheit wurden verschiedene Themenbereiche festgelegt und operationalisiert. Dabei gibt es einen internationalen Abschnitt, der verpflichtend eingebunden werden muss. Zusätzlich können die Länder eigene Themen einbringen (Moor et al. 2020a; Moor et al. 2020b; WHO 2022). Abbildung 4 zeigt eine Zusammenfassung der Themenbereiche inklusive des optionalen Fragenkomplexes der deutschen Erhebung.

Themenbereiche des Fragebogens der HBSC-Studie	
Soziodemographische Angaben	Geschlecht, Alter, Familienstruktur, Herkunft/Migrationshintergrund, familiärer Wohlstand
Allgemeine Gesundheitsindikatoren	Gesundheitliche Beschwerden, Verletzungen, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Adipositas, Zahngesundheit, gesundheitliche Selbsteinschätzung
Gesundheits- und Risikoverhalten	Substanzkonsum, körperliche Aktivität, Mediennutzungsverhalten, Ernährungsverhalten, Mobbing, Sexualverhalten
Soziale Ressourcen und Unterstützungssysteme	Beziehungen zu Familie und Gleichaltrigengruppe, schulisches Umfeld, Selbstkonzept
Optionale Fragenkomplexe für Deutschland	Geschlechterrollenorientierung, Gewichtskontrollmaßnahmen und Körperzufriedenheit, Health Literacy <sup>16</sup> , depressive Verstimmung und Stress

Abbildung 4: Themenbereiche HBSC-Fragebogen (eigene Darstellung nach Moor et al. 2020b, S. 96)

Adipositas und Übergewicht zählen zu den allgemeinen Gesundheitsindikatoren und werden ermittelt, indem der BMI basierend auf eigenen Angaben zu Gewicht ohne Kleidung und Körpergröße ohne Schuhe berechnet und gemäß den von der IOTF (Cole et al. 2000) und der WHO (2024) empfohlenen Referenzwerten klassifiziert wird. Die Referenzwerte der IOTF werden in einer vierstufigen Skala (*Thinness, Normal weight, Overweight, Obesity*), die von der WHO hingegen dichotom (*Classified as overweight or obese by WHO – No, Yes*) abgebildet (WHO 2022). Die Operationalisierung der soziodemografischen Angaben ist größtenteils banal. Eine Ausnahme stellt der SES dar, dessen Erhebung bei Jugendlichen komplex ist. Gründe hierfür sind die zunehmende Unabhängigkeit von den Eltern oder Sorgeberechtigten in Kombination mit der Steigerung des Einflusses Gleichaltriger. Im Falle der HBSC-Studie wurde entschieden Bildung über die Schulform und ökonomische Faktoren über die sogenannte Family Affluence Scale (FAS), die speziell für diese Studie entwickelt und weiterentwickelt wurde, zu erheben (Moor et al. 2020b, S. 101–103).

<sup>16</sup> Der Begriff Health Literacy wird im Deutschen mit Gesundheitskompetenz oder Gesundheitsbildung übersetzt und bezieht sich auf das Wissen und die Kompetenzen, die es Personen ermöglichen, erfolgreich mit gesundheitsbezogenen Themen umzugehen (Abel et al. 2015, S. 725).

Eine Darstellung der Operationalisierung der soziodemographischen Angaben kann der nachfolgenden Abbildung 5 entnommen werden.

Variablen		Itemkonstruktion
	Alter	Geburtsjahr und -monat
	Klassenstufe	Auswahl zwischen fünfter, siebter und neunter
	Geschlecht	Auswahl zwischen Mädchen und Junge
	Migrationshintergrund	Eigenes Geburtsland und Geburtsland der Eltern, Unterscheidung zwischen keinem, einseitigen und zweiseitigem Migrationshintergrund
SES	Schulform	Von den Schulen angegeben, für die Auswertung zusammengefasst zu vier beziehungsweise zwei Kategorien
	FAS	Bildung von Quintilen aus der Summe der Punkte aus sechs Items (Autobesitz, eigenes Schlaf-(Zimmer), Urlaube mit der Familie, Computerbesitz, Anzahl an Badezimmern, Besitz einer Geschirrspülmaschine). Erstes Quintil: niedriger, zweites bis viertes Quintil: mittlerer, fünftes Quintil: hoher familiärer Wohlstand

Abbildung 5: Operationalisierung soziodemografischer Angaben HBSC (eigene Darstellung)

Für alle soziodemografischen Merkmale wird in den folgenden Kapiteln geprüft, ob fundierte Hypothesen zu den Zusammenhängen mit Übergewicht und Adipositas abgeleitet werden können. Ausnahme bildet der Migrationshintergrund, der zwar an verschiedenen Stellen zur Illustration der Wirkung von Habitus angeführt wird, aber aufgrund seiner Komplexität und Diversität nicht in die statistischen Analysen einfließen kann. Denn das Feld der Personen mit Migrationshintergrund ist zu divers, um im Rahmen dieser Arbeit fundierte Hypothesen entwickeln zu können.

Für die HBSC-Studie selbst gelten Limitationen hinsichtlich der Aussagekraft bestimmter Auswertungen. Zum einen diskutieren die Autor:innen die Auswirkungen der sinkenden Teilnahmequote und kommen nach Analyse der Studienlage zu dem Schluss, dass sich hieraus nur ein geringer Bias ergibt. Weitere Limitationen leiten sich aus dem Fehlen der divers-Kategorie bei der Variable Geschlecht, der Themenvielfalt und dem Studiendesign ab. Die Themenvielfalt beschränkt die Aussagekraft bezüglich der Einzelthemen, die lediglich mit einer geringen Anzahl an Items abgebildet werden.



Darüber hinaus wurde die HBSC-Studie im Querschnittsdesign konstruiert, somit liegt der Fokus auf der Ermittlung von allgemeinen, gesellschaftlichen Trends und nicht der spezifischen Entwicklung der Befragten (Moor et al. 2020b, S. 103–104). Diese Limitation spielt für die vorliegende Arbeit keine Rolle, da lediglich ein Messzeitpunkt nämlich die Daten der Erhebung von 2017/18 ausgewertet werden.

#### 1.4.2 Datengrundlage: Die KiGGS-Studie

Nach dem Vorbild der Erhebungen der HBSC-Studie wurde 2003 ein umfassendes Gesundheitsmonitoring deutscher Kinder und Jugendlicher unter Federführung des RKI begonnen. Die KiGGS- ist analog zur HBSC-Studie als wiederkehrende Befragung angelegt und dient dem Gesundheitsmonitoring in Deutschland. Zielgruppe sind Null- bis 17-jährige in Deutschland lebende Personen, die Studie ist für die deutsche Wohnbevölkerung repräsentativ und erlaubt sowohl Längs- als auch Querschnittsanalysen (Hackauf und Quenzel 2019, S. 468–469). Die Parallelen zur HBSC-Studie zeigen sich in den formulierten Zielen. Hervorgehoben werden der Nutzen für die Politik sowie für politische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Die KiGGS-Studie soll eine Wirkung auf die Handlungsempfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und auf Gesetzesvorhaben haben, um so einen „wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland leisten zu können (Mauz et al. 2017, S. 22–23)“. Die erste sogenannte *Basiserhebung* wurde von 2003 bis 2006 durchgeführt. Anders als bei der HBSC-Studie basieren die Ergebnisse von KiGGS nicht nur auf Selbstauskünften, sondern auch auf Messungen bestimmter Parameter durch geschultes Personal. Für die Basiserhebung wurden 167 Städte und Gemeinden in Deutschland ausgewählt und über die Daten der Einwohnermeldeämter eine zufällige Stichprobe der dortigen Wohnbevölkerung im passenden Alter gezogen. Die Stichprobengröße beläuft sich auf  $n = 17.641$  Teilnehmende (Mauz et al. 2017, S. 3). Darauf folgende Erhebungen werden als Wellen bezeichnet. Die Datenerhebung der ersten Welle wurde in Form von Telefoninterviews realisiert, dabei wurden einerseits die Personen aus der Basiserhebung erneut befragt und zum anderen eine zufällige Stichprobe in der Altersgruppe der Null- bis Sechsjährigen über die Register der Einwohnermeldeämter gezogen. So wurde eine Zahl von  $n = 12.368$  Teilnehmenden erreicht, davon  $n = 7.913$  Wiederbefragte zwischen sieben und 17 Jahren und  $n = 4.455$  neu erhobene Personen im Alter von null bis sechs Jahren.  $N = 4.079$  Wiederbefragte hatten das Zielgruppenalter bereits überschritten und wurden somit nur in die Längsschnitt-, nicht aber in die Querschnittauswertungen einbezogen. Im Rahmen der KiGGS Welle 2 von 2014 bis 2017 wurde für die Längsschnittstudie analog zur Welle 1, für die Querschnittstudie analog zur Basiserhebung vorgegangen. Zu den Untersuchungen wurde im Gegensatz zur Basiserhebung lediglich ein Teil der Befragten eingeladen. Für die schriftliche Befragung wurden mehrere altersgemäße

Fragebögen für die Teilnehmenden und deren Eltern entwickelt, bei jüngeren Kindern wurden ausschließlich deren Eltern befragt. Zusätzlich zum Kernsurvey gab es fünf Schwerpunktthemen, die in eigenen Modulen bei jeweils einem Teil der Befragten erhoben wurden: Umweltmodul (GerES), Ernährungsmodul (EsKiMo), Kinder-Ernährungsmodul (KiESEL), Motorik-Modul (MoMo) und Modul Psychische Gesundheit (BELLA). Je nach Modul wurden unterschiedliche Altersgruppen angesprochen (Mauz et al. 2017, S. 4–11). In der Datenanalyse in Kapitel 5 wird auf eine Auswertung der Module verzichtet. Sie bezieht sich lediglich auf den Kernsurvey. Analog zur HBSC-Studie wurden bestimmte Themenbereiche ausgewählt, die im Rahmen der Studie untersucht werden sollten (Mauz et al. 2017, S. 12–19).

Themenbereiche des Fragebogens der KiGGS-Studie	
Körperliche Gesundheit	Größe, Gewicht, Körper selbstbild, Adipositas, Geburt und Schwangerschaft, subjektive Gesundheit, gesundheitliche Einschränkungen, ärztliche Diagnosen, familiäre Dispositionen, Unfälle, Infektionskrankheiten, Schmerzen, Schlaf
Psychische Gesundheit	Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Psychische Auffälligkeiten, präklinische Symptome, Diagnosen und Behandlung, Selbstwirksamkeit, Personale Ressourcen, soziale Unterstützung, Persönlichkeit, ungünstige Erfahrungen
Gesundheitsverhalten	Ernährungsgewohnheiten, Stillen, körperliche Aktivität, Rauchen, Alkohol, Mediennutzung, elterliches Gesundheitsverhalten
Gesundheitsversorgung und Prävention	Inanspruchnahme, Krankenversicherung, Zahnputzhäufigkeit und Vorsorge, Gesundheitskompetenz, HPV-Impfung

Themenbereiche des Fragebogens der KiGGS-Studie – Fortsetzung	
Soziale, familiäre und umweltbezogene Determinanten	Basisinformationen (Alter, Geschlecht, Lebensmittelpunkt, Haushaltszusammensetzung, Bildung), Basisinformationen Eltern (Familienstand, Partnerschaft, Bildung, berufliche Stellung, Haushaltsnettoeinkommen, Erwerbssituation), subjektiver Sozialstatus, Familienklima, Erziehungsstil, elterliche Belastung, Wohlbefinden und Persönlichkeit der Eltern, außerfamiliäre Betreuung, Patchworkfamilienkonstellation, Wohnumfeld, Lärmbelästigung, Migrationshintergrund, Diskriminierungserfahrungen

Abbildung 6: Themenbereiche KiGGS-Fragebogen (eigene Darstellung)

Übergewicht und Adipositas werden im Rahmen der Studie durch die Berechnung des BMI anhand von Messwerten sowie Selbstangaben von Größe und Gewicht ermittelt. Als Referenzwerte gelten die von Kromeyer-Hauschild et al. (2015) berechneten Perzentilen (Schienkiewitz et al. 2019a). Der sozioökonomische Status wurde aus einer Kombination des elterlichen Status und dem der Kinder und Jugendlichen ermittelt. Der elterliche Status ist eine Konstruktion aus Einkommen, Bildung und Beruf, für die Kinder und Jugendlichen wurden Schulform, -abschluss und -leistungen sowie die Qualität der außerfamiliären Betreuung und die subjektive Einschätzung des familiären Sozialstatus einbezogen (Mauz et al. 2017, S. 18).



## 2 DAS FELD DER GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

Die Konstruktion eines Feldes der Gesundheit benennt relevante Mechanismen, Institutionen, Akteure sowie feldspezifische Kapitalformen und trägt so zur Analyse von sozialer Position und sozialem Gefüge im Kontext von Gesundheit und Krankheit als zentrale Aushandlungsgegenstände des Feldes der Gesundheit bei.

Bei der Darstellung des Feldes der Gesundheit handelt es sich um eine Momentaufnahme, die allerdings nicht unabhängig von historischen Bezügen ist. Grundlage für eine systematische Beschreibung dieser Momentaufnahme sind drei wesentliche Kriterien: Grenzen, Akteure und Kapital. Diese Dreiteilung ist nicht nur strukturgebend für Kapitel 0, sondern mit Schwerpunkt auf Übergewicht und Adipositas auch für das folgende Kapitel 3. Schließlich wird sie bei der Datenauswertung in Kapitel 5 erneut aufgegriffen, wenn auch auf die Analyse der Akteure mangels geeigneter Daten verzichtet werden muss. Wie kann nun anhand der Grenzen, der Akteure und des Kapitals ein Feld der Gesundheit beschrieben werden?

Zunächst müssen die dem Feld eigenen Regeln und Relevanzen identifiziert werden, denn diese grenzen es von anderen Feldern ab (Kapitel 2.1). Eine wichtige Grundlage für das Verständnis des Feldes der Gesundheit in Deutschland bildet zunächst ein historischer Abriss über die Entwicklung der Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit. Neben der symbolischen Ordnung, den Regulierungsmechanismen, der feldspezifischen Expertise und den Institutionen des Feldes muss eine Einordnung in das Feldgefüge vorgenommen werden, um einen umfassenden Überblick zu ermöglichen. Anschließend müssen die im Feld relevanten (kollektiven) Akteure benannt werden, um die im Feld bestehenden Konfliktlinien und Allianzen zu benennen (Kapitel 2.2). Die jeweilige Position dieser Akteure im Feld der Gesundheit ist nicht nur abhängig von den grundlegenden Kapitalsorten, sondern auch von dem feldspezifischen Kapital, das in Kapitel 2.3 näher betrachtet wird.

## 2.1 Grenzen des Feldes der Gesundheit

Das, was in der vorliegenden Arbeit unter Grenzen des Feldes der Gesundheit beschrieben wird, fasst Bourdieu mit dem Begriff Autonomie. Als autonom werden Felder demnach betrachtet, wenn sie von anderen Feldern abgegrenzt werden können, und dabei spezifische Ressourcen, Regeln und Akteure wirken, die feldspezifische soziale Beziehungen und Einflüsse aufeinander haben. Autonomie ist allerdings nicht mit Unabhängigkeit von anderen Feldern gleichzusetzen. Felder stehen in Beziehung zueinander und sind Teil eines größeren Gefüges – dem sozialen Raum. Die Interaktionen mit anderen Feldern, wie der Politik, der Wirtschaft oder der Bildung, können das Feld der Gesundheit beeinflussen und umgekehrt (vgl. Kapitel 2.1.6). Schließlich wird die Autonomie des Feldes der Gesundheit durch die Verteilung von symbolischem, ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital bestimmt, die die Positionierung und den Einfluss der Akteure diktieren. Die Grundkapitalsorten haben zudem in jedem Feld ihren eigenen Wechselkurs. So wird beispielsweise zu zeigen sein, dass im Feld der Gesundheit kulturelles Kapital in Form von Health Literacy auftritt, ökonomisches Kapital durch Gesundheitsleistungen oder Gesundheitsprodukte erworben wird und sich symbolisches Kapital in Leistungserbringern insbesondere Ärzt:innen akkumuliert, die nicht nur ökonomisches Kapital aus den erbrachten Leistungen gewinnen, sondern auch die Deutungshoheit über Gesundheit beziehungsweise Krankheit haben und somit als Gatekeeper zum Gesundheitssystem fungieren. Sie bestimmen, was und wie behandelt werden muss und wer es behandeln sollte. Sie nehmen somit eine sehr hohe Position im Feld ein, die sie verteidigen, was zu Aushandlungsprozessen und Konflikten mit anderen Professionen, die nach höheren Positionen streben, führen kann (vgl. Bourdieu und Wacquant 1996, S. 34). In jedem Feld gibt es zuzüglich zu diesen grundlegenden Kapitalsorten weitere, die im beschriebenen Feld nützlich sind, sowie einen feldeigenen Habitus. Im Falle des Feldes der Gesundheit ist von Gesundheitskapital und einem Gesundheitshabitus auszugehen (vgl. Kapitel 2.3). Das Grundkapital (beziehungsweise der Mangel daran) ist zwar zentral, aber nicht allein ausschlaggebend für die Gesundheit. Es ist zu erwarten, dass der Gesundheitshabitus einen ebenso großen Einfluss auf den Gesundheitszustand hat (Behrens 2009, S. 64–65).

Die Autonomie eines Feldes ist nicht statisch, sondern determiniert durch historische Entwicklungen, politische Entscheidungen und soziale Dynamiken. Felder und Klassen im Sinne Bourdieus können nicht gleichzeitig betrachtet werden, sie bilden sozusagen zwei Varianten der Beschreibung sozialer Ungleichheit (Kieserling 2008, S. 7). Um die Autonomie eines Feldes herauszustellen, sind Abgrenzungen notwendig. Sie ist nur dann gegeben, wenn die feldeigenen Regeln in anderen Feldern keine oder nur eine sehr geringe Bedeutung haben (Witte und Schmitz 2020, S. 66). Dies schafft eine feldeigene Perspektive, aus der heraus der soziale Raum wahrgenommen und gedeutet wird (Russo 2014, S. 65). Der Umfang der Unabhängigkeit eines Feldes kann daran gemessen werden,

wie stark die importierten Doktrinen anderer Felder in feldeigene Grundsätze überführt werden. Bourdieu nennt diese Überführung den *Übersetzungs-* oder *Brechungseffekt* (Witte und Schmitz 2020, S. 66). Für eine vollständige Beschreibung des Feldes müssen sowohl die historischen als auch gegenwärtigen Kontextfaktoren sowie die Kapitalverteilung, die Identifikation besonders relevanter Kapitalsorten in ihrer feldspezifischen Prägung und die Position im Feldgefüge innerhalb des Machtfeldes geschildert werden. Das Feld der Gesundheit und dessen Teilfeld Gesundheitsversorgung können durch folgende Aspekte von anderen Feldern abgegrenzt werden:

1. Ideengeschichtliche Annäherung an Gesundheit und Krankheit: Vorstellungen, Ideen und Ideale sind in Form von kulturellem Kapital einem fortlaufenden Wandel unterworfen und unterscheiden sich von Feld zu Feld (Kapitel 2.1.1).
2. Symbolische Ordnung: Im Gegensatz zur Ideengeschichte, die in der Regel Wandel beschreibt, versteht Bourdieu symbolische Ordnung als weitestgehend stabil. Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit, sowie die Folgen von Ungleichheit und Stigmatisierung bilden die Basis für Normen und Werte im Feld der Gesundheit (Kapitel 2.1.2).
3. Regulierungsmechanismen: Das Feld der Gesundheit unterliegt spezifischen Regelungen und Gesetzen, die den Zugang zu medizinischen Leistungen, die Ausübung medizinischer Berufe und die Qualitätsstandards beeinflussen (Kapitel 2.1.3).
4. Feldspezifische Expertise: Medizinische Fachkräfte haben eine spezialisierte Expertise, die sie von anderen Berufsgruppen unterscheidet. Ihr Fachwissen, ihre medizinische Autorität und ihr Verhältnis zu den Erkrankten prägen die Dynamik des Feldes (Kapitel 2.1.4).
5. Institutionalisierte Gesundheitsversorgung: Gesundheitseinrichtungen und medizinische Organisationen schaffen eigene institutionelle Strukturen, die den Ablauf von Prozessen im Feld der Gesundheit bestimmen. Hierzu gehören formelle Institutionen wie beispielsweise Krankenhäuser, Sozialversicherungen und Apotheken, sowie informelle Institutionen wie manche alternativen Heilmethoden, die Pflege durch Angehörige oder die Nutzung des Internets (Kapitel 2.1.5).
6. Einordnung in das Feldgefüge: das Feld der Gesundheit existiert nur in Relation zu anderen Feldern, hier bilden sich Schnittmengen, Nahtstellen, gemeinsame Regeln und Normen. Der Einfluss des Feldes der Gesundheit im sozialen Raum ergibt sich durch dessen Position im Feld der Macht (Kapitel 2.1.6).

### 2.1.1 Ideengeschichtliche Annäherung an Gesundheit und Krankheit

Um zu verstehen, wie Gesundheit und Krankheit als Teil der symbolischen Ordnung des Feldes der Gesundheit konstruiert werden, ist zunächst eine ideengeschichtliche Einordnung dieser Phänomene notwendig. Die hier relevante Entwicklung beginnt im 18. Jahrhundert mit einer Strömung, die sich mit dem *Menschen als Lebewesen* beschäftigt, neue Formen der Einflussnahme begründet und die mit Hilfe der Politik weitreichende Konsequenzen für die Gesellschaft hat. Kern dieser Strömung ist die Vorstellung von Gesundheit als Norm und Krankheit als Abweichung von der Norm. Die hierdurch in Gang gebrachten Prozesse und Auswirkungen wurden durch die Industrialisierung im 19. Jahrhundert weiter verstärkt (Hahn 2011, S. 32–33). Bereits zu dieser Zeit gab es im Bereich der Medizin Personen, die für die Berücksichtigung von sozialen Aspekten plädierten (Richter und Hurrelmann 2016, S. 8). Die medizinische Forschung wurde systematischer und die empirischen Ergebnisse konnten von politischen Akteuren als Argumentationsgrundlage genutzt werden, um als gesundheitsförderlich definierte Maßnahmen zu ergreifen (Hahn 2011, S. 34). Die Auswirkungen der neu eingeführten Gesundheitspolitik waren signifikant. Beispielsweise konnten durch das zunehmende Verständnis von der Entstehung und somit auch Vermeidung von Infektionskrankheiten viele ansteckende und potenziell tödliche Erkrankungen eingedämmt oder sogar ausgerottet werden (Hahn 2011, S. 34–35). Diese Erfolge trugen maßgeblich zum Vertrauen in die Medizin bei und zeigten der Bevölkerung auf, dass man Krankheiten nicht per se ausgeliefert ist. Im Zuge der Entwicklung des deutschen Sozialstaates mit einer Absicherung aller Bürger:innen durch eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im 19. Jahrhundert wächst auch der politische Einfluss und das Ansehen der Ärzteschaft. Zunehmend konnten akute Krankheiten besser eingedämmt und behandelt werden und die Lebenserwartung bei chronischen Erkrankungen verlängert werden. Dies führte zu einem stetig wachsenden Anteil chronischer Erkrankungen an der allgemeinen Bevölkerungsmorbidität (Erhart et al. 2008, S. 332) und an der Morbidität von Kindern und Jugendlichen (Thyen 2010, S. 222). Die Ausrichtung des Gesundheitssystems und der Public-Health-Forschung auf ansteckenden Krankheiten wurde folglich Mitte des 20. Jahrhunderts von chronischen Erkrankungen abgelöst (Schorb 2015, S. 251). Bevölkerungsweite Studien belegen diese Transformation in der allgemeinen Morbidität. Bis heute steigt zudem der Anteil psychischer Erkrankungen (Richter et al. 2011, S. 490). Darüber hinaus wird frühen Lebensphasen eine größere Bedeutung zugemessen, da diese als Weichenstellung für die Gesundheit im Erwachsenenalter betrachtet werden. Folglich wurde das deutschlandweite Gesundheitsmonitoring Ende der 1990er Anfang der 2000er Jahre mit KiGGS auf diese Zielgruppe ausgeweitet (Eckhardt 2014, S. 143). Heutzutage treten bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten allgemeine Entwicklungsverzögerung, Wahrnehmungs- und Wahrnehmungsverarbeitungs-



störungen, Sprachentwicklungsstörungen und Auffälligkeiten der psychosozialen Entwicklung auf (Steffens 2020, S. 43).

Lange Zeit wurden Gesundheit und Krankheit eher fatalistisch verstanden. Erst im 19. (Hahn 2011, S. 33) beziehungsweise 20. Jahrhundert setzt ein Bedeutungswandel ein, der dem Individuum größere Einflussnahme auf die eigene Gesundheit einräumt (Hensen 2011, S. 210–211). Diese Wirksamkeitserwartung veränderte auch den Umgang mit Erkrankungen. Während im 19. Jahrhundert noch die Kuration von Erkrankungen im Vordergrund stand, entwickeln sich im 20. Jahrhundert Bestrebungen Krankheiten vorzubeugen. Dies wurde über Maßnahmen umgesetzt, die bestimmte Bevölkerungsgruppen gezielt in den Fokus nahmen und bildet die Grundlage für das, was heute als Prävention bekannt ist (Hahn 2011, S. 35). Betroffene, die zunächst im Rahmen ihrer Kuration keinen eigenen Handlungsspielraum hatten, entwickelten im späteren Verlauf Gesundheitsnormen. Zunehmend wurde breiten Bevölkerungsschichten Informationen darüber zugänglich, wie die Gesundheit erhalten werden kann oder was sie gefährdet (Hahn 2011, S. 34). Die postmoderne Gesellschaft fordert Selbstdisziplin, denn nur so kann eine Emanzipation der Bevölkerung vollzogen werden. Während sie zuvor eine eher passive Rolle (*hilfloser Klient*) einnahm, soll sie nun aktiv werden (*autonomer Kunde*) (Hensen 2011, S. 220). Die Frauenbewegung und die Bewegung der 1960er Jahre fügte der medizinischen Versorgung ein weiteres Element hinzu. Während zuvor allein medizinische Fachkräfte die Behandlung bestimmten, die stark auf die Verwendung von Apparaten und Medikamenten ausgerichtet war, erreichten diese Bewegungen auch im medizinischen Bereich eine steigende Selbstermächtigung. Es wurden Beratungsstellen eingerichtet und Fachkräfte zur Aufklärung verpflichtet. Ziel war es, durch Wissen eine Mündigkeit der Patient:innen zu erreichen. Andererseits wird hierdurch die Verantwortung für Gesundheit und Krankheit ein Stück weit aus dem professionellen Bereich der Medizin beziehungsweise der medizinischen Versorgung heraus und in die Hände der Betroffenen gegeben, die die Wahrnehmung ihrer Selbstverantwortung antizipiert haben (Hahn 2011, S. 37). Dieser Wandel vollzieht sich bis in die Mitte der 1990er Jahre und zieht eine ausgeprägtere gesundheitspezifische Bildung (Health Literacy) nach sich (Brunnett 2016, S. 210). Der Trend zur gesundheitlichen Selbstverantwortung kann zudem durch Foucaults Überlegungen erklärt werden (Bittlingmayer 2016, S. 33). Die zunehmende Emanzipation und das Patient:innenempowerment trug, neben der Erkenntnis, dass die medizinische Forschung nicht alle medizinischen Probleme lösen kann, zur kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin bei. Durch das Bestreben selbstbestimmte Patient:innen zu schaffen, verändert sich das Verhältnis zwischen Behandelnden und Behandelten und die Begeisterung für die Wissenschaft, die im 19. Jahrhundert noch optimistisch die baldige Entschlüsselung aller Strukturen und das finale Verstehen der Welt an sich verkündete, ist im 21. Jahrhundert verloren. Immer noch gibt es Erkrankungen deren Ursache nicht geklärt ist und die nicht heilbar sind. Die

großen Erfolge im Bereich der Ansteckungserkrankungen und die steigende Lebenserwartung der Menschen treten vor dieser greifbaren Tatsache in den Hintergrund.

Eine weitere Entwicklung, die die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Gesundheit und Gesundheitsversorgung beeinflusst, ist der von Foucault beschriebene Wandel der gesellschaftlichen Beziehung zum Körper im 19. Jahrhundert. Das dominante kapitalistische Bürgertum habe den Körper zu einem Gegenstand gemacht, der aus der Öffentlichkeit ausgeschlossen und rigiden Regeln und Disziplinierungen ausgesetzt werde (Gugutzer 2013, S. 78). „Das Körpergewicht ist damit nicht nur eine individuelle Eigenschaft, sondern bereits Ausdruck einer gelungenen Formierung des Ichs und einer erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Disziplinierung des eigenen Körpers (Bittlingmayer 2016, S. 31).“ Dieses Diktat die eigene Gesundheit selbstverantwortlich durch Gewichtskontrolle, gesunde Ernährung und Bewegung zu erhalten, obwohl die Strukturen einen größeren Einfluss auf die Morbidität und Mortalität haben als das Gesundheitsverhalten, kann als Fitness-Dispositiv<sup>17</sup> beschrieben werden (Bittlingmayer 2016, S. 30–31). Mit dem Bedeutungsverlust des Körpers und körperlicher Arbeit geht ein Bedeutungswandel der Gesundheit von einer ontologischen Kategorie zum Symbol einher. Während zuvor dem Körper noch eine entscheidende Rolle in der Gewinnung von Ressourcen zufiel, ist diese im 20. und 21. Jahrhundert weniger relevant. In der Produktion sind nun andere, geistige Werte stärker gefragt. Dies prägt auch das Bild von Gesundheit im Allgemeinen und Möglichkeiten zur Wiederherstellung derselben im Speziellen (Brunnett 2009, S. 68). Im Rahmen dieser Entwicklung entsteht der „Kult um die Gesundheit der Person (Bourdieu 2018a, S. 577)“ als Ausdrucksform sich wandelnder Ideale der Akteure im Feld (Bremer et al. 2014, S. 300–301). Dieses von Bourdieu als Kult bezeichnete Phänomen mündet in den Trend zur Selbstoptimierung, der gegenwärtig auf dem Gesundheitsmarkt einen hohen ökonomischen Wert besitzt (Brunnett 2016, S. 207). Wird Gesundheit als etwas wahrgenommen, das beeinflusst werden kann, folgen daraus Bedürfnisse, die in kapitalistischen Systemen durch den Markt gedeckt werden können und sich in Konsumbedürfnissen ausdrücken. Es entsteht gegebenenfalls ein neuer Wirtschaftszweig, der diese befriedigt (Boltanski 1976, S. 168). Die Vermarktung von Gesundheit (*disease mongering*) gründet sich auf den Vorstellungen wie gesunde Körper auszusehen haben und der Erwartung, dass dieser Zustand mit kommerziellen Mitteln herbeigeführt werden kann (Jutel 2006, S. 2275). Dies ermöglicht die Wertschöpfung, also die ökonomische Verwertung nicht erschlossener, teils immaterieller Güter. Parallel zur Entwicklung im Kapitalismus kann eine Entwicklung in der Deutung von Gesundheit postuliert werden (Brunnett 2016, S. 210). Ab den 1970er Jahren wird aus Gesundheit so in zunehmendem Maße eine konsumierbare Ressource, die bereits in

---

<sup>17</sup> Dispositive steuern laut Foucault Machtrelation. Sie bestehen unter anderem aus Regeln, Normen oder Institutionen und beeinflussen das Denken sowie das Verhalten der Akteure.

den 1990er Jahren einen eigenständigen Wert entwickelt (Brunnett 2009, S. 67), obwohl der Gesundheitsbereich zunächst von ökonomischen Überlegungen abgekoppelt war (Bittlingmayer 2016: 32). Der Bedeutungsgewinn des ökonomischen Kapitals im Gesundheitsbereich wird an mehreren Entwicklungen deutlich, die in Fachkreisen kritisch diskutiert werden (Kühn 1993, S. 14; Hensen 2011, S. 207; Günther 2013, S. 2; Bittlingmayer 2016, S. 24; Brunnett 2016, S. 207). Zuvor staatlich betriebene Unternehmen oder Institutionen werden an privatwirtschaftlich agierende Firmen veräußert. Hiervon ist das Gesundheitswesen verstärkt betroffen, was insbesondere für Personen mit wenig ökonomischem Kapital negative Auswirkungen hat. Denn aus Privatisierung folgt zwingend gewinnbringendes Wirtschaften, was wiederum dazu führt, dass Akteure, die über viele Ressourcen verfügen, bessere Leistungen erhalten können. Beispiele hierfür sind die Betrachtung von Krankenhäusern als Wirtschaftsunternehmen, die Gewinn machen müssen, die Einführung von Studiengängen wie Gesundheitsökonomie beziehungsweise dem Master of Business Administration (MBA), der Einheitliche Bewertungsmaßstab der GKV als Leistungsverzeichnis aller Leistungen niedergelassener Ärzte, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die die Menge der ärztlichen Leistungen, die von Vertragsärzten vergütet erbracht werden dürfen, begrenzt oder die vom Patient:innenstamm abhängigen budgetierten Leistungen (Regelleistungsvolumen). Zudem ergeben sich neue Dynamiken in der Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten, da für die Patient:innen nicht ohne Weiteres ersichtlich ist, ob der Arzt aus ökonomischer oder sorgender Motivation heraus handelt (Bittlingmayer 2016, S. 32). Die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind ein Beispiel für die staatlich reglementierte Möglichkeit, medizinische Leistungen unabhängig von den Krankenkassen privat zu erwerben. Ökonomisierung wirkt sich also nicht nur auf der Ebene der Institutionen aus, sondern hat auch Einfluss auf das Individuum, das sich nun als *Unternehmer seiner selbst* sieht (Hensen 2011, S. 219–220). Die in den USA der 1980er und 90er Jahre weit verbreitete Angst vor Cholesterin ist ein weiteres Beispiel für die Wirkung der Kommerzialisierung von Gesundheit. Durch die Warnungen, dass Cholesterin zu einem erhöhten Risiko für die Koronare Herzkrankheit führe, entstand ein Markt der Primärprävention und somit ein Markt für Gesundheit. Die Menschen auf der Suche nach unaufwändigen Lösungen für ihre Probleme griffen in Supermärkten zu Produkten, die als cholesterinfrei beworben wurden. Den aufwändigeren Weg einer Lebensstiländerung mit mehr Bewegung verfolgten demgegenüber eher Wenige (Kühn 1993, S. 16). Eine ähnliche Rolle wie damals Cholesterin nahm zunächst das Fett (fettfreie Produkte) und nehmen heute die Kohlenhydrate ein, was sich in der Verfügbarkeit von *High-Protein-Produkten* in Supermärkten ausdrückt. Die kapitalistische Betrachtung von Gesundheit eröffnet einen neuen Markt und somit einen Industriezweig, der Produkte vermarktet, die die Gesundheit fördern (sollen). Übergewicht als Erkrankung zu rahmen, erschließt hier eine weitere Konsumentengruppe (Jutel 2009, S. 65). Profiteure dieser Ökonomisierung von

Gesundheit sind Wirtschaftsunternehmen mit Gesundheitsbezug beispielsweise Fitnessstudios, Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln oder Anbieter von Gesundheitskursen im Netz.

Die hier gezeigte Entwicklung von der Entstehung einer Idee von Gesundheit als Norm zu Gesundheit als (Handels-)gut stellt die Grundlage der symbolischen Ordnung des Feldes der Gesundheit dar.

## 2.1.2 Symbolische Ordnung (Normen, Dogmen, soziale Konstruktionen)

Bourdieu verwendet den Symbolbegriff häufig als Gegenstück zu Materialität und eröffnet so eine Dichotomie zwischen der physisch fassbaren Welt oder physisch fassbaren Gütern und anderen, fluideren Elementen. Symbole sind hierbei Teil der Kultur und dienen als Bezugsrahmen für Beschreibungen und geteilte Realitätswahrnehmung (Bauer 2014, S. 159). Für Bourdieu stehen Symbole daher nicht einzeln, sondern sind eingebunden in symbolische Systeme, die „drei Funktionen [erfüllen]: Erkenntnis, Kommunikation und soziale Differenzierung (Fröhlich und Rehbein 2014, S. 228).“ Somit können sie als Distinktionsmerkmal sozialer Gruppen fungieren und Positionen im Feld repräsentieren. Die symbolischen Bedeutungen werden dabei von Akteuren in hohen Feldpositionen geprägt, können in Form symbolischer Gewalt zum Erhalt dieser Positionen dienen (vgl. Kapitel 1.3.3) und stellen insbesondere im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und Stigmatisierung ein wesentliches Element sozialer Ordnung dar. Symbolische Struktur und soziale Ordnung spiegeln sich und verschmelzen in Form von Normen, Dogmen und Klassifikationen zu symbolischer Ordnung. Zum Verständnis der Phänomene Übergewicht und Adipositas trägt die symbolische Ordnung beispielsweise bei, indem durch sie beschrieben werden kann, welche soziokulturellen Mechanismen im Umgang mit körperlicher Devianz wirken. Zunächst ist jedoch die kulturell geprägte und somit sozial konstruierte Klassifikation von Gesundheit und Krankheit zu klären.

### 2.1.2.1 Soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

Der Begriff Krankheit wird zum Teil weit gefasst und ist verschiedentlich geregelt beziehungsweise definiert. Dabei gibt es immer wieder Grenzfälle, die einer diskursiven Einordnung bedürfen. Übergewicht und Adipositas stellen solche Grenzfälle dar. Es ist unklar, ob sie als pathologisch zu verstehen sind oder nicht. Die differierenden Auffassungen können sowohl für unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen als auch für andere Akteure belegt werden. In neueren Ausführungen medizinischer, juristischer und politischer Akteure ist die Zuordnung von Adipositas als Krankheit klar. Dafür spricht die Erfassung als Kategorie in der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD), die aktuelle Rechtsprechung und die Sozialgesetzgebung. Ein

entscheidendes Kriterium für die Einordnung als Erkrankung ist hier die Behandlungsbedürftigkeit (Gottschalk-Mazouz 2011, S. 26).

Der Begriff der Gesundheit entbehrt ebenfalls einer einheitlichen Definition, ist stark kontextabhängig und Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse (Brunnett 2009, S. 66). In einer ersten Annäherung kann Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit bestimmt werden, denn Krankheiten werden medizinisch über die Abweichung von der Norm oder Normalität beschrieben: „Krankheit ist dasjenige, was dem Kranken die Kraft nimmt, was ihm also verbietet, ‚normal zu leben‘ [...] (Boltanski 1976, S. 159).“ Im Umkehrschluss folgt daraus, dass Gesundheit medizinisch mit Normalität gleichzusetzen ist und damit die Normalität die Leitkategorie für medizinische Entscheidungen und Diagnosen bildet. Das zugrundeliegende Bild von Normalität ist dabei ein durch metrische Konzepte, Ziffern, Proportionen definiertes und letztlich auch ein ästhetisches (Jutel 2005, S. 121). Gesundheit und Krankheit werden folglich kontradiktorisch wahrgenommen, obwohl der Übergang zwischen den beiden Polen fließend, individuell und normativ ist. Aktuelle Definitionen versuchen der Dimensionsvielfalt gerecht zu werden, indem sie Gesundheit und Krankheit holistisch und somit multiperspektivisch betrachten (Haverkamp 2018, S. 480). Dabei kann zwischen einem normativem und nicht-normativem Krankheitsbegriff unterschieden werden. Während sich die Definition von normativ auf Krankheit als abgelehnte Devianz im gesellschaftlichen oder im Kontext sozialer Gruppen bezieht, sind im anderen Fall biologische Devianzen vorrangig. Welche Deutung in Bezug auf Adipositas sinnvoll ist, ist unklar. In der einführenden Definition von Adipositas wurde ein praktischer Krankheitsbegriff mit Bezugnahme auf die Behandlungsbedürftigkeit angelegt, der sich aus den Sozialgesetzbüchern (SGB) ableitet (Gottschalk-Mazouz 2011, S. 24–25). Denn im Gesundheitssystem erhält der Krankheitsbegriff zusätzlich eine Legitimierungsfunktion. Um Zugriff auf medizinische Versorgung zu erhalten, Behandlung und Forschung zu finanzieren oder Leistungsausfälle zu rechtfertigen, muss zunächst die Behandlungsbedürftigkeit festgestellt werden. In der Gesamtschau zeichnet sich hierdurch ein zuvorderst kapitalistisch-leistungsorientierte Interpretation von Krankheit ab, die dem Individuum gebietet seine Gesundheit möglichst lange zu erhalten, um möglichst geringe Ausgaben zu verursachen (Seitz und Zwick 2011, S. 269). Präventives im Sinne von gesundheitsförderlichem Handeln kann folglich als somatisch-normativ bezeichnet werden, denn es ist die Verkörperung der Billigung von gesundheitsbezogenen Direktiven (Hahn 2011, S. 37).

Eine weitere Annäherung an den Gesundheitsbegriff könnte über das Habituskonzept erfolgen. Neben der Beeinflussung des Verhaltens bildet Habitus auch die Grundlage für die Wahrnehmung der Welt. Gesundheit wird in Deutschland als hohes Gut der Zivilisation betrachtet, wer also kultivierter Teil der Gesellschaft sein möchte, von dem wird ein gesundheitsbewusster Lebensstil und die entsprechende Selbstdisziplin diesen

umzusetzen erwartet. Fehlen Indikatoren der Rücksichtnahme auf die eigene Gesundheit kann dies mit Ansehensverlust eingegangen. Zudem steht bei erkrankten Menschen stets die implizite Annahme im Raum, dass ihre Erkrankung wenigstens teilweise durch riskantes Gesundheitsverhalten selbstverschuldet ist (Schmidt 2019, S. 227). Demzufolge determiniert der Habitus, was als krank und was als gesund verstanden wird und beeinflusst die Maßnahmen, die ergriffen werden, um den Gesundheitsstatus zu erhalten oder Krankheitsstatus zu ändern (Hahn 2011, S. 42). Ein wichtiges Element des Habitus und somit in der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit ist Sprache, denn sie ermöglicht die Artikulation von Empfindungen, die andernfalls nicht interpersonal geteilt werden können und schafft so eine sozial geteilte Realität (Boltanski 1976, S. 148). Besonders eindrücklich ist die Funktion von Sprache im Kontext von Migration und kulturellen Differenzen. Die organische Verortung psychischer Leiden an spezifischen Körperstellen, wie es bei den deutschen Idiomen *mir ist eine Laus über die Leber gelaufen*, *Herzschmerz* oder *das schlägt mir auf den Magen* zum Ausdruck kommt, hat einen Einfluss auf deren Wahrnehmung. Kulturell bedingt treten hierbei Abweichungen auf. So wird im Türkischen beispielsweise Schrecken durch *meine Gallenblase ist geplatzt* oder Kummer durch *meine Leber brennt* ausgedrückt (Lujic 2008, S. 18). Die Beschreibung des Völlegefühls nach der Einnahme einer reichhaltigen Mahlzeit kann ebenso von der Position im Feld abhängig sein. Derartige Empfindungen müssen allerdings in den historischen und kulturellen Kontext gesetzt werden. Boltanski beschreibt für das Frankreich der 1970er Jahre, dass Vertreter:innen der höheren Positionen das Völlegefühl eher negativ mit einer Konnotation von Krankheit beschreiben, in den niedrigeren Positionen überwiegen hingegen positive Formulierungen (Boltanski 1976, S. 145). Er beschreibt die Unterdrückung von somatischen Missempfindungen als ein Merkmal der unteren Klassen, was zur Folge hat, dass der Eintritt von Erkrankungen als unvermittelt wahrgenommen wird. Demgegenüber beschreibt er die höheren Klassen als sich atypischen Körperempfindungen stärker bewusst, woraus eine Krankheitswahrnehmung folgt, die auf Beständigkeit und Langfristigkeit fußt. Dass der Präventionsgedanke in den höheren Klassen weiterverbreitet und stärker akzeptiert ist, könnte die Konsequenz aus diesen Erfahrungsdiskrepanzen sein (Boltanski 1976, S. 160).

Wie bereits in Kapitel 2.1.1 geschildert wurde bildet die Grundlage des Präventionsgedankens eine Wahrnehmung von Krankheit, die diese nicht als schicksalhaft klassifiziert, sondern als etwas mit dem richtigen (gesundheitsbezogenen) Verhalten Vermeidbares (Hahn 2011, S. 30). Eine weitere Grundlage bietet der Gedanke, man könne aus eigener Kraft alles erreichen, der in Deutschland weit verbreitet ist. Insbesondere gilt dies für die Vertreter der höheren sozialen Positionen (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 90–91). Allerdings ist Selbstverantwortlichkeit die Kehrseite dieser Selbstbestimmung, denn

Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ist nur schwer ohne Selbstverantwortlichkeit bei der Lebensführung zu denken.

„Gesundheit erscheint als Produkt flexibler Selbstregulierung [... und] wird so idealtypisch nicht mehr als ‚Zustand des Körpers‘ verstanden, sondern als weicher, tiefgreifender Prozess, der durch persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen gesteuert werden kann; [...] (Brunnett 2016, S. 213).“

Hieraus folgt, dass gerade Erkrankungen wie Adipositas, die einen engen Zusammenhang mit dem Lebensstil aufweisen, von Personen aus höheren sozialen Positionen tendenziell abfällig bewertet werden. Das Credo lautet, die Betroffenen hätten nicht die Selbstdisziplin, die nötig ist, um Übergewicht zu vermeiden. Nicht-Betroffene glauben, sie selbst seien ebenfalls schon in ähnlicher Lage gewesen (keine Lust auf Sport, Lust auf Süßigkeiten, Traurigkeit, schlechte Erfahrungen im Berufsumfeld...) und hätten sie aus eigener Kraft überwunden. Sie missachten dabei, dass es sich bei dem vermeintlichen Fehlverhalten um ein Symptom der Erkrankung handeln kann. Es ist anzunehmen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung bei Personen mit hohen Positionen im Feld in der Regel ausgeprägter ist, weil ihr Einfluss auf die Geschehnisse im Feld tatsächlich meist größer ist. Der Zusammenhang zwischen niedriger sozialer Lage und gesundheitsbelastendem Lebensstil wird häufiger in problematisierender Form dargestellt als der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheitsverhalten (Hahn 2011, S. 45–46). Trotzdem gibt es empirische Belege für eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung bei Mädchen gegenüber Jungen. Mädchen erfahren in der Pubertät Kontrollverluste in Bezug auf ihren Körper (vgl. Roth 2002, S. 160), wobei auch Jungen ihren Körper in der Pubertät nur schlecht kontrollieren können, was sie weniger zu belasten scheint als Mädchen und somit als weiterer Beleg für die oben genannte These gelten kann. Eine stärkere Selbstwirksamkeitswahrnehmung geht mit einer größeren Verpflichtung zum Erhalt der eigenen Gesundheit einher (Brunnett 2016, S. 212–213). Das gesellschaftlich geformte Bild von männlich und weiblich wirkt sich auf viele Krankheitsprävalenzen aus. Grundsätzlich weisen Männer eine höhere Morbidität und Mortalität auf. Eine plausible Begründung für dieses Phänomen ist das unterschiedliche Gesundheitsverhalten und die Gesundheitswahrnehmung der Geschlechter. Bereits ab der Pubertät handeln männliche Personen weniger gesundheitsbewusst und haben höhere Verletzungsrisiken (Erhart et al. 2008, S. 337–338). Die Bereitschaft zur Selbstoptimierung der eigenen Gesundheit ist in mittleren Feldpositionen besonders groß (Brunnett 2016, S. 215). Dies ist vor dem Hintergrund der bourdieuschen Feldtheorie zu erwarten, denn die Personen mit dem meisten Kapital geben die Richtung und die Denkweise vor, während die mittleren Positionen des Feldes im Streben nach einer höheren sozialen Stellung besonders gewillt sind, sich den Vorgaben anzupassen und Personen in niedrigeren Positionen sich stärker abgrenzen. Letztere haben dementsprechend nicht nur ein höheres Risiko zu erkranken, sondern auch Ziel von abfälligen Äußerungen und Stigmatisierung zu werden (Bauer et al. 2008, S. 20). Im Sinne einer sich selbst erfüllenden

Prophezeiung fühlen sich Menschen mit höherer Stellung durch die vermeintlichen Verfehlungen der Menschen in unteren Feldpositionen in ihrer Geringschätzung bestätigt (Brunnett 2016, S. 216).

Die ideengeschichtliche Annäherung an Gesundheit und Krankheit zeigte, dass den Prämissen einer ökonomiedominierten Gesellschaft folgend, auch Gesundheit eine Ware darstellt (vgl. Kapitel 2.1.1). Das Individuum ist angehalten den bestmöglichen Gesundheitszustand herbeizuführen, um die Leistungsfähigkeit zu steigern oder zu erhalten. Non-konformes Handeln wird sozial sanktioniert, gesundheitsbewusstes Handeln ist in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Schlaf und Psychohygiene hingegen obligatorisch. Gemäß der Ideologie des Neoliberalismus wird die staatliche Regulation hierbei auf ein Minimum reduziert und die Verantwortung auf die Individuen übertragen. Gänzlich außer Acht gelassen werden hierbei Determinanten, die außerhalb des Handlungsspielraums der Einzelnen liegen: das soziale Umfeld, die Wohnumgebung, Umweltfaktoren oder Zufall sind nur ein kleiner Ausschnitt mit weitreichenden Folgen (Schmidt 2019, S. 228). Geschichten von Menschen, die etliche Kilos abgenommen haben, weisen strukturelle Ähnlichkeiten mit Tellerwäscher-zum-Millionär-Geschichten auf, wobei das gewonnene Kapital nicht ökonomisch, sondern symbolisch ist. So kann die Hinwendung zur Patient:innenautonomie und Ökonomisierung von Gesundheit sowie die Topoi der Vermeidbarkeit von Erkrankungen und tugendhaften Selbstdisziplin problematisch sein, denn hierdurch entsteht eine Verantwortungsverschiebung für die Erhaltung der Gesundheit von gesellschaftlich-institutioneller Ebene auf die Individualebene. Problematisch bei dieser Entwicklung ist, dass Hemmnisse, die sich aus den sozialen Strukturen ergeben, nun nicht auf struktureller Ebene gelöst werden sollen, sondern durch die Einzelnen (Hensen 2011, S. 220–221). Ist disziplinierte Vorsorge Garant für den Erhalt des gesunden Körpers, werden somatische Erkrankungen als Ausdruck der Willensschwäche betrachtet (Schroer und Wilde 2016, S. 261). Daraus folgt, dass auch die Erkrankten selbst die Schuld an ihrer Erkrankung zunächst bei sich verorten, selbst dann, wenn ihr Gesundheitsverhalten keinen Einfluss auf ihre Erkrankung hatte (Hahn 2011, S. 48). Dies kann insbesondere im Jugendalter zu psychischen Komorbiditäten führen, die den Heilungsprozess behindern. Vor dem Hintergrund der nicht normenfreien wissenschaftlichen Forschung und unter Berücksichtigung der anzunehmenden sozialen Position Forschender, ist auffällig, dass vor allem die erhöhten Prävalenzen von Adipositas in den niederen sozialen Positionen häufig durch schädliches beziehungsweise schädigendes Gesundheitsverhalten erklärt werden. Dies kann als stigmatisierend gewertet werden und es muss mit großem Bedacht argumentiert werden, um nicht den Eindruck zu vermitteln, die Betroffenen wären für ihre Erkrankung allein verantwortlich. Wie sehr dem Individuum die Verantwortung für seine eigene Gesundheit zugesprochen wird, unterscheidet sich von Gesellschaft zu Gesellschaft (Cockerham 2013, S. 131). Die



Erwartungen in Deutschland bezüglich Gesundheitskompetenz und Selbstdisziplin an die Einzelnen sind hoch und werden nur von wenigen erfüllt (Schmidt 2019, S. 230). Nicht immer geht dies mit sozialen Sanktionen einher. Solange der Körper äußerlich gesund aussieht und keine Leistungseinschränkungen bestehen, wird als gesundheitsschädigend wahrgenommenes Verhalten toleriert. Dies liegt in der Erwartungshaltung begründet, dass das gesundheitsbezogene Verhalten inkorporiert ist und somit Auswirkungen hat, die optisch wahrnehmbar sind. Perfide ist dabei die Darstellung eines unidirektionalen Zusammenhangs zwischen Eukolie und Gesundheit. Diese unterschlägt nicht nur die naheliegende Schlussfolgerung, dass der Gemütszustand gesunder Menschen häufig positiver sein dürfte als derjenige kranker, sie impliziert zudem eine vollumfassende Kontrolle über Emotionen, die in der Realität nicht gegeben ist (Schmidt 2019, S. 228–229).

Im Kontext der Gesundheitsversorgung ist festzustellen, dass Public Health Maßnahmen nicht widerspiegeln, dass die individuelle Handlungsfreiheit und Verantwortung für Gesundheit beziehungsweise gesundheitsbezogene Entscheidungen durch das Feld, den Habitus sowie durch das zur Verfügung stehende Kapital determiniert werden (Eichhorn und Nagel 2010, S. 14). Die Verschiebung der Verantwortung vom Sozialstaat, der für grundlegende menschliche Bedürfnisse zuständig ist, hin zum Individuum, das durch seinen Lebensstil, sein Handeln und seine Health Literacy seinen Gesundheitszustand selbst in der Hand hat, hat zudem weitreichende Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Krankheit und den reziproken Wert bestimmten Kapitals. Der Ansatz in Public Health Maßnahmen stärker die Individualebene zu fokussieren, geht mit einer starken Aufwertung der Gesundheit vom Instrument zum Kapital einher, was gelegentlich unter dem Terminus Helthismus gefasst wird (Schorb 2015, S. 260). Je nach Position im Feld nimmt der Healthismus unterschiedliche Formen an. Während soziale Gruppen mit wenig Kapital dazu aufgefordert werden, ihre Gesundheit durch Enthaltensamkeit und Disziplin zu verbessern, können Personen mit ausreichend verfügbarem Kapital auf das gesamte Angebotsspektrum der Gesundheitsindustrie zurückgreifen (Schorb 2015, S. 262–263). Darüber hinaus werden Diversität und soziale Ungleichheit von Verhaltensprävention nicht ausreichend berücksichtigt (Schmidt 2019, S. 230). Zusätzlich führt die Spezialisierung der Medizin auf organbezogene Schwerpunkte vorübergehend zu einer Vernachlässigung von Diversitätssensibilität (kulturell, sozial, schulisch, familiär) (Thyen 2010, S. 221). Das biomedizinische Modell<sup>18</sup> bildet bis

---

<sup>18</sup> Der Begriff Biomedizin wurde in den 1970er von der US-amerikanischen Anthropologie aus den mathematisch-technischen Fächern entlehnt (Bruchhausen 2010, S. 499). Gegenwärtig wird der Begriff in der Medizinsoziologie für eine methodisch naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin verwendet (Bruchhausen 2010, S. 515). Biomedizin soll hier statt den wertenden Begriffen Schulmedizin oder Allopathie (vgl. Jütte 1996) als neutraler Gegenbegriff zu Alternativ- und Komplementärmedizin dienen.

heute die Grundlage für die meisten medizinischen Erklärungs- und Therapieansätze. Grundlegender Gedanke ist, dass „Krankheit“ als etwas definiert wird, das im Körper geschieht und eine Abweichung von der Norm verursacht. Patient:innen als Personen spielen in diesem Modell als Träger der Erkrankung nur eine untergeordnete Rolle. Statt Menschen ganzheitlich zu betrachten, werden sie in einzelne Elemente zerlegt, wobei der Detaillierungsgrad immer weiter zunimmt. Erst in der jüngeren Vergangenheit werden wieder größere Kontexte in den Blick genommen und auch soziale Faktoren berücksichtigt. (Richter und Hurrelmann 2016, S. 8–9). Die Vorstellung, Körper unabhängig von der Person betrachten zu können, spiegelt ein tief verwurzeltes kartesisches Weltbild wider, denn die von Richter und Hurrelmann benannte Trennung zwischen Körper und Person ist letztlich nichts anderes als eine Trennung zwischen Körper und Geist. Bestrebungen diese aufzuheben, begannen zunächst nicht in der Biomedizin, sondern in den alternativen Angeboten beispielsweise der Heilpraktiker, die traditionell eine eher holistische Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit vertreten. Die beginnende Abwendung von der Biomedizin als alleinigem Erklärungsansatz wird auch in den Forderungen nach evidenzbasierter Medizin deutlich (Richter und Hurrelmann 2016, S. 10–11). Neben der zunehmenden Evidenzbasierung zeigt auch die Entwicklung des biopsychosozialen Krankheitsmodells Ende der 70er Jahre eine Abwendung von der reinen Biomedizin des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts. Trotz der fast fünf Jahrzehnte seit seiner Einführung, hat das biopsychosoziale Modell noch nicht alle Bereiche der Medizin insbesondere der medizinischen Forschung durchdrungen. Ein weiterer Schritt zur Betrachtung des Gesundheitskontextes war in den 80er Jahren die vom Soziologen Aaron Antonovsky eingeführte Salutogenese als Konterpart zur Pathogenese (Richter und Hurrelmann 2016, S. 11). Antonovskys Ziel bei der Einführung der Salutogenese war, den Fokus statt auf den Ursprung eines Mangels (Morbidität) auf die Bewahrung eines Kapitals (Gesundheit) zu richten und sich von der Dichotomie gesund/krank zu lösen, um einen breiteren Definitionsbereich zu schaffen. Neben rein biologisch-physisch messbaren Merkmalen bezieht er auch psycho-soziale Faktoren wie das Kohärenzgefühl<sup>19</sup> ein. Dies schafft ein ganzheitliches Bild von Gesundheit im Gegensatz zur bloßen Abgrenzung zu Krankheit (Brunnett 2016, S. 212–213). Folgt man dem Ansinnen der Salutogenese konsequent, ergibt sich daraus die Implikation, Krankheit als Norm und Gesundheit als Abweichung zu betrachten. Das Forschungsinteresse würde somit ebenfalls seine Perspektive verändern und statt den Ursachen von Krankheit die Ursachen von Gesundheit erforschen. Allerdings folgt selbst Antonovsky dieser Idee nicht stringent, denn er fokussiert Coping, das Kapital, das zur

---

<sup>19</sup> Das Kohärenzgefühl wird sozialisiert und setzt sich aus drei Elementen zusammen: Vertrauen in prognostizierbare, erkennbare und nachvollziehbare Muster der eigenen Umwelt; Selbstwirksamkeitserwartung; das Gefühl existenziellen Sinns. Empirische Belege für die Kohärenzgefühl-These sind allerdings rar (Erhart et al. 2008, S. 348).

Krankheitsbewältigung dienen kann (Hartung 2011, S. 237–238). Daraus lässt sich schließen, dass für angemessene Maßnahmen, unabhängig davon, ob präventiv, kurativ oder rehabilitativ Kontextfaktoren ermittelt werden müssen, um die Wechselwirkung zwischen Umfeld und Akteur berücksichtigen zu können (Sperlich 2016, S. 46; Bittlingmayer 2016, S. 25). Dies harmoniert mit der bourdieuschen Sichtweise, dass Akteure innerhalb einer Struktur in deren Zwänge eingebunden sind und dass der gruppenspezifische Habitus das Handeln prägt, und unterstreicht die These *niemand ist allein krank* (Schlippe et al. 2005).

Zusammenfassend betrachtet, ist das Verständnis von Gesundheit, deren Bedeutung und letztendlich deren Definition hochgradig kulturell geprägt. Somit ist die Vorstellung von gesund und nicht-gesund, krank und nicht-krank geradezu ein Lehrbuchbeispiel für inkorporiertes kulturelles Kapital und den damit einhergehenden Habitus (Bourdieu 2018a, S. 278). Wenn die Verantwortung für die eigene Gesundheit in erster Linie beim Individuum liegt, hat dieses auch eine gewisse gesellschaftliche Verpflichtung, die eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen. Dies ist durch Gesundheitsverhalten, Gesundheitshandeln oder Gesundheitskompetenz möglich, die wiederum Teil des Lebensstils beziehungsweise Habitus sind. Hierbei ist zu beachten, dass nicht Gesundheit an sich zum Habitus wird, sondern die Form der Schaffung und Erhaltung von Gesundheit. Veranschaulicht werden kann dies anhand eines Beispiels: In einer Gesellschaft, in der in ausreichendem Maße Nahrungsmittel vorhanden sind, geht essen über die bloße Nahrungsaufnahme zur Befriedigung eines existenziellen Bedürfnisses hinaus. Was gegessen und wie gegessen wird, ist Teil des Habitus, nicht jedoch die Nahrungsaufnahme an sich, die in der Biologie begründet ist. Ähnlich scheint es sich mit Gesundheit zu verhalten. Konsumiert wird zwar unter dem Label der Gesundheit, allerdings nicht die Gesundheit selbst, wobei diese Unterscheidung für die Konsumierenden in der Regel keine Rolle spielt und nicht reflektiert wird. Stattdessen werden wie selbstverständlich Konsumgüter und Verhaltensweisen der Dichotomie zwischen gesund und nicht-gesund untergeordnet. Betrachtet man dies konsequent durch die Schablone der Überlegungen Bourdieus, wird klar, dass hieraus zwingend eine Benachteiligung für diejenigen entstehen muss, die über weniger Kapital verfügen. Denn im Feld der Gesundheit bestimmen wie in jedem anderen Feld die Einflussreichen, also diejenigen, die mit vielen Ressourcen ausgestattet sind, welche Regeln gelten und definieren somit richtig und falsch beziehungsweise gesund und nicht-gesund. Dies geschieht unter Umständen zum Schaden der kapitalbezogen benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die unterrepräsentiert sind und denen eine eigene Stimme fehlt. Hinzu kommt, dass nur wer über das nötige Kapital verfügt, es sich leisten kann, nicht nur das grundlegende Bedürfnis von Gesundheit im Sinne der bloßen Abwesenheit von Krankheit zu befriedigen, sondern auch im Sinne der Definition der WHO ein ganzheitliches Wohlbefinden anzustreben (WHO 1986).

Ein Teil der Deutungshoheit obliegt – auch dies hat das Feld der Gesundheit mit einigen anderen Feldern gemeinsam – denjenigen mit hohem kulturellem Kapital insbesondere Akteuren der Wissenschaft. Die kulturelle Prägung des Verständnisses für Gesundheit gilt selbstverständlich auch hier. Wissenschaftsakteure thematisieren selten, dass Gesundheit nicht objektiv im Sinne wissenschaftlicher Standards messbar sein könnte, oder reflektieren die eigenen normativen Grundsätze (Eberding und Schlippe 2005, S. 372). Dennoch werden die Kapitalverteilung und deren Folgen unter der Bezeichnung *soziale Ungleichheit* in vielen Wissenschaftsdisziplinen ausführlich diskutiert.

### 2.1.2.2 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Soziale Ungleichheit beschreibt zunächst ein gesellschaftliches Phänomen, das sich durch ungleiche Kapitalverteilung bei Personen mit unterschiedlichen Merkmalen ergibt. Bourdieu nutzt zur Beschreibung dieser Personengruppen den Terminus *Klasse*. Empirie geleitet unterteilt er die Klassen in die *herrschende Klasse*, das *Kleinbürgertum* und die *Klasse der Beherrschten*. Alle drei Klassen unterscheiden sich in ihrem klassenspezifischen Habitus, den Bourdieu den *legitimen Lebensstil* (herrschende Klasse), den *mittleren oder präventösen Lebensstil* (Kleinbürgertums) sowie den *populären Geschmack* (Klasse der Beherrschten) nennt. Klassen werden gemäß Bourdieu durch die Anteile geografischer, ethnischer und geschlechtlicher Parameter konstituiert. Für den Bestand der Klassen ist es relevant, dass sich diese Gruppen aktiv voneinander abgrenzen, in der Regel vorrangig gegenüber den jeweils unteren Klassen. Soziale Migration ist für Bourdieu vor allem ein Merkmal des Kleinbürgertums (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 31–35). In den 80er Jahren lösten sich die Forschenden zunehmend von der Vorstellung einer invariablen, hierarchischen Gruppenzugehörigkeit und wandten sich hin zu einer flexibleren. Der Begriff Klasse wird in der Folge als Ausdruck überkommener Theorien betrachtet und vom Konzept der sozialen Schicht abgelöst, welches als Systematisierung für die verschiedenen Elemente sozialer Ungleichheit verstanden werden kann. Eine allgemeingültige Definition gibt es zwar nicht, jedoch haben alle Definitionen gemein, dass sie Akteursgruppen ermitteln, deren Lebenschancen aufgrund ähnlicher Voraussetzungen (Ressourcen beziehungsweise Kapital) vergleichbar sind. Hierbei spielt vor allem die meritokratische Triade eine wesentliche Rolle, die die vertikale Einordnung in Statusgruppen ermöglicht. Möchte man vom Status auf die Schicht schließen, sind weitere Faktoren wie beispielsweise der Habitus relevant. Der entscheidende Unterschied zwischen Status und Schicht ist, dass Status sich auf den Akteur und dessen Position im Feld bezieht, während Schicht analog die Gliederung des Feldes im Gesamten vornimmt. „Soziale Schichtung verweist dementsprechend auf die vertikale Dimension sozialer Ungleichheit, die sich in den Prozessen sozialen Wandels stärker widersetzt als andere Formen sozialer Ungleichheit (Richter 2005, S. 22–23).“ Allerdings kann eingewendet werden, dass Konzepte, die sich an der sozialen Schicht orientieren,

soziale Ungleichheit im gesundheitlichen Kontext nicht ausreichend abbilden. Sie erfassen erstens nicht alle Dimensionen des Problems, sie sind zweitens nur in der Lage ein bekanntes Phänomen zu beschreiben, nicht dieses zu erklären, drittens sind sie nicht ausreichend sensibel gegenüber kulturellen Disparitäten, da diese nicht erfasst werden (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 9–10). Die vertikale Schichtzugehörigkeit als Ausdruck einer hierarchischen Ordnung wird daher in der Folge von Begriffen abgelöst, die eine laterale Struktur ausdrücken sollen. Im deutschen Raum wird derzeit auf horizontaler Ebene zwischen sozialen Lagen differenziert. In den soziologischen Fachdiskursen der letzten Jahrzehnte kann beobachtet werden, dass auch die grundsätzliche Vorstellung einer Klassengesellschaft unabhängig vom genutzten Begriff (Klassen, Schichten, Lagen, Milieus)<sup>20</sup> in Frage gestellt wird (Kieserling 2008, S. 3). Bourdieu ist wie oben beschrieben klar kein Vertreter dieses Trends, er arbeitet mit Positionen im Feld, die sowohl horizontal als auch vertikal voneinander unterschieden werden können. Personen befinden sich aufgrund ähnlicher Kapitalausstattung auf nahegelegenen Positionen und bilden somit soziale Gruppen. Soziale Gruppen können anhand ihrer Position im Feld, die durch ihre Kapitalausstattung bedingt ist, unterschieden werden. Diese Kollektive sind also per definitionem ungleich, was zu unterschiedlichen Lebensbedingungen mit beispielsweise ungleichen Gesundheitschancen und -risiken führen kann (Bauer et al. 2008, S. 25–29). Um Unterschiede zwischen sozialen Gruppen deutlich zu machen, gehen strukturalistische Ansätze häufig von homogenen sozialen Gruppen aus, in denen die Elemente der jeweiligen Gruppe ähnlich handeln. Dabei werden die Unterschiede zwischen den Handelnden und deren Konsequenzen vernachlässigt (Crammond und Carey 2017, S. 86). Diese Einschränkung gilt für die statistische Datenanalyse analog, denn auch hier können keine Aussagen über Einzelne getroffen werden. Bourdieus Ansatz ist somit eine geeignete Grundlage für eine quantitative Herangehensweise, allerdings ist einschränkend zu berücksichtigen, dass hierdurch ein Fokus gesetzt wird, der limitierend ist. Entscheidend für die Interpretation statistischer Kennzahlen zu sozialer Ungleichheit ist, dass die Position im Feld nicht geeignet ist, Ungleichheit zu erklären. Sie ist nicht die Ursache, sondern vielmehr die Folge der Tradierung ungleich verteilten Kapitals und Habitus (Rehbein et al. 2015, S. 15). Wird außerdem für die Abbildung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Position im Feld der SES verwendet, geschieht dieses üblicherweise mittels eines Index. Hierbei werden die Variablen der meritokratischen Triade in Skalen gebracht, deren Werte gegebenenfalls gewichtet und summiert werden. So ergibt sich ein Gesamtwert für die Feldposition. Dieses Vorgehen ist jedoch mit Einschränkungen verbunden, denn es geht davon aus,

---

<sup>20</sup> Alle in der Klammer genannten Termini stehen in einer langen Forschungstradition (vgl. bspw. Hofreuter-Gätgens 2015). Eine umfassende Darstellung der jeweiligen Vor- und Nachteile der Begriffe ist in dieser Arbeit unnötig, da soziale und gesundheitliche Ungleichheit als ungleiche Kapitalverteilung und somit unterschiedliche Positionen im Feld benannt werden kann.

dass zum einen die in den Index einfließenden Variablen gleichgerichtet (nur positiv oder nur negativ) mit dem Ergebnisparameter korrelieren und zum anderen niedrige Ausprägungen durch hohe ausgeglichen werden können. Diese Voraussetzungen sind nicht immer gegeben (Geyer 2008, S. 132–135). Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll einen Ansatz zu verfolgen, der die Einflussfaktoren einzeln betrachtet, die möglichen Zusammenhänge reflektiert und Erklärungsansätze liefert.

Eine Möglichkeit der systematischen Betrachtung verschiedener Ebenen der Ungleichheit sind die Diversitätsdimensionen nach Gardenswartz und Rowe (1998), die sowohl sogenannte innere als auch äußere und organisationale Merkmale formulieren. Die besondere Berücksichtigung organisationaler Dimensionen ist dem praxisorientierten Ziel, Diversität innerhalb des betrieblichen Personalwesens nutzbar zu machen, geschuldet. Allerdings findet die Darstellung auch im wissenschaftlichen Kontext Verwendung (vgl. beispielsweise Brzoska und Razum 2017; Langbrandtner et al. 2018; Aksakal et al. 2018), da sie die häufige Engfassung sozialer Ungleichheit durch die Konzentration der Distributionsvarianz auf erwerb- und tauschbares Kapital behebt (Richter 2005, S. 18–19). Denn es ist unstrittig, dass auch horizontale Ungleichheitsfaktoren wie Geschlecht, Alter oder Hautfarbe in der Ungleichheitsforschung berücksichtigt werden müssen. Die Feldposition und somit die strukturellen Bedingungen können durch alle oder eine Teilmenge der in Abbildung 7 dargestellten Dimensionen bestimmt werden. Die Optionen zur persönlichen Einflussnahme sinken in der Darstellung von links nach rechts. Innere Dimensionen sind nicht oder nur in verschwindend geringem Maße beeinflussbar (Gardenswartz und Rowe 1998, S. 25).

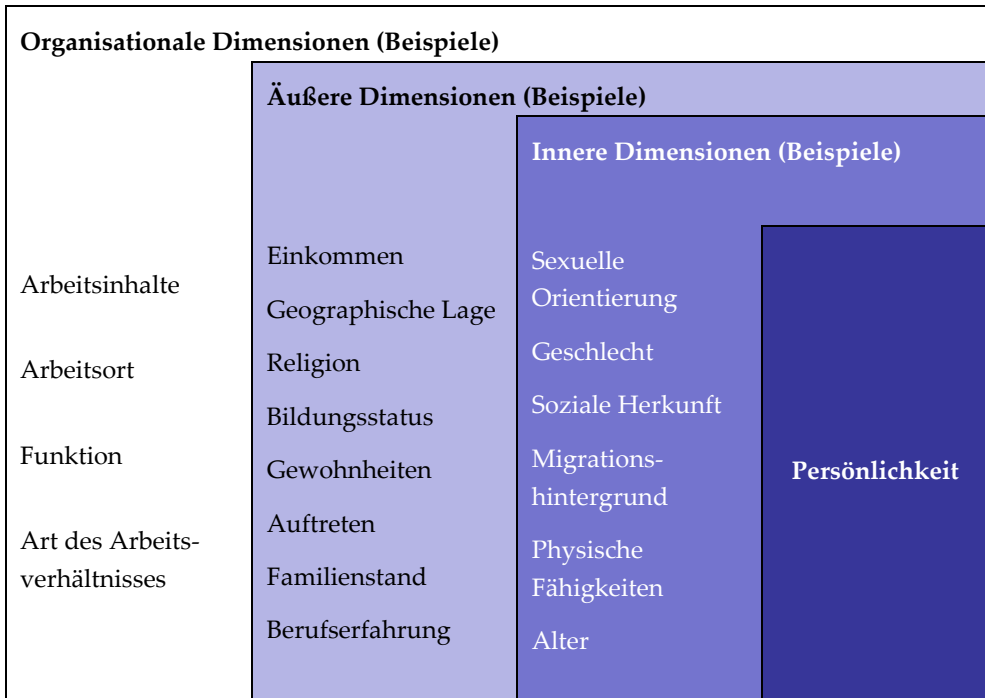


Abbildung 7: Dimensionen von Diversität (eigene Darstellung nach Brzoska und Razum 2017, S. 300)

Es ist bekannt und vielfach statistisch belegt, dass Morbidität und Mortalität von den sozialen Verhältnissen der Betroffenen abhängig sind. Beispiele hierfür sind Lebenserwartung, Multimorbidität und Krankheitsverlauf (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 4). Diese auf sozialer Ungleichheit beruhenden Disparitäten in Bezug auf Gesundheit, werden üblicherweise mit gesundheitlicher Ungleichheit beschrieben (Bauer 2009, S. 400; Hensen 2011, S. 216; Hartung 2014, S. 25; Crammond und Carey 2017, S. 85). Untersuchungen zum Verhältnis von sozialer Ungleichheit und Gesundheit werden schon seit mindestens dreißig Jahren durchgeführt. In der Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit spielen neben quantifizierbaren Variablen (Mortalität, Morbidität) auch die Betroffenenperspektiven eine Rolle (gesundheitsbezogene Lebensqualität, gesundheitliche Selbsteinschätzung) (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 6–7). Verschiedentlich konnten Zusammenhänge zwischen Einkommen, Beruf sowie Bildung der Eltern und der psychischen sowie physischen Morbidität von Kindern und Jugendlichen statistisch nachgewiesen werden (Hartung 2014, S. 32). Darüber hinaus hat ein körperlich und psychisch belastendes Umfeld Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. So müssen Menschen mit geringem Gehalt häufiger körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten ausüben und leben in Wohngebieten mit Belastungen wie Lärm, Gestank und Abgasen (Haverkamp 2018, S. 489). Zudem ist empirisch belegbar, dass das Wohnumfeld einen Einfluss auf die Verfügbarkeit von Lebensmitteln haben

kann (Latawitz et al. 2019). Wie oben beschrieben, bedeutet soziale Ungleichheit auch ungleiche Lebenschancen. Menschen mit niedrigem Bildungsniveau verdienen durchschnittlich weniger Geld, die beruflichen Tätigkeiten sind physisch belastender und bei Arbeitsplatzverlust kann die Wiedereingliederung in das Berufsleben langwieriger verlaufen. Diese Faktoren wirken sich auf die Gesundheit aus. Geringeres Einkommen bedeutet weniger Mittel für Gesundheit und kurative Maßnahmen zur Verfügung zu haben, starke körperliche Belastung am Arbeitsplatz führt zu einem höheren Risiko für Verschleißerkrankungen und Langzeitarbeitslosigkeit geht mit höheren Prävalenzen psychosomatischer Erkrankungen einher (Erhart et al. 2008, S. 341). Bis auf wenige Ausnahmen (beispielsweise Allergien) benachteiligt gesundheitliche Ungleichheit Menschen mit niedrigen Feldpositionen (Elvers et al. 2004).

Der Habitus in seiner Bindegliedfunktion zwischen Individuum und Struktur ist für die Beschreibung der Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit bedeutsam, denn es ist empirisch gut belegt, dass zwischen strukturellen (beispielsweise Wohnumfeld oder Arbeitsbedingungen) und persönlichen (beispielsweise Gesundheitsverhalten oder chronische Erkrankungen) Effekten unterschieden werden muss. Wichtig bei der Interpretation der Ergebnisse ist, dass ein Teil der persönlichen Effekte durch strukturelle bedingt ist (Giesecke und Müters 2009, S. 355). Ohne Beschreibung gesellschaftlicher Strukturen kann gesundheitliche Ungleichheit kaum analysiert werden (Bittlingmayer 2016, S. 36), denn die Metaebene hilft bei der Einordnung. Mit Hilfe von Bourdieus Konzepten ist erklärlich, warum sich soziale Distinktionsmerkmale auf die Handlungen der Akteure auswirken. Dabei kann sowohl die Zuordnung zu einem bestimmten Kollektiv als auch die Position im Feld eine Rolle spielen und die Erkenntnisse gelten für Gesundheitsverhalten analog. Empirisch nachweisbar sind hier vor allem Differenzen innerhalb sozialer Hierarchien, wobei sich die bewusste oder unbewusste Abgrenzung zwischen den sozialen Gruppen mit unterschiedlicher Stellung im Feld im Habitus und somit im Geschmack und in den Handlungen ausdrückt. Allerdings spielen auch horizontale Faktoren wie beispielsweise das Geschlecht eine Rolle, bei denen nicht offensichtlich ist, welche Strukturen wirken (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 92–95). Einen Perspektivwechsel stellt demgegenüber die Betrachtung von Gesundheit als Kapital dar. Gesundheit ist innerhalb der Gesellschaft und deren Felder ungleich verteilt. Sie ist ein Kapital, das wie alle anderen Formen des Kapitals soziale Ungleichheit reproduziert (Brunnett 2009, S. 69). Damit ist gemeint, dass nicht nur das für Gesundheit relevante Kapital akkumuliert. Gesundheitskapital ist „eine ‚soziale Energie‘, die der expansiven Dynamik des Mehrwerts innewohnt. Die Energie hat den Effekt, soziale Ungleichheiten zu reproduzieren und zu verschärfen (Brunnett 2009, S. 70).“ Insbesondere der Einfluss kulturellen und ökonomischen Kapitals erstreckt sich auf weite Teile des Gesundheitssystems. Neben dem sozialen Umfeld sind sie häufig genannten Faktoren sozialer Ungleichheit, beeinflussen die Prävalenz von juveniler Adipositas und somit nicht nur



die Wahrscheinlichkeit an Adipositas zu erkranken, sondern auch an weiteren Erkrankungen, und wirken auf die gesundheitliche Versorgung im Allgemeinen. Die Betroffenen können Vorurteile und soziale Ächtung erleben. Soziale Ungleichheit verschärft somit durch ihre weitreichenden Konsequenzen nicht nur die Risiken, sie kann auch den Effekt präventiver und kurativer Maßnahmen vermindern und die Versorgungseffizienz einschränken. Das Leben in prekären Verhältnissen kann negative Folgen haben, die über die öko-nomischen Aspekte hinausgehen. Wie schwerwiegend die Konsequenzen sind, ist unter anderem von Schutzfaktoren wie der Resilienz abhängig (Haverkamp 2018, S. 482; Thyen 2010, S. 233). Neben dem ökonomischen Kapital konserviert auch das kulturelle Kapital die bestehende Feldpositionierung. Bereits in der Schule wirken Selektionsprozesse, die Personen mit niedriger Stellung im Feld benachteiligen, obwohl die Aufgabe von Bildungseinrichtungen die Verminderung sozialer Ungleichheit ist. Tatsächlich werden wie oben bereits beschrieben Lehrplan und Inhalte von Akteuren mit Einfluss bestimmt, sie reflektieren somit deren Geschmack, Normen und Werte, während der Habitus der Personen mit niedrigerer Feldposition unberücksichtigt bleibt (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 8). Eine neutrale Bewertung von Leistungen ist nicht möglich, die Bewertung ist Ausdruck sozialer Ordnung und nicht Instrument eines objektiven Leistungsvergleichs. Das Kapital der Eltern bestimmt folglich sowohl die Noten als auch die Wahl der Schulart sowie die Entscheidung, welcher Weg nach dem Schulabschluss eingeschlagen wird (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 47). Schließlich reproduziert auch Sozialkapital soziale Ungleichheit, denn der Zugang zu fruchtbaren, kapitalreichen Beziehungen steht nicht jedem offen. Insbesondere bei sozialem Kapital in institutionalisierter Form, ist der Zugang für Personen mit niedrigem Status weitestgehend ausgeschlossen (Uphoff et al. 2013, S. 2). Eine besondere Bedeutung bei der Tradierung sozialer Ungleichheit misst Bourdieu abseits der grundlegenden Kapitalsorten dem Körper als Träger des Habitus zu.

Regressionsmodelle zeigen empirisch, dass ein nennenswerter Anteil der Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit durch strukturelle Faktoren erklärt werden kann (Giesecke und Müters 2009, S. 363). Allerdings können Einflüsse gesundheitlicher Ungleichheit auf Mikro, Meso- und Makroebene empirisch nachgewiesen werden (Ottova und Richter 2008, S. 263). Dabei haben die Betrachtungsebenen unterschiedliche Schwerpunkte. Ansätze der Makroebene beschäftigen sich vor allem mit den *materiell-strukturell* (ökonomischen Einflussfaktoren) bedingten Ungleichheiten. Im Fokus stehen durch Ungleichverteilung ökonomischer Ressourcen ausgelöste systemimmanente Differenzen, wie Arbeitsbedingungen, Wohnumfeld und zusätzliche Belastungsfaktoren. Die Infrastruktur von Orten, an denen viele Menschen mit geringem Kapital zusammenleben, ist regelmäßig deutlich schlechter als in anderen Regionen. Dies beeinflusst die Morbidität und Mortalität bestimmter Regionen (Siegrist et al. 2009, S. 170; Latawitz et al. 2019). Neben lebenslaufspezifischen Unterschieden sind auch

regionale Disparitäten für Bundesländer, Ost-West und Wohnregion zu verzeichnen. Gesundheitlich schlechter gestellt sind der Norden Deutschlands im Vergleich zum Süden und der Osten Deutschlands im Vergleich zum Westen. Materiell-strukturelle Faktoren der Ungleichheit können zudem in *compositional effects* (Effekte der Bevölkerungsstruktur, beispielsweise Armut), *contextual effects* (Effekte der Merkmale einer Region, beispielsweise Luftverschmutzung, gesundheitliche Versorgung) und *Selektion* (Effekte von Migrationsprozessen, beispielsweise Umzug von Gesunden in kontextuell privilegierte Stadtbezirke) unterschieden werden (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 75–77). Lebensbedingungen wie beispielsweise das Wohn- oder Arbeitsumfeld haben einen großen Einfluss auf den Lebensstil. Außerdem wirken sie sich auf die Effektivität eines gesunden Lebensstils aus. Gibt es im Wohnumfeld beispielsweise eine hohe Belastung durch Abgase, wenige Möglichkeiten gesunde Lebensmittel zu kaufen oder schlechten Zugang zu medizinischer Versorgung, kann die Morbiditäts- und Mortalitätsprävalenz trotz eines gesunden Lebensstils höher sein als in Vergleichsgruppen in einem gesünderen Wohnumfeld (Cockerham 2013, S. 145). Ein weiteres ungleich verteiltes Element mit Einfluss auf die Gesundheit sind öffentliche Naherholungsflächen. Grundsätzlich gibt es in Deutschland mit 15 % der Siedlungsfläche Raum, der zur Erholung genutzt werden kann (RKI 2020h, S. 2). Qualität und Sicherheit ist bei dieser Angabe jedoch nicht berücksichtigt. Es ist denkbar, dass in Großstädten einige der Plätze aufgrund von Sicherheitsbedenken oder mangelnder Hygiene nicht genutzt werden. Nicht nur das jeweils aktuelle Wohnumfeld, sondern auch soziale Migration in Verbindung mit geografischen Veränderungen können die Gesundheit im Lebenslauf beeinflussen.

Auf der Mikro- und Mesoebene dienen *psychosoziale* Ansätze (psychosoziale Einflussfaktoren) zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit. Diese legen die These zugrunde, dass psychosoziale Aspekte eine verstärkende Wirkung gesundheitsgefährdenden Handelns zeitigen. Auch sozialer Rückhalt scheint von ihnen beeinflusst zu sein. Daneben beschäftigen sich *kulturell-behavioristische* (Gesundheitsverhalten) Ansätze mit den sozialisationsbedingten Verhaltensweisen von Gruppen, die einen negativen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitglieder haben können. Als letzter Ansatz, der der Mesoebene zuzuordnen ist, ist die Forschung über die *gesundheitliche Versorgung* zu nennen. Hier wird versucht zu klären, ob aktive (Inanspruchnahme) oder passive (Zugang) Faktoren besonders relevant sind und inwieweit sie sich gegenseitig beeinflussen. In diesen Bereich gehören auch die Erkenntnisse der Präventionsforschung, die schon seit einiger Zeit belegen, dass Personen mit geringerer Kapitalausstattung insbesondere bei fehlendem kulturellem und ökonomischem Kapital schlechter von Präventionsmaßnahmen erreicht werden. Zudem scheint die von den Betroffenen wahrgenommene Qualität der Versorgung von der Position im Feld abzuhängen. Alle Analyseebenen beleuchten unterschiedlichen Aspekte desselben Themas und können

somit auch ergänzend betrachtet werden (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 62–68; dem Knesebeck et al. 2009, S. 60).

Erst in neuerer Zeit zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse darüber hinaus, dass gesundheitliche Ungleichheit im Verlauf des Lebens nicht immer gleich große Auswirkungen auf die Individuen hat. Nach diesen empirischen Befunden gelten Jugendliche und Hochbetagte als weniger von Ungleichheit betroffen. Konsequenterweise führte dies zu der Praxis gesundheitliche Ungleichheit nicht mehr nur als Phänomen innerhalb von Altersgruppen als Momentaufnahme zu untersuchen, sondern auch die Biografie zu analysieren (Längsschnittanalyse). Zwei Erklärungen für die Schwankungen des Einflusses gesundheitlicher Ungleichheit können angeführt werden: das *Modell kritischer Perioden* und das *Modell kumulativer Exposition*. Ersteres rekurriert auf den Einfluss der Familie und der frühkindlichen Prägung auf die Gesundheit. Zweites führt gesundheitliche Ungleichheiten auf ungleiche Verhältnisse zurück. Die Lebensverhältnisse sind verschärfende Faktoren je länger sie im Lebenslauf wirken (Bauer et al. 2008, 29–31). Soziale beziehungsweise gesundheitliche Ungleichheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsentwicklung. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit sind habituiert und erstrecken sich so über alle Lebensbereiche und schließen bestimmte Verhaltensweisen ein. Als neuer Blickwinkel auf den Zusammenhang von Risikofaktoren und Krankheit gilt der salutogenetische Ansatz, der den Tatbestand fokussiert, dass viele Menschen trotz ihren jeweiligen Gesundheitsrisiken *nicht* erkranken. Statt also das Erkrankungsrisiko zu ermitteln, stellt er die Frage, welche Schutzfaktoren für Gesundheit notwendig sind. Entscheidend ist hierbei das Kohärenzgefühl. Aus der lebenslangen, bewussten Interaktion von Individuum und Umwelt resultieren je nach Veranlagung (Selbstbild und Identität), Kapital oder Aufgabe positive oder negative Auswirkungen für die Gesundheit (Erhart et al. 2008, S. 346–351). Ein verbreitetes Mittel zur Einschätzung der Gesundheit im Rahmen von quantitativen Befragungen ist der sogenannte subjektive Gesundheitszustand. Hierbei werden die Befragten nach ihrer Einschätzung bezüglich der Qualität der eigenen Gesundheit gefragt. Dieser subjektive Gesundheitszustand korreliert negativ mit dem Alter und bereits im Jugendalter sind Disparitäten in Abhängigkeit verschiedener Statusgruppen messbar, jedoch ist die Stärke des Zusammenhangs in diesem Lebensabschnitt weniger ausgeprägt als in späteren (Ottova und Richter 2008, S. 257–258). Kindheit und insbesondere Jugend gelten daher als Zeiträume, in denen (chronische) Erkrankungen eine eher untergeordnete Rolle spielen. Sowohl die Prävalenzen als auch die Auswirkungen auf die Lebensführung sind geringer als im Erwachsenenalter. Dennoch werden in dieser Zeit bereit die Weichen für den weiteren Lebensweg gestellt (Erhart et al. 2008, S. 331). Es steht zur Diskussion, warum der Einfluss des unterschiedlich verteilten Kapitals im Erwachsenenalter hoch, im Jugendalter hingegen niedrig ist. Hierfür gibt es zwei Hypothesen, der erste Erklärungsansatz vermutet einen guten

allgemeinen Gesundheitszustand, der den Einfluss der sozialen Ungleichheit stark verringert. Eine alternative Erklärung ist, dass die Position im Feld noch keine Bedeutung hat, da deren Auswirkungen sich erst mit Verzögerung zeigt. Der zweite Erklärungsansatz befasst sich mit der Annahme, dass die Habituisierung einen entscheidenden Beitrag zum gesundheitsrelevanten Verhalten leistet. Hierbei ist nicht nur die primäre Sozialisation durch Familie, Verwandtschaft und Freunde relevant, sondern auch die sekundäre (Kindergarten, Schule, Bildungseinrichtungen) und die tertiäre durch Freizeitorganisationen, Medien und Gleichaltrige. Da die sekundäre und tertiäre Sozialisation auf einer anderen Position im Feld stattfinden können als die primäre, können deren Einflüsse diejenigen der Familie mindern. So kann beispielsweise die Schule die elitenkonformen Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen vermitteln, da die Lehrinhalte der Schule durch das politische Feld und somit durch die gesellschaftliche Elite gesteuert werden. Unter der Annahme, dass – wie die Datenlage zu Übergewicht und Adipositas vermuten lässt – die als gesund definierte Ernährungs- und Verhaltensweisen tatsächlich gesundheitsförderlich sind, stellt die Wissensvermittlung in der Schule Gesundheitskapital dar. Andererseits kann Schule auch als Stressor fungieren, indem die Kinder und Jugendlichen Erwartungshaltungen erfüllen und dem Erfolgsdruck standhalten müssen. Dies stellt eine zusätzliche Belastung für diese Personengruppe dar und kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Gleichaltrige haben nachweislich eine sehr große Wirkung aufeinander (Richter 2005, S. 135). Dabei ist auf eine Ambivalenz hinzuweisen, denn sie sind sowohl Ressource als auch Risiko. Der freundschaftliche Rückhalt ist Sozialkapital mit all seinen Vorzügen, allerdings ist auch eine negative Beeinflussung der Jugendlichen möglich, wenn riskantes Verhalten wie beispielsweise Substanzkonsum praktiziert wird. Die familiäre Position gerät in den Hintergrund und das Verhalten wird hauptsächlich von den jugendkulturellen Einflüssen gesteuert (Richter 2005, S. 129–138).

Neben der Klassifikation der Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit gibt es mehrere Ansätze, die die Ursache gesundheitlicher Ungleichheit bestimmen, um hieraus Empfehlungen für die Praxis der gesundheitlichen Versorgung zu entwickeln (Hartung 2014, S. 35). Dabei kann zwischen *beschreibenden* und *erklärenden* Ansätzen unterschieden werden. Erkenntnisse (statistischer) Forschung über die Zusammenhänge von Gesundheit und sozialer Ungleichheit sind in der Regel beschreibend. Der erklärende Ansatz teilt sich in *materiell* (beispielsweise förderliche/schädliche Umwelt), *kulturell-verhaltensbezogen* (beispielsweise Rauchen) und *psychosozial* (beispielsweise Stress). Schließlich ermittelt die dritte Ebene die Problematik bei der Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit. Insbesondere die Kritik an beschreibenden Ansätzen ist dominant, da eine deskriptive Herangehensweise nicht ausreichend ist, um adäquate Maßnahmen zu entwickeln. Dies ist nur möglich, wenn erklärt werden kann, warum gesundheitliche Ungleichheit besteht (Bauer et al. 2008, S. 14–17). Obwohl – so ist es bereits in der Ottawa-

Charta (WHO 1986) angelegt – Gesundheitsförderung auf Selbstbestimmung und Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit fußt, kommt es zwischen den zugrundeliegenden Normen Freiheit und Gleichheit durchaus zu Konflikten. Grundsatz der Ottawa-Charta ist, dass es durch Selbstbestimmung allen Menschen ermöglicht werden soll, zur Stärkung ihrer Gesundheit beizutragen. Die Annahme ist, dass durch diese Befähigung soziale Unterschiede abgebaut und die Chancengleichheit erhöht werden kann. Dieser Grundsatz ist noch heute die Basis der Public Health (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 1). Generell gelten die Implikationen der Ottawa Charta als Qualitätskriterium, an dem sich eine Gesellschaft im internationalen Vergleich messen lassen muss, somit dienen ihre Grundsätze auch zur Beschreibung des Feldes der Gesundheit in Deutschland. Die Perspektive des Strebens nach umfassender Selbstbestimmung beeinflusst gesundheitsbezogene Handlungen im Allgemeinen (Bauer et al. 2008, S. 17). Häufig bedeutet die konsequente staatliche Verfolgung des Ziels, die gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren, im Gegenzug die Einschränkung der Selbstbestimmung und somit der Freiheit, da es nur mit Hilfe von Regeln, Vorschriften oder Gesetzen verfolgt werden kann. Umgekehrt hat eine radikale Umsetzung freiheitlicher, selbstbestimmender Prinzipien die Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheit zur Folge, wenn beispielsweise bestimmte Personengruppen zu gesundheitsschädlichem Verhalten neigen (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 2). Versorgungsgerechtigkeit liegt nur dann vor, wenn Menschen bedarfsgerecht horizontal (gleiche Versorgung bei gleichem Bedarf) oder vertikal (unterschiedliche Versorgung bei unterschiedlichem Bedarf) betreut werden können (dem Knesebeck et al. 2009, S. 60). Dies zeigt, dass bei der Verwirklichung von Versorgungsgerechtigkeit ein Zielkonflikt der gesellschaftlichen Normen Freiheit und Gleichheit besteht.

Neben den im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Folgen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist die Stigmatisierung als Ausgrenzung oder negative Wahrnehmung bestimmter – häufig devianter oder kapitalschwacher – Gruppen zu nennen. Sie ist ebenfalls ein wesentliches Element symbolischer Ordnung, allerdings ist sie in einen anderen Forschungskontext zu setzen. Während die Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit von gesundheitswissenschaftlichen Fächern dominiert wird, wird Stigmatisierungsforschung vorrangig in den Sozialwissenschaften betrieben.

### 2.1.2.3 Stigmatisierung und Ausgrenzung als Folge gesellschaftlicher Normen

Der Begriff Stigma leitet sich aus dem Altgriechischen ab und steht für ein sichtbares Mal am Körper, das ein negatives moralisches Urteil über die gezeichnete Person visualisiert. Bis in die Gegenwart hat sich der Körper als zentrales Element des Stigmas erhalten. Klar ist, dass es ausschließlich – mindestens auf sprachlicher Ebene – perzeptuell identifiziert werden kann (Waldschmidt 2007, S. 31; Goffman 1975, S. 9). Die Auseinandersetzung des Soziologen Erving Goffman mit dem behinderten Körper im Rahmen seiner Stigmatheorie ist für die gegenwärtige Forschung im Rahmen der Disability Studies wichtig. Sie fokussiert auf die sozialen Interaktionen zwischen Personen mit beziehungsweise ohne Stigma und stellt dar, wie diese durch das Stigma beeinflusst werden und welche Auswirkungen das auf die Handlungen sowie Wahrnehmung der Betroffenen hat. Unberücksichtigt bleibt bei Goffman hingegen die Frage warum bestimmte Merkmale als Stigma wahrgenommen werden (Waldschmidt 2011, S. 93). Goffman unterscheidet drei Typen von Stigmata: erstens *Abscheulichkeiten des Körpers*, zweitens *individuelle Charakterfehler* und drittens *phylogenetische Stigmata* (Goffman 1975, S. 12–13). Diese drei Typen scheinen in einer Gesellschaft, die kulturell bedingt Schönheit mit gutem Charakter und sozialem Status verbindet (vgl. Kapitel 3.1.1.3), interdependent. Demzufolge weist Adipositas, obwohl sie nach Goffman als Abscheulichkeit des Körpers typisiert werden kann, auch Elemente der beiden anderen Formen auf, denn sie wird in Analogie zur Sucht als offensichtliches Merkmal eines individuellen Charakterfehlers (Willensschwäche) und zudem als phylogenetisches Stigma betrachtet, das vererbt und mit niedrigem Sozialstatus assoziiert ist (Waldschmidt 2011, S. 93).

Goffman verwendet den Begriff Stigma für ein Charakteristikum, das „zutiefst diskreditierend ist (Goffman 1975, S. 10)“. Dabei berücksichtigt er, dass dasselbe Merkmal in unterschiedlichen Situationen ein Stigma sein kann oder nicht, es konstituiert sich somit in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext (Goffman 1975, S. 10). Weit verbreitet ist die Annahme, dass die Vielfalt an allgegenwärtigen perzeptiven Stimuli durch den Menschen nicht vollumfänglich produktiv analysiert werden kann und daraus resultiert, dass instinktiv oder bewusst eine Auswahl für die kognitive Verarbeitung getroffen werden muss. Wenn die Priorisierung funktional und somit in Abhängigkeit von den jeweiligen situativen Anforderungen erfolgt, sind Stereotype eine Folge dieser kognitiven Leistung und dienen zur vereinfachten Wahrnehmung und Strukturierung der Umwelt – sie sind simplifizierte Abbilder. Eine beobachtbare menschliche Neigung zur Zuschreibung negativer charakterlicher Merkmale bei vom Schönheitsideal abweichendem Äußeren könnte darin begründet sein, dass äußerliche Merkmale leichter wahrnehmbar sind als innere (Deuschle und Sonnberger 2011, S. 162–164). Von Stigmatisierung betroffen sind also in der Regel Personen, die sich anhand optischer Kriterien von einem Großteil der sie umgebenden Menschen unterscheiden. Diese werden durch

negative Assoziationen mit den devianten Merkmalen aus der sozialen Gruppe ausgeschlossen, was umfassende negative Folgen für die Betroffenen hat.<sup>21</sup> Diese Form der Stigmatisierung betrifft häufig nicht nur die als defizitär gelesene Person, sondern auch deren soziales Umfeld (Goffman 1975, S. 27). Die beschriebene Vorverurteilung wirkt öffentlich und persönlich. Während die öffentliche Auseinandersetzung dem entspricht, was im Alltagsverständnis unter Stigmatisierung gefasst wird, ist die persönliche Stigmatisierung – Autostereotypisierung oder Selbststigma – zunächst nicht offensichtlich. Hierbei handelt es sich um die Vorurteile, die die Betroffenen bezüglich ihres stigmatisierten Merkmals internalisiert haben und die durch den Sozialisationsprozess erworben wurden (Luck-Sikorski 2017, S. 86). Das Wissen zu einer stigmatisierten Gruppe zu gehören, kann ohne konkrete Stigmatisierungserfahrung negative Konsequenzen für das Körperselbstbild, die psychische Gesundheit oder die Lebensqualität haben (Himmelstein und Puhl 2019, S. 2). Durch Bourdieus Ansatz, das durch äußere Einflüsse entstandene Selbst als inkorporiert also verkörpert zu verstehen, kann gezeigt werden, dass ein Stigma zu haben, ebenso inkorporiert ist wie kein Stigma zu haben und somit als Teil des Selbst beziehungsweise der eigenen Identität wahrgenommen wird (Waldschmidt 2011, S. 100). Mitglieder der Gesellschaft lernen also unabhängig von Stigmatisierungserfahrungen, was als normal gilt und was nicht (Goffman 1975, S. 28). Die Adoleszenz ist für die Ausbildung der Persönlichkeit eine prägende Phase, folglich werden in dieser Zeit Stigmatisierungserfahrungen stärker internalisiert als bei Erwachsenen. Überträgt man Goffmans Stigmatheorie auf Übergewicht und Adipositas gilt, für Personen, die erst im Erwachsenenalter adipös wurden, dass sie ein offensichtliches Merkmal (nach Goffman: *Abscheulichkeit des Körpers*), das sie von anderen Personen unterscheidet, erst spät erworben und somit ihre Andersartigkeit nicht vollständig antizipiert haben. Sie fühlen sich als *normale* Personen und erst der Blick in den Spiegel offenbart die Diskrepanz zwischen Innen- und Außensicht (Goffman 1975, S. 14). Korrektive Maßnahmen mit dem Ziel der Behebung oder Minderung des Stigmas (beispielsweise chirurgische Eingriffe) führen insbesondere bei Personen, die das Stigma bereits seit ihrer Kindheit oder Jugend haben, häufig nicht zu Normalisierung. Stattdessen wird ein „Ich mit einem bestimmten Makel zu einem Ich mit dem Kennzeichen, einen bestimmten Makel korrigiert zu haben (Goffman 1975, S. 15)“. Darüber hinaus führt die Erwartungshaltung mit dem Gewichtsverlust würde automatisch eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz folgen beim Ausbleiben dieser Akzeptanz zu psychischen

---

<sup>21</sup> Die Stigmatisierung von beziehungsweise Vorurteile gegenüber Menschen mit Übergewicht und Adipositas wird gelegentlich mit dem Derivationssuffix -ismus (Fatismus) ausgedrückt, das die Nähe zu anderen Formen der Diskriminierung wie Rassismus illustrieren soll. Im Gegensatz zu der steigenden Auseinandersetzung mit Diskriminierung aufgrund verschiedener Merkmale sozialer Ungleichheit und kultureller Prägung ist der Fatismus nur selten im Reflexionsfokus (Rose und Schorb 2017, S. 8).

Belastungen und Essstörungen. Besonders gefährdet sind dabei junge Frauen mit höherem BMI (Jung et al. 2017, S. 147).

Es kann empirisch gezeigt werden, dass das Aufeinandertreffen und die Interaktion von Personen mit und ohne Stigma zu Spannungen führt. Personen mit Stigma erwarten stigmatisiert zu werden und diejenigen ohne Stigma sind konfrontiert mit ihren Vorurteilen und der gegebenenfalls durch obligatorische gesellschaftliche Konventionen vorgegebenen Höflichkeit. Die Vielzahl an vergleichbaren Erlebnissen wird tendenziell den stigmatisierten Personen einen souveränen Umgang mit diesen Situationen ermöglichen. Dennoch ist es häufig der Fall, dass wohlgemeinte Äußerungen die stigmatisierte Person eher verärgern, weil sie als Ausdruck eines Klischees betrachtet werden, das sich die Betroffenen selbst nicht zuschreiben (Goffman 1975, S. 20–21). So könnte beispielsweise ein schlanker Mensch einen mit Adipositas dafür loben, zu Fuß oder mit dem Fahrrad zum Treffpunkt erschienen zu sein, in der Annahme Menschen mit Adipositas würden sich nicht bewegen. Umgekehrt wird Betroffenen, die ein Stück Kuchen essen oder Cola trinken unwillkürlich unterstellt, ihre Erkrankung sei auf Fehlernährung zurückzuführen. Insgesamt steht das Gesundheitsverhalten von Personen mit Adipositas unter sozialer Beobachtung, was für die Betroffenen unangenehm sein kann. Bemerkenswert ist dabei, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Kontakt mit Personen eines bestimmten Stigmas und geringerem Maß an Vorurteilen beziehungsweise Negativzuschreibungen geben muss (Goffman 1975, S. 40). Empirisch kann gezeigt werden, dass das Mobbing durch Gleichaltrige genauso wie negative gewichtsbezogene Bemerkungen der Eltern einen Einfluss auf das Körperselbstbild von Jugendlichen haben. Der Einfluss der Gleichaltrigen ist dabei etwas größer als der der Eltern. Weibliche Jugendliche werden stärker von Kommentaren männlicher Jugendlicher beeinflusst. Die benannten Einflüsse sind unabhängig vom tatsächlichen Gewicht der Betroffenen und treffen normalgewichtige genauso wie übergewichtige Jugendliche (Valois et al. 2019, S. 72). Soziale Medien ermöglichen durch ihre (vermeintliche) Anonymität neue Formen der negativen Einflussnahme und Gewalt, eine dieser Formen wird als Cyberbullying bezeichnet. Mit Ausnahme physischer Gewalt werden dabei alle denkbaren Gewaltarten eingesetzt. Die negativen Konsequenzen sind in der Regel folgenreich. Verwandtes Bild-, Ton- und Textmaterial ist nur schwer vollständig zu löschen und die Täter:innen sind kaum zu identifizieren. Bei Opfern von Cyberbullying treten häufig Stress, Depressionen und suizidale Gedanken auf, die von somatischen Beschwerden und geringer Lebenszufriedenheit begleitet werden (Glüer 2018, 216–217). Die Folgen von sozialer Ausgrenzung, verbaler und physischer Gewalt durch Gleichaltrige oder Mobbing sind aus psychologischer Perspektive langfristig, schwerwiegend und reichen von Traurigkeit beziehungsweise Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten bis hin zu Depressionen, Angst- und Essstörungen (Himmelstein und Puhl 2019, S. 1). Um mit sozialer Ausgrenzung und Mobbing umzugehen, benötigen die Betroffenen



Bewältigungsstrategien. Diese können positiv oder negativ sein und weitere gesundheitsbezogene Effekte nach sich ziehen. Gängige Strategien umfassen Vermeidung sozialer Interaktionen oder übermäßiges Essen (Himmelstein und Puhl 2019, S. 2).

Aus medizinischer und juristischer Perspektive gilt Adipositas als chronische Erkrankung oder Behinderung, daher ist die Betrachtung von Behinderung aus Perspektive der Stigmatheorie fruchtbar. In der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung mit Stigmata wird deutlich, dass in vielen Fällen wie beispielsweise bei Goffman Behinderung mit Stigma gleichgesetzt wird. Dies impliziert die Erwartungsnorm behinderte Körper seien zwangsweise stigmatisierte Körper. Diese steht allerdings in starkem Kontrast zur Stigmatheorie, die Stigmata als die Folge von gesellschaftlicher beziehungsweise sozialer Attribuierung betrachtet (Waldschmidt 2007, S. 33). Die gegenwärtige wissenschaftliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Behinderung ignoriert, dass es sich bei dieser Kategorie um einen Sammelbegriff verschiedenster kaum vergleichbarer Merkmale und Zustände handelt, deren einzige Parallele ihre Non-Konformität zu sein scheint (Waldschmidt 2007, S. 27). Der französische Philosoph Michel Foucault verneint die bei Goffman implizierte selbstverständliche Annahme, dass behinderte Körper existieren. Stattdessen geht er davon aus, dass die Unterscheidung zwischen behinderten und nicht behinderten Körpern teil eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses ist, der von den Humanwissenschaften dominiert wird. Seine Überlegungen setzen ebenso wie Bourdieus nicht auf individueller, sondern auf gesellschaftlicher Ebene an (Waldschmidt 2011, S. 94). Fraglich ist allerdings, ob die Dekonstruktion des Körpers und die Vernachlässigung der materiellen Elemente hinderlich für die holistische Betrachtung behinderter Körper sein könnte (Waldschmidt 2007, S. 40). Das soziale Modell von Behinderung will hier Abhilfe schaffen. Grundlage des Modells ist die Annahme, dass nicht die jeweilige Behinderung Anlass zur sozialen Ausgrenzung ist, sondern die Gesellschaft, die Teilhabe von Menschen mit Behinderung verhindert. Dementsprechend sollten individuelle Ansätze zur Überwindung von Barrieren vermieden und staatliche Maßnahmen zur Barrierefreiheit und Partizipation ergriffen werden (Waldschmidt 2007, S. 38). Als Kritik am sozialen Modell von Behinderung wird vorgebracht, dass es die Inkorporation von Kultur sowie die gesellschaftlichen Einflüsse auf die Konstruktion des Körpers nicht ausreichend berücksichtigt. Ist der Körper das Produkt diskursiver Aushandlungsprozesse, gilt dies in gleichem Maße für behinderte Körper und somit auch für Behinderung. Dabei wird der Einfluss der Deutungshoheit der Medizin besonders betont, denn obliegt ihr die Deutungshoheit, bestimmt sie was als Behinderung zu fassen ist (Waldschmidt 2007, S. 39).

Bourdieus Konzepte sind in Ergänzung zu Goffmans interaktionsfokussiertem Ansatz fruchtbar für die analytische Auseinandersetzung mit den sozialen Folgen und Ursachen von Behinderung oder wie im vorliegenden Fall von Adipositas. Denn mit dem Begriff

der *symbolischen Gewalt* recurriert Bourdieu auf die somatisch immanenten Sozial- und Gesellschaftsstrukturen, die ein reziprokes Verhältnis zwischen Körper und Umfeld darstellen (Waldschmidt 2011, S. 98). Bourdieu beschreibt symbolische Gewalt als

„[...] jene Form der Gewalt, die über einen sozialen Akteur unter Mittäterschaft dieses Akteurs ausgeübt wird [...]. Fast immer steckt der Herrschaftseffekt<sup>22</sup> in der Übereinstimmung zwischen den Determinanten und den Wahrnehmungskategorien, durch die sie als solche konstituiert werden (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 204).“

Kurz gesagt: Es sind nicht nur diejenigen Elemente an der Realitätskonstruktion beteiligt, die Einfluss haben und ausüben, sondern auch diejenigen, die beeinflusst werden. Gemeinsam geben sie ihrem sozialen Raum Form. Mit dem Terminus wird somit ein Begriff zur Beschreibung unerkannter und unbewusster Zwänge geschaffen, denen Akteure unterliegen. Symbolische Gewalt umfasst insbesondere diejenigen Wahrnehmungen, Aussagen und Zuschreibungen, die als selbstverständlich oder naturgemäß wahrgenommen werden, die aber tatsächlich Ausdruck von Interessen im Feld sind (Schmidt und Woltersdorff 2010, S. 313–314) und konstituiert sich auf Basis dessen realer Einflussverhältnisse. Aufgrund ihres unterbewussten, inkorporierten Charakters kann sie selbst dann nicht überwunden werden, wenn die zugrundeliegenden Verhältnisse offenbar werden. Ökonomische Ressourcen spielen für symbolische Gewalt insofern eine Rolle, als dass sie einflussreiche Positionen im Feld sichern, sie ist jedoch auch ohne ökonomischen Bezug denkbar. Bei der Entstehung symbolischer Gewalt beeinflussen sich hohe und niedrige gesellschaftliche Positionen mutuell (Schmidt und Woltersdorff 2010, S. 316–317). In Bezug auf Übergewicht und Adipositas wirkt symbolische Gewalt durch Einschränkungen in der sozialen, beruflichen oder gesellschaftlichen Teilhabe. Als Beispiel für die soziale Teilhabe kann der gemeinsame Einkauf von Kleidung (Shopping) adoleszenter Mädchen betrachtet werden, der als sozialitätsstiftende Aktivität gelten kann. Für Mädchen mit Übergewicht und Adipositas ist diese Handlung allerdings häufig schambehaftet. Sie erfordert die Offenbarung der eigenen Kleidergröße und birgt das Risiko, sich in Unterwäsche zeigen zu müssen. Bereiche in Kleidungsgeschäften, die speziell für Übergrößen geschaffen wurden, wirken exkludierend und sind eine Ausdrucksform symbolischer Gewalt, denn geht man in diesen Bereich, ist die als Defizit empfundene körperliche Form exponiert (Liné et al. 2016, S. 324–326). Exemplarisch für eine staatlich ausgeübte Form symbolischer Gewalt ist die in manchen Bundesländern

---

<sup>22</sup> Die Begriffe Herrschaft, Macht und Kampf haben in vielen wissenschaftlichen Disziplinen insbesondere in der Soziologie eine lange Tradition und werden je nach Ausrichtung unterschiedlich gedeutet. Um Missinterpretationen zu vermeiden und im Wissen, dass auch Bourdieu sie nicht stringent verwendete, werde ich außerhalb von wörtlichen Zitaten auf die neutraleren Begriffe *Einfluss* für Macht/Herrschaft und *Aushandlungsprozess* für Kampf zurückgreifen. Nichtsdestotrotz schwingen weiterhin die Bedeutungsdimensionen von Macht, Herrschaft und Kampf mit, was ich weder vermeiden kann noch möchte.

praktizierte Nichtverbeamtung von Menschen mit Übergewicht oder Adipositas aus gesundheitlichen Gründen, die den Zugang zu ökonomischem wie symbolischem Kapital dieser Personengruppe einschränkt, da viele prestigeträchtige öffentliche Ämter mit einer Verbeamtung einhergehen (Schorb 2015, S. 313). Körperliche Merkmale wie Übergewicht können darüber hinaus durch die architektonische Gestaltung von symbolischer Gewalt betroffen sein und die gesellschaftliche Teilhabe im Allgemeinen einschränken. Die Form insbesondere die Breite von Sitzen im öffentlichen Verkehrswesen, bei Veranstaltungen, in Restaurants oder in Wartebereichen beim Arzt stellen eine Variante symbolischer Gewalt dar, da sie in ihren Maßen lediglich für die Norm ausgelegt sind (vgl. bspw. Liné et al. 2016, S. 326–327; Karasu 2016, S. 88). Scheinbar rationale Argumente wie die Optimierung des Raumes hin zu einer maximalen Auslastung mit dem Aspekt der Maximierung des ökonomischen Nutzens sind ein weiterer Beleg für die hierbei ausgeübte symbolische Gewalt, denn der Maßstab für diese Einschätzung ist das gesellschaftlich-kulturell bedingte Diktat ökonomischer Kosten-Nutzen-Optimierung. Somit erfüllt es die Bedingung der Selbstverständlichkeit, die symbolischer Gewalt zu eigen ist. Für Bourdieu liegt die symbolische Gewalt in (post-)modernen Gesellschaften in der Hand des Staates, da dieser über Klassifikation und Bewertungsschemata und deren Legitimität entscheide (Bourdieu 1998, S. 173). Fraglich ist jedoch, ob diese Einschätzung, die von den Verhältnissen Frankreichs in den 1960er und 70er Jahre geprägt ist, auch für gegenwärtige europäische Staaten gilt (Schmidt und Woltersdorff 2010, S. 317–318). Im Falle von Behinderung ist symbolische Gewalt meist als sozial und karitativ gerahmt, denn Menschen mit Behinderung „werden dem *common sense* zufolge eben nicht unterdrückt, im Gegenteil, ihnen wird *geholfen* [...] (Hervorh. im Original)“ (Waldschmidt 2011, S. 99). Der Umgang westlicher Staaten mit Behinderung setzt beim Individuum an. Viele Maßnahmen und ein großer Anteil der Sozialgesetzgebung sind darauf ausgerichtet, die Funktionsfähigkeit von Körper und Geist zu erhalten oder wiederherzustellen und somit eine Integration in die Normgesellschaft zu erwirken. Diese Herangehensweise repräsentiert eine defizitfokussierte Sicht auf Behinderung, welche wiederum unter anderem Diskriminierung zur Folge haben kann (Waldschmidt 2011, S. 98–99). Diskriminierung ist stets ein Ausdruck ungleicher Verhältnisse, in denen die diskriminierende Person über der diskriminierten steht (Luck-Sikorski 2017, S. 86). Wichtig für das Verständnis des Konzeptes symbolischer Gewalt ist, zu erkennen, dass nicht nur die Akteure auf den unteren Positionen des Feldes durch sie beeinflusst werden, stattdessen sind Akteure hoher Positionen von ihr ebenso betroffen. Verhältnisse, Aussagen, Kategorien oder Reize werden von allen Akteuren gleichermaßen als selbstverständliche und unumgängliche Tatsachen, als Realität wahrgenommen. Ihre Legitimierung erfolgt kontinuierlich durch die für einen verbalen Austausch notwendige Klassifizierung, Schematisierung und Stereotypisierung. Ihre Wirkmacht ist in Bourdieus Konzeption deswegen besonders hoch, da sie sich nicht nur psychisch in Denkmustern, sondern auch durch

den inkorporierten Habitus auf physischer Ebene manifestiert (Schmidt und Woltersdorff 2010, S. 319–320). Die besondere Eigenschaft symbolischer Gewalt ist folglich, dass sie einerseits nicht als gewalttätig wahrgenommen wird und andererseits von den Betroffenen ebenso praktiziert wird wie von Begünstigten. Sie setzt allerdings uniforme Deutungssysteme voraus (Moebius und Wetterer 2011, S. 2).

Kultur ist eine Form des gemeinsamen Deutungssystems, daher können am Beispiel von Adipositas kulturelle Aspekte symbolischer Gewalt und Stigmatisierung illustriert werden. Von allen Sinneswahrnehmungen hat in westlichen Gesellschaften die visuelle die größte Bedeutung. Dies spiegelt sich beispielsweise in vielen Idiomen, die optische Reize thematisieren, wider. Jahrhunderte lang versuchten Physiognomik-Forscher zu belegen, dass der Charakter, der Hang zu Verbrechen oder Geisteskrankheiten durch Messungen des Körpers prognostiziert werden können. Obwohl es bis heute keine Evidenz derartiger Korrelationen gibt, werden diese kulturellen Werte tradiert. Somit ist es nicht überraschend, dass Übergewicht und Adipositas als körperliche Erscheinungsformen mit charakterlichen Eigenschaften in Verbindung gebracht werden. Korpulenz entspricht nicht dem Schönheitsideal, was negative Assoziationen auslöst (Jutel 2005, S. 116–117). Dies zeigen auch empirische Studienergebnisse: Menschen, deren Äußeres als schön wahrgenommen wird, werden vorteilhaftere Charakterzüge zugesprochen als denjenigen mit einem weniger ansprechenden Äußeren (Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 52). Hinzu kommen weitere kulturell beziehungsweise religiös geprägte Stereotype:

„[Der Geist des Aufgeklärten Absolutismus] greift sich die Adipositas als Angriffsziel heraus, weil Adipositas all das repräsentiert, das das Abendland, [...], ablehnt: Maßlosigkeit und Sünde, Müßiggang und Laster (Klotter 2008, S. 26).“

Im Gewichtsstigma sind auch heute noch Grundsätze der protestantischen Ethik wie Mäßigung und Disziplin erkennbar, gemäß der Annahme, dass Erfolg und Gesundheit spiegelbildlich für ein gottgefälliges Leben stehen. Demgegenüber steht die sündhafte Völlerei, der der Embonpoint attribuiert ist. Im Zuge der Aufklärung und der mit ihr einhergehenden Verwissenschaftlichung wurden diese Grundsätze durch die Definition von Schlankheit als Idealmaß (Normalgewicht) standardisiert (Klotter 2008, S. 24), auch Quetelets Forschung, die zur Entwicklung des BMI führte, war religiös motiviert (Jutel 2006, S. 2271). Die kulturellen Werte des ausgehenden 19. Und beginnenden 20. Jahrhundert werden deutlich im Idiom „du bist, was du isst“ reflektiert. In dieser Zeit begann sich die Vorstellung durchzusetzen, dass der Verzehr bestimmter Lebensmittel gesundheitsförderlich sei, während andere der Gesundheit schadeten, wobei Gesundheit mit Moral beziehungsweise moralischem Handeln gleichgesetzt wurde. Durch gesundheitsbewusstes Handeln konnte nun auch das Innere verschönert werden und Adipositas wurde zur achten Todsünde erklärt (Jutel 2005, S. 119). Die Neigung das

Gesundheitsverhalten bestimmter Personengruppen öffentlich zu kritisieren, findet sich bereits seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Sie ist Teil eines Prozesses nonkonformen Gruppen deviante Positionen zuzuweisen und kann zur Abgrenzung zwischen Kollektiven dienen (Hahn 2011, S. 33). Die Wahrnehmung von Adipositas in der Bevölkerung tendiert somit weniger zur Erkrankung als zum Symbol für Maßlosigkeit (Schorb 2015, S. 312). Implizit und immer wieder auch explizit wird Übergewicht als Folge fehlender Selbstbeherrschung interpretiert. Um den devianten Körper mit der gesellschaftlichen Norm wieder in Einklang zu bringen, ist somit eine Disziplinierung durch beispielsweise sportliche Betätigung erforderlich (Günther 2013, S. 3). Diese Relikte der protestantischen Ethik beeinflussen die Ideale westlicher Gesellschaften und führen zu einer vergleichsweise hohen Autostereotypisierung der Betroffenen, die überzeugt sind, für ihren Makel selbst die Verantwortung zu tragen (Luck-Sikorski 2017, S. 91), denn sowohl die Selbstdiagnose als auch die Selbstbehandlung durch bestimmte Ernährung und/oder Bewegung scheinen möglich. Dies kann bei Betroffenen zu Gefühlen der Schuld und des Versagens führen, wenn ihnen die Selbstbehandlung respektive das Abnehmen nicht gelingt (Jutel 2006, S. 2274). Die Intensität der Stigmatisierung korreliert mit dem zugeschriebenen Grad an Selbstverantwortung. Übergewicht und Adipositas werden häufig als Folge persönlicher Schwäche und mangelnder Selbstdisziplin angesehen, der zugeschriebene Grad an Selbstverantwortung ist folglich sehr hoch (Luck-Sikorski 2017, S. 89–90) und es existiert eine diskursive Kopplung eines visuell erfassbaren körperlichen Merkmals (Übergewicht) mit nicht offensichtlichen Charakteristiken (Migrationshintergrund, Armut, Bildung) (Günther 2013, S. 15–16). Dies wirkt sich in zweierlei Hinsicht für die Betroffenen nachteilig aus: Personengruppen mit niedrigem Status wirken verantwortlich für mutmaßliche zukünftige Krisenszenarien und Übergewicht wird zu einer Ausprägung sozialer Ungleichheit (vgl. Kapitel 3).

Neben den bereits genannten Merkmalen ist das Geschlecht für Stigmatisierungserfahrungen relevant. Verschiedene Studien zeigen, dass die Vorurteile gegenüber dickleibigen Menschen bei Frauen bereits ab einem geringeren BMI und insgesamt stärker zum Tragen kommen als bei Männern. Sie sind somit höheren Risiken für berufliche und private Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt. Bei Frauen mit niedrigem Bildungsstand und niedrigem Einkommen sind zudem höhere Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas zu verzeichnen als bei vergleichbaren Männern, was Frauen zu einer doppelt betroffenen Gruppe macht (Schorb 2015, S. 77–79). Die große Verbreitung von Adipositas unter gesellschaftlich benachteiligten Gruppen wie Personen mit niedrigem Einkommen, niedriger Bildung oder Menschen mit Migrationsgeschichte wird in einigen Argumentationsstrategien genutzt, um diese Personen für

ihre geringe gesellschaftliche Akzeptanz selbst verantwortlich zu machen. Diese Strategie ist erfolgreich, da allgemein angenommen wird, dass fehlende Selbstbeherrschung die Hauptursache für Übergewicht sei. Die konservativ-liberale Vorstellung fehlender Erfolg sei nicht auf fehlende Ressourcen, sondern lediglich auf fehlenden Willen zurückzuführen, ist im ausgehenden 20. und beginnenden 21. Jahrhundert in Deutschland zunehmend populär (Schorb 2015, S. 143–144). Es ist auffällig, dass diese Diskurse zur gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Übergewicht beziehungsweise Adipositas analysiert und Vorurteile sowie Stigmatisierungstendenzen erkannt werden, allerdings die Wirkung der Diskurse auf die Betroffenen selten thematisiert werden (Barlösius und Philipps 2011, S. 181–182).

Die Rolle der Verinnerlichung, Inkorporierung und Sozialisation von Stigmata wird anhand des Umgangs von und mit Kindern deutlich. Übergewichtige Kinder und Jugendliche berichten von ihren Erfahrungen aus der Menge herauszustechen und negative Reaktionen hervorzurufen. Normalgewichtige nehmen diese Reaktionen ebenfalls wahr. Die gesellschaftlichen Diskurse sowie Vorurteile bezüglich dicker Menschen, sie seien faul und selbst schuld, spiegeln sich in den Aussagen von Kindern wider. Sie werden zum Teil lediglich rezipiert und zum Teil aktiv reproduziert (Barlösius und Philipps 2011, S. 188–189). Empirisch belegt werden kann beispielsweise, dass bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen vier und 15 Jahren gefestigte stereotype Vorstellungen von Menschen mit Übergewicht existieren. Im Vergleich mit Zeichnungen von Kindern ohne Merkmal, mit dunkler Hautfarbe und im Rollstuhl sitzend, schneidet die Darstellung des übergewichtigen Kindes in allen abgefragten Eigenschaften (Nettigkeit, Schönheit, Intelligenz, Faulheit und Spielkameradenpräferenz) am schlechtesten ab, wird also am häufigsten auf den letzten Platz gesetzt. Im Gegensatz zur Rollstuhlnutzung wird Übergewicht als selbstverschuldeter Makel eingeordnet (Deuschle und Sonnberger 2011, S. 169–174). Obwohl der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas hoch ist, nimmt die Stigmatisierung nicht ab (Salvy und Bowker 2014, S. 20). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass mit der zunehmenden Zahl an Betroffenen auch der mediale und wissenschaftliche Alarmismus gestiegen ist. Präventive und therapeutische Maßnahmen setzen überwiegend beim Individuum und nicht auf gesellschaftlicher Ebene an, sodass der Eindruck vermittelt wird, dass die Betroffenen für ihre Abweichung von der Norm selbst und somit für die gesellschaftlichen Folgen und Kosten für die Allgemeinheit verantwortlich sind. Für Menschen mit Übergewicht birgt symbolische Gewalt in mehrfacher Hinsicht Potenzial für Exklusionsgedanken, Scham- oder Schuldempfinden. Sie entsprechen mit ihren körperlichen Merkmalen nicht dem aktuellen Geschmack (Scham). Zudem vermittelt der

gesellschaftlich-kulturelle Konsens sowohl Ursache als auch Lösung der Nonkonformität, also Abweichung von der Norm im Individuum zu suchen (Schuld).

Anhand der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit, sozialer Ungleichheit und Stigmatisierung wird die Wirkung symbolischer Ordnung einerseits als Distinktionsmerkmal sozialer Gruppen und andererseits als kulturell geprägte und geteilte Realität deutlich. Die nun folgende Darstellung der in Feld der Gesundheit geltenden Regeln und Gesetze ist ebenfalls im Kontext symbolischer Ordnung zu betrachten. Der Zugang zu medizinischen Leistungen, die Ausübung medizinischer Berufe und die Qualitätsstandards des Feldes der Gesundheit in Deutschland unterliegen feldspezifischen Regulierungsmechanismen, die wiederum auf geltenden Normen und Dogmen basieren.

### 2.1.3 Regulierungsmechanismen (Regeln und Gesetze)

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, die durch die deutsche Sozialgesetzgebung und die Europäische Union (EU) vorgegeben sind, sind vorrangig durch die medizinische Deutung von Gesundheit und Krankheit geprägt. Der zugrundeliegende Anspruch alle Menschen als Individuen mit individuellen Bedürfnissen zu betrachten, steht der Versorgungsrealität diametral entgegen, die das Primärziel der (Wieder-)Herstellung von Gesundheit verfolgt, was mit Normierung gleichgesetzt werden kann, da Krankheiten in diesem Kontext weiterhin als Abweichungen von der Norm definiert sind. Die Rahmenbedingungen des Anspruchs auf Gesundheit werden durch das politische System sowie den Grundsätzen, die diesem zugrunde liegen, bestimmt. Deutschland definiert sich als Sozialstaat. Gesellschaftlich ist im politischen Feld gewünscht, dass soziale Unterschiede nicht zu Defiziten in Behandlung oder Versorgung führen. Der Staat ist verpflichtet Unterschiede, die zu Benachteiligungen führen können, durch die Einbringung von Kapital auszugleichen. Hierbei ist ein Abwägen zwischen den Bedarfen der potenziell benachteiligten Personenkreise und der Leistungsfähigkeit sowie der im System zur Verfügung stehenden Kapitalmenge notwendig. Um eine Überlastung des Systems zu vermeiden, wird bei der Umverteilung des Kapitals streng darauf geachtet, dass nur als notwendig definierte Maßnahmen finanziert werden. Dies ist vor allem zum Nachteil derjenigen Personen, die Bedarfe haben, die nicht von der sogenannten Regelversorgung abgedeckt sind. Dies kann innovative Maßnahmen betreffen, deren Wirksamkeit vielleicht klinisch bestätigt, aber noch nicht anerkannt ist, oder Personen, die Leiden haben, deren Krankheitsstatus noch nicht final bestimmt wurde. Eine Behandlung außerhalb der Regelversorgung erfordert einen hohen Einsatz einer oder mehrerer Kapitalsorten (Geld, Wissen über das System, Unterstützung durch Fachpersonal). Somit ist eine Unterversorgung von Personen, die Behandlungen außerhalb der Regelversorgung benötigen und denen nicht das notwendige Kapital zur Verfügung steht, wahrscheinlich. Je nach politischer Ausrichtung der regierenden Parteien können

sich die Schwerpunkte der Gesundheitsversorgung verschieben. Konservative Regierungen gelten als eher hierarchiebetonend und fördern somit etablierte Einflussstrukturen und den Erhalt hoher Positionen im Feld, während progressive als ablehnend gegenüber diesen Formen des Einflusses gelten, was zur Stärkung der Stellung von Akteuren auf niedrigen Feldpositionen führt. In Amtsperioden konservativer Politiker:innen werden demnach tendenziell individuelle Maßnahmen zur Prävention gefördert (Kühn 1993, S. 11). Grundsätzlich ist das deutsche Gesundheitssystem darauf ausgerichtet in Gremien konsentrierte Entscheidungen zu treffen. Hierbei müssen Verhandlungen zwischen Akteuren der Interessenverbände und Lobbyorganisationen geführt werden, um zu einem gemeinsamen Kompromiss zu kommen. Diese Form der Verhandlungsdemokratie hat zur Folge, dass Reformen nur sehr langsam umgesetzt werden können. Ob allerdings andere Organisationsformen diesbezüglich Vorteile hätten, ist unklar (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 339).

Aufgrund der Fülle an Strategien, Bundesprogrammen, Regularien, Gesetzen, Verordnungen und Dienstanweisungen kann im Folgenden ausschließlich eine cursorische Darstellung erfolgen. Da Adipositas als chronische Erkrankung gilt, wird der Schwerpunkt der Darstellung auf die Regulierungsmechanismen zur Versorgung chronischer Erkrankungen und Behinderungen gelegt. Exemplarisch werden mit der *internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (engl.: International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) (WHO 2005) und der Ottawa-Charta zwei Richtlinien der WHO und der EU-Richtlinie 2000/78 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (Der Rat der Europäischen Union 2000) drei internationale Abkommen genannt, die die Gesundheitsversorgung und die Wahrnehmung von Gesundheit und Behinderung in Deutschland beeinflussen (Becker und Morfeld 2019, S. 599). Zur Darstellung der deutschen Gesetze werden die Grundsätze einiger Sozialgesetzbücher dargelegt. Abschließend werden als Beispiele für Richtlinien die Telematikinfrastruktur sowie die Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung angeführt. Die Selektion möglichst unterschiedlicher Vorschriften ermöglicht ein zwar oberflächliches, aber dennoch umfassendes Bild der Landschaft von Regulierungsmechanismen der Gesundheit in Deutschland.

Die ICF bildet eine wichtige Referenz für das Gesundheitswesen und die gesundheitliche Versorgung. Der ICF liegt das biopsychosoziale Modell zugrunde, das sich vom biomedizinischen durch einen holistischen Ansatz unterscheidet, der nicht nur Kontextfaktoren einbezieht, sondern sich auch von der Negativdefinition von Krankheit löst. Besondere Berücksichtigung findet die physische, seelische und psychische Funktionsfähigkeit unter der Prämisse, dass durch diese eine uneingeschränkte soziale Teilhabe an allen Lebensbereichen möglich ist. Dabei werden Barrieren genauso erfasst wie förderliche Faktoren und eine unilineare Kausalität zwischen der erfassten Erkrankung



beziehungsweise Behinderung und vordefinierten Teilhabe einschränkungen vermieden. Die Betroffenen werden als handelnde Personen und nicht als passives Ziel von Maßnahmen betrachtet (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 110–111). Für Kinder und Jugendliche wird in der angepassten Version ICF-CY zudem die altersgerechte Entwicklung und als Umweltfaktoren die Möglichkeit zum Wissens- und Kompetenzerwerb betrachtet (Thyen 2010, S. 224). Die Anwendung der ICF erwirkt eine Gleichstellung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderung (Becker und Morfeld 2019, S. 599). Eine weitere Basis der WHO stellt die Ottawa-Charta dar, die in den vorangegangenen Kapiteln bereits mehrfach zitiert wurde. Hierbei handelt es sich um das verschriftlichte Ergebnis der Ersten Internationalen WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung, die im Jahre 1986 stattfand. Sie stellt die grundlegenden Werte und Normen der Gesundheitsförderung in Form einer Leitlinie dar, an denen sich auch das deutsche Gesundheitswesen orientiert. Empfohlen werden beispielsweise niederschwellige Zugänge zu gesundheitlicher Versorgung oder die Unterstützung der Bevölkerung, über die individuelle Lebenszeit einen guten Gesundheitszustand zu erhalten (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 1). Neben der WHO gibt es weitere Institutionen, die Einfluss auf die Gesundheitsversorgung und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen und Behinderung haben. Durch die Unterzeichnung der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention/UN-BRK), die im Januar 2011 in Kraft trat, verpflichteten die Mitgliedstaaten der EU zur Wahrung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Aus ihr erwuchs die Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen, die 2021 von der Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderung abgelöst wurde. Zudem gelten verschiedene Richtlinien, die die Gleichbehandlung von Betroffenen sicherstellen sollen. Im Kontext von Adipositas ist beispielsweise die EU-Richtlinie 2000/78 zu nennen. Obwohl für Adipositas kein Diskriminierungsverbot im Sinne der EU-Richtlinie 2000/78 gilt, kann Adipositas im Einzelfall eine Behinderung darstellen oder verursachen. Folglich unterliegen die Betroffenen einem Diskriminierungsschutz und im Kontext von Beschäftigungsverhältnissen sind angemessene Vorkehrungen zur Gleichbehandlung zu treffen. Außerdem steht den Betroffenen gegebenenfalls ein Kündigungsschutz und bei Verletzung ihrer Rechte Schadenersatz zu (Papadopoulou 2015, S. 4–5; Europäischer Gerichtshof (Vierte Kammer), Vorabentscheidung vom 18.12.2014).

Die globalen und EU-weiten Vorgaben spiegeln sich im bedeutendsten Regulierungsmechanismus der deutschen Gesundheitsversorgung, der Sozialgesetzgebung, wider. Hier wird geregelt, was unter Behinderung zu verstehen ist:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (§ 2 Abs. 1 SGB IX).“

Darüber hinaus legt es fest, welche staatlichen und behördlichen Maßnahmen zum Erhalt und der Wiederherstellung von Gesundheit steuern- und beitragsfinanziert umgesetzt werden können. Oberstes Ziel ist dabei allen Menschen in Deutschland ein menschenwürdiges Dasein zu sichern:

„Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen (§ 1 Abs. 1 SGB I).“

Der Schwerpunkt gesundheitlicher Versorgung durch Prävention, Kuration und Rehabilitation ist in SGB II bis IX zu finden, wobei der Großteil der Maßnahmen im medizinischen Bereich durch die GKV und DRV (SGB V beziehungsweise VI) finanziert wird. Einen besonderen Stellenwert für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung hat die Rehabilitation, die trägerübergreifend im SGB IX geregelt ist:

„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen (§ 1 SGB IX).“

Der Sozialgesetzgebung liegt eine funktionalistische Körpervorstellung zu Grunde (Waldschmidt 2011, S. 98–99). Die funktionalistische Körperbetrachtung wird besonders deutlich bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ist im gesetzlichen Auftrag der DRV formuliert. Hierbei ist das Ziel, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, dies soll durch Maßnahmen gewährleistet werden, die die körperliche Funktionsfähigkeit erhalten oder wiederherstellen oder ein körperliches Defizit ausgleichen:

„Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Die Leistungen zur Prävention haben Vorrang vor den Leistungen zur Teilhabe. Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind (§ 9 SGB VI).“

Diese Betrachtung ist die Konsequenz des gesetzlichen Auftrages der DRV, die beitragsfinanziert ist. Einen Anspruch auf Leistungen der DRV muss mit ökonomischem Kapital durch Beitragszahlungen erworben werden. Folglich haben nur Personen, die Beiträge zahlen oder gezahlt haben oder in anderen Worten sozialversicherungspflichtig arbeiten oder eine gewisse Zeit gearbeitet haben, einen Leistungsanspruch. Dies legt die funktionalistische Betrachtung des Körpers nahe. Ähnlich kann auch für andere Träger der Sozialversicherung argumentiert werden, denn die starke Fokussierung auf die Arbeitsfähigkeit, die durch körperliche Unversehrtheit gewährleistet werden soll, sichert die Steuern und Beiträge, die die Leistungen finanzieren. Passend zu diesem funktionalistischen Ansatz bildet der standardisierte Leistungskatalog – Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) – alle Leistungen ab, die von Rehabilitationskliniken für bestimmte Indikationen angeboten werden müssen. Die Rehabilitationsklinik kann nur dann ihre Aufwendungen in Rechnung stellen, wenn sie sich an die im Leistungskatalog vorgeschriebenen Standards hält. Hierfür müssen Kliniken bestimmte Voraussetzungen beispielsweise Qualifikationen des durchführenden Personals, zeitlicher Umfang oder Ausstattung erfüllen. Darüber hinaus werden auch Ansprüche an die Betroffenen gestellt, der für die Therapie psychisch und physisch geeignet sein muss. KTLs sollen eine Vergleichbarkeit zwischen den Kliniken ermöglichen und werden auch als vergleichendes Merkmal für Qualitätsmessungen herangezogen (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 119). Fraglich ist, ob die suggerierte objektive Vergleichbarkeit in der Praxis durchsetzbar ist. Meistens nutzen Kliniken zur Erstellung der Behandlungspläne Computerprogramme, die auf Basis der Erkrankung und gegebenenfalls der Komorbiditäten einen individuellen Stundenplan für jede Behandlungswoche erstellen. Verglichen wird somit nicht wie beabsichtigt die Qualität der Behandlung, sondern die Qualität des verwendeten Computerprogramms.

Durch die vielen verschiedenen Anforderungen und Sektoren, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, entstehen Schnittstellen zwischen Leistungserbringern, Sozialversicherungsträgern und Betroffenen, die überwunden werden müssen, um eine ganzheitliche individuelle Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Hierfür müssen technische Möglichkeiten der sicheren Übertragung von Gesundheitsdaten bereitgestellt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nennt neun Gesetze und Regularien, die die Digitalisierung im Gesundheitswesen betreffen (BMG 2022, S. 49–51):

1. Telematikinfrastruktur (TI) als Basis für datenschutzkonformen Austausch von Informationen, zuständig ist die gematik GmbH, in der das BMG Mehrheitsgesellschafter ist
2. Seit 2021 elektronische Patientenakte
3. Seit 2020 Patientendaten-Schutz-Gesetz, dass die Anbindung von TI an weitere Versorger ermöglicht und dabei Datenschutz- und Datensicherheitsaspekte berücksichtigt, zudem ist es Grundlage für das E-Rezept
4. Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist Forschung notwendig und hierfür müssen Gesundheitsdaten für Forschungszwecke zentral gespeichert werden können. Derzeit sind die Daten auf verschiedene Halter verteilt, einer ist das Forschungsdatenzentrum Gesundheit des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das seit 2022 agiert.
5. Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen verbessern, beispielsweise zu Online-Kommunikationsmöglichkeiten
6. Krankenhauszukunftsgesetz stellt Mittel für den digitalen Ausbau von Krankenhäusern zur Verfügung
7. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können seit 2020 über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, Voraussetzung ist, dass die DiGA durch das BfArM zugelassen ist und von Ärzt:innen verschrieben wurde
8. Künstliche Intelligenz und Big Data wird durch das BMG mit Forschungsprojekten gefördert (KI-Strategie der Bundesregierung, 2019-2025)
9. Krankenkassen sind verpflichtet ihre Versicherten bei der Erlangung digitaler Gesundheitskompetenz zu unterstützen

Die DRV ist in der Auflistung des BMG nicht explizit genannt, sie entwickelt ebenfalls Konzepte zur Integration digitaler Anwendungen (vgl. bspw. Widera und Volke 2019). Die Komplexität der Umsetzung dieser Gesetze und Verordnungen wird bei Betrachtung der zeitlichen Komponente deutlich. Der erste Schritt zur Einführung der Telematikinfrastruktur war bereits 2004 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). Dieser langwierige Verlauf ist Teil der feldeigenen Aushandlungsprozesse und wird auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung Jugendlicher mit Adipositas thematisiert.

Neben den Regulierungsmechanismen spielt die Ärzteschaft als Vertretung der feldspezifischen Expertise eine große Rolle bei der Konstituierung des Feldes.

### 2.1.4 Feldspezifische Expertise (Medizin)

Ein Merkmal des Feldes der Gesundheit ist, dass grundsätzlich die Ärzteschaft als institutionalisierte Autorität (Kögel 2021, S. 133) mit ihrer feldspezifischen Expertise bestimmt, was krank ist und somit kuriert werden muss. Die eigenmächtige Formulierung von Beschwerden der Betroffenen als Lai:innen hat für die Diagnosestellung nur dann Relevanz, wenn sie durch die Expertise als relevant akzeptiert wird. Der Ärzteschaft ist folglich die Legitimierung von Krankheit übertragen (Behrens 2009, S. 72; Bittlingmayer 2016, S. 29). Ohne diese Legitimation ist kein Zugang zum Gesundheitssystem als wichtigem Bestandteil des Feldes der Gesundheit möglich. Es kann diskutiert werden, ob diese Funktion als Gatekeeper sogar entscheidender ist als der Auftrag der Ärzteschaft zur Heilung (Behrens 2009, S. 72). Die ärztliche Entscheidung zu Diagnose und Therapie erfordert die Berücksichtigung vieler Kapitalsorten und „stellt immer eine komplexe Gemengelage von ethischen, sozialen, medizinischen, organisatorischen und auch wirtschaftlichen Aspekten dar, die miteinander abgewogen werden müssen (Vogd 2002, S. 311).“ Eine formale medizinische Diagnose generiert Sinn. Was zuvor lediglich als unzusammenhängende Symptome wahrgenommen wurde, erhält durch die Diagnose einen Namen und eine Bedeutung, zudem ist mit ihr regelmäßig eine medizinische Handlungsanweisung verbunden (Jutel 2009, S. 61). Eine Diagnose zu erhalten, macht Menschen zu Patient:innen und Individuen zum Teil einer Gruppe (Jutel 2006, S. 2268). Letzteres gilt insbesondere für chronische Erkrankungen, die identitätsstiftend sein und durch die Diagnose zu einem dauerhaften Persönlichkeitsmerkmal werden können. In der Praxis entscheidet somit die Ärzteschaft nicht nur über den Gesundheitszustand, sondern auch über Selbstbild und Identität. Zusätzlich überträgt die Legislative mit der alleinigen Autorität über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ein besonderes objektiviertes kulturelles Kapital des Feldes der Gesundheit. Ob dieser große Einfluss als Folge oder Ursache der historisch nachweisbaren Sonderstellung der Medizin betrachtet werden kann, ist unklar. Allerdings ist zu beobachten, dass sie in vielen Gesellschaften denselben Stellenwert wie Gesetz oder Religion hat, denn Medizin definiert, was normal, angemessen und wünschenswert ist (Jutel 2009, S. 74). Gemäß Bourdieus Feldtheorie ist dieser Einfluss weniger global und stärker im Kontext des Feldes der Gesundheit zu betrachten. Die dargelegte Sonderstellung könnte ursächlich für die große Reichweite von Medizin und medizinischer Forschung im Gegensatz zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen sein, die wesentlich seltener von breiten Bevölkerungsschichten wahrgenommen werden (Richter und Hurrelmann 2016, S. 15). Mit ihrer feldspezifischen Expertise und der Deutungshoheit bezüglich Gesundheit und Krankheit trägt die Ärzteschaft wesentlich zur Bestimmung der Grenzen des Feldes der Gesundheit bei, was Auswirkungen auf die Gesamtstruktur der Felder hat (Begenau et al. 2010, S. 10). Medizinisches Personal hat aufgrund seines Wissensvorsprungs großen Einfluss auf die

Entscheidungen und die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen (Collyer et al. 2015, S. 687). Durch seinen Wissensvorsprung in Bezug auf die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit sowie der Legitimierung von Krankheit durch Diagnosestellung befindet sich die Ärzteschaft in Relation zu anderen Berufen des Gesundheitswesens in einer bessergestellten, einflussreicheren Position im Feld. Der Einfluss der Ärzteschaft im Feld der Gesundheitsversorgung wird auch anhand statistischer Kennzahlen deutlich, denn unter allem Personal, das im Gesundheitsbereich tätig ist, macht die Ärzteschaft lediglich 8 % aus, demgegenüber stehen die pflegerischen Berufe mit 32 % der Erwerbstätigen (GBE 2023). Trotzdem verfügt die Ärzteschaft über die höchste Autorität und erfüllt somit alle Kriterien der Elite, wie Bourdieu sie beschreibt. Durch die eminente Position der Ärzteschaft im Feld wird darüber hinaus eine gleichberechtigte Kommunikation insbesondere gegenüber Patient:innen mit wenig kulturellem Kapital verhindert. Dieses Gefälle kann zur Akkumulation von ökonomischem Kapital dienlich sein, wenn die Autorität genutzt wird, um sich finanzielle Vorteile im Rahmen der erbrachten Dienstleistung zu verschaffen (Boltanski 1976, S. 150). Von Seiten der Betroffenen ist ein hohes Maß an Vertrauen in die Expertise, Redlichkeit und Kompetenz der Ärzteschaft gefordert (Vogd 2002, S. 311)

Die Stellung der Ärzteschaft und ihr Verhältnis zu den Patient:innen ist abhängig von den Entwicklungen des Feldes der Gesundheit und soll anhand dreier Beispiele illustriert werden. Das erste Beispiel bezieht sich auf den Wandel medizinischer Diagnosen im Laufe der Zeit. Am internationalen Katalog aller Diagnosen (ICD) aufwandsarm zu erkennen ist. (Jutel 2009, S. 62). Die erste Version der ICD aus dem Jahre 1900 unterscheidet sich stark von der 2022 in Kraft getretenen elften Überarbeitung. Während einige Diagnosen hinzukamen, wurden andere entfernt, Symptome überarbeitet und Behandlungsoptionen angepasst. Die Diagnosepraxis der Ärzteschaft ist dabei einerseits Auslöser des Wandels, denn die ICD wird auf Basis von Expert:innenentscheidungen angepasst, andererseits verändert sich die Diagnosepraxis durch die im Katalog festgeschriebenen Kriterien, da sie diese eine Grundlage diagnostischer Entscheidungen bildet. Als zweites Beispiel kann die durch Forschung vorangetriebene Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten genannt werden, die zu einem Wandel in der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Patient:innen führt. Durch die lange Dauer ihrer Erkrankung erhalten Patient:innen die Möglichkeit sich selbst ausführlich zu informieren. Zudem macht es die Menge an veröffentlichter Fachliteratur insbesondere in wissenschaftlichen Fachzeitschriften dem medizinischen Personal unmöglich alle aktuellen Veröffentlichungen zu lesen. Es kann somit passieren, dass Patient:innen über ihre Erkrankung mehr gelesen haben als die Behandelnden. Zusätzlich ermöglicht das Internet einen leichten Zugang zu krankheitsbezogenen Informationen und die Ärzteschaft muss sich mit ihrem Fachwissen dem im Internet erworbenen Wissen der Patient:innen stellen (Tezcan-Güntekin 2010, S. 98). Durch das angeeignete Wissen, das

Patient:innen in ihrer Selbstwahrnehmung zu Expert:innen für ihre Erkrankung macht und die historische Entwicklung, in der die Emanzipation der Betroffenen sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei medizinischer Behandlung zunehmend gestärkt wird, sinkt die ärztliche Autorität und die Beziehung zwischen Patient:innen und Ärzt:innen verändert sich (Tezcan-Güntekin 2010, S. 98). In der Folge entwickeln die Expert:innen Strategien zum Erhalt ihres Einflusses (Begenau et al. 2010, S. 29). Häufig liegt der Schwerpunkt der Diagnosestellung auf messbaren Daten und weniger auf Aussagen von den Betroffenen. Hierbei liegt die Annahme zugrunde, dass erstens Lai:innen nicht über das Wissen und Vokabular verfügen, um eine adäquate Einschätzung ihres eigenen Gesundheitszustandes abzugeben, und zweitens eine Neigung haben, ihre Symptome je nach gewünschtem Diagnoseergebnis zu beschönigen oder zu dramatisieren (Jutel 2009, S. 70). Diesem Vorgehen liegt die implizite Annahme zugrunde, dass ein von den Betroffenen unabhängiger, objektiv messbarer Krankheitswert beziehungsweise Gesundheitszustand existiert. Ein weiterer historischer Einflussfaktor für die Stellung der Ärzteschaft ist die Ökonomisierung der Gesundheit im Postfordismus, die Auswirkungen auf den Einfluss von ärztlichen Interessenverbänden hat. Bis zum Ende des 20. Jahrhundert hatten sie beispielsweise die Möglichkeit politische Entscheidungen effektiv abzuwehren, allerdings wurde 1992 das Gesundheitsstrukturgesetz verabschiedet, obwohl die ärztlichen Vereinigungen sich ausdrücklich dagegen aussprachen. Dies schadete dem ärztlichen Renommee nachhaltig und führte zu ökonomischen Verlusten (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 332). Ein weiterer Aspekt der Ökonomisierung der Gesundheit ist, dass verschreibungspflichtige Heilmittel durch Produkte ergänzt werden, die ohne die Legitimation durch medizinisches Personal erworben werden können. Durch sie öffnet sich auch die Demarkationslinie zur Alternativ- beziehungsweise Komplementärmedizin<sup>23</sup>, was zusätzlich zum Einflussverlust der Ärzteschaft beiträgt (Brunnett 2016, S. 213).“

Im Feld der Gesundheit wurden das Klassifikations- und Ordnungssystem lange Zeit von Akteuren vorgegeben, die die Biomedizin vertreten. In den letzten Jahrzehnten fand eine zunehmende Legitimierung alternativer oder komplementärer Ansätze statt, was in der Übernahme bestimmter alternativmedizinischer Leistungen durch die Krankenkassen resultierte (Bourdieu 2018a, S. 748–750). Obwohl es auch in der Ärzteschaft

---

<sup>23</sup> Die Differenzierung zwischen Alternativ- und Komplementärmedizin ist unscharf. Alternativmedizin proklamiert für sich in der Regel eine geeignetere Alternative zur Biomedizin zu sein, demgegenüber suggeriert der Begriff Komplementärmedizin eine Ergänzung zur Biomedizin zu sein. Zu diesen Formen der Medizin können beispielsweise Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin oder Naturheilkunde gerechnet werden, allerdings erscheint die Vielfalt der alternativ- und komplementärmedizinischen Angebote uferlos. Die einzig mögliche Eingrenzung erfolgt über die Demarkationslinie gegenüber der Biomedizin (vgl. Kögel 2021; Jütte 1996).

Befürworter alternativer Heilverfahren gibt (Kögel 2021, S. 222), zeichnet sich hier bereits eine der später aufzugreifenden Konfliktlinien und Allianzen ab (vgl. Kapitel 2.2.2). Medizinisches (Fach)wissen spielt als kulturelles Kapital im Feld der Gesundheit eine zentrale Rolle, die möglicherweise die Bedeutung ökonomischen Kapitals übersteigt. Allerdings trifft das nicht gleichermaßen auf das Teilfeld der Gesundheitsversorgung zu, in dem aufgrund der Finanzierung von Leistungen ein stärkerer Fokus auf ökonomischen Aspekten liegt.

Neben der symbolischen Ordnung, den Regulierungsmechanismen und der feldspezifischen Expertise werden die Grenzen des Feldes durch die zugehörigen Institutionen<sup>24</sup> bestimmt. Während der Schwerpunkt der Beschreibung der Regulierungsmechanismen auf rechtlichen Rahmenbedingungen lag, ermöglicht die Darstellung der Institutionen einen anderen Blickwinkel auf das Feld der Gesundheit und insbesondere das Teilfeld der Gesundheitsversorgung.

### 2.1.5 Institutionalisierte Gesundheitsversorgung

Um die Funktionsweise der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verstehen, ist zunächst eine allgemeine Einführung in das Gesundheitssystem vonnöten. Daran anschließend können die Versorgungsformen und die Feldposition als Einflussfaktor auf die gesundheitliche Versorgung dargestellt werden.

In schematischer Darstellung sind drei Formen von Gesundheitssystemen zu unterscheiden, die allerdings polythetisch klassifiziert sind und folglich nicht in ihrer idealtypischen Form vorliegen. Staatliche Gesundheitssysteme unterliegen den Prinzipien der Solidarität und Wohlfahrt. Die Gesundheitsversorgung soll allen Bürger:innen steuerlich finanziert zur Verfügung stehen, Ausführung und Verteilung obliegt dem Personal staatlicher Institutionen. In wirtschaftsliberalen Gesundheitssystemen gelten die Prinzipien der Äquivalenz und des freien Marktes. Bürger:innen sind selbst für ihre gesundheitliche Versorgung verantwortlich, Versicherungen sind freiwillig und arbeiten genauso wie die Leistungserbringer streng nach kapitalistischen Maßstäben. Die dritte Form von Gesundheitssystemen ist die korporatistische, in der die Prinzipien der Solidarität, der Selbstverwaltung und der Subsidiarität zentral sind. In

---

<sup>24</sup> Obwohl der Begriff der Institution immer wieder in Bourdieus Werken auftritt, beispielsweise im institutionalisierten kulturellen Kapital oder in der Beschreibung des Staates als bürokratische Institution, ist dessen Verwendung diffus und wird auch in der Sekundärliteratur nicht als Grundkonzept verstanden. Klar ist, dass die Institution als Teil der Feldkonzeption eine relevante Stellung einnimmt, denn sie repräsentiert eine dingliche Gegenposition zum Habitus. Die Institution ist nach Bourdieu Verständnis Repräsentantin symbolischer Gewalt, indem sie durch ihren strukturierenden Charakter die Akteure vergessen lässt, dass sie nicht natürlich entstanden ist, sondern geschaffen wurde (Florian 2008, S. 4–7).



diesen Systemen gilt eine allgemeine Versicherungspflicht, die Höhe der Beiträge wird nicht aus dem persönlichen Risiko für den Leistungsfall ermittelt, sondern basiert auf der Verfügbarkeit individueller finanzieller Ressourcen. Leistungserbringer und Leistungsträger<sup>25</sup> entscheiden in Selbstverwaltungsgremien demokratisch über die Finanzierung von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung (Kögel 2021, S. 118–119). Ähnlich wie für das Gesamtsystem kann die Versorgung durch die Krankenkassen beschrieben werden. Die korporatistische Form wird hierbei als Bismarcksystem bezeichnet. Hierbei handelt es sich um ein System, in dem einkommensabhängige Beiträge an eine GKV (Sozialversicherung) abgeführt und von privaten wie öffentlichen Leistungsträgern administriert werden. Es liegt zwischen den extremen Formen, in denen die Gesundheitsversorgung ausnahmslos in staatlicher Hand liegt (Beveridge-Modell, vergleichbar mit staatlicher Form der Gesundheitsversorgung) beziehungsweise dem Markt-Modell, in dem alle Gesundheitsleistungen durch private Anbieter erbracht werden (vergleichbar mit wirtschaftsliberaler Form der Gesundheitsversorgung). Die deutsche Krankenversorgung wird dem Bismarck-Modell zugeordnet und obwohl zunächst nur wenige marktwirtschaftliche Elemente enthalten waren, gewinnen diese zunehmend an Bedeutung (Pfaff und Pfortner 2016, 328–329). In den Prinzipien, die den Formen der Gesundheitssysteme zugrunde liegen, zeigen sich zwei differierende moralische Ansätze. Zum einen die Solidarität und zum anderen die Äquivalenz. Bei solidarischen Ansätzen übernimmt die Solidargemeinschaft die Finanzierung von Leistungen an Bedürftige. Basiert die moralische Vorstellung auf dem Äquivalenzgedanken, erhalten nur diejenigen Leistungen, die sich Anrechte darauf erworben haben (Kögel 2021, S. 119). Die verschiedenen Gestaltungsprinzipien haben sowohl einen Einfluss auf das Gesundheitssystem als auch darauf, welche Akteure im Feld der Gesundheit besonders relevant sind.

Besonders interessant am deutschen Gesundheitssystem ist, dass häufig Prinzip und Gegenprinzip gemeinsam wirken, was auf die Aufteilung der Krankenversicherung in privat und gesetzlich zurückgeführt werden kann. Während in der GKV solidarische, gemeinschaftliche Prinzipien gelten, wird in der privaten Krankenversicherung (PKV) stärker auf das Individuum abgestellt. Beiden gemeinsam ist jedoch, dass sie eine gewisse Selbstverantwortung erfordern. Im ersten Fall aus solidarischen im zweiten Fall aus persönlichen finanziellen Gründen (Pfaff und Pfortner 2016, S. 329–331). In Deutschland gibt es 97 gesetzliche Krankenkassen und fast 90 % der Deutschen sind gesetzlich versichert. Der gesetzliche Auftrag der Krankenversicherung lautet, die Gesundheit zu erhalten, diese im Krankheitsfall wiederherzustellen und zu verbessern. Die Krankenversicherung ist eine der ältesten Sozialversicherungen in Deutschland, sie

---

<sup>25</sup> Als Leistungsträger werden im Sozialrecht Körperschaften, Anstalten und Behörden bezeichnet, die für Sozialleistungen zuständig sind (vgl. § 12 SGB I).

wurde Ende des 19. Jahrhunderts für Arbeiter:innen gegründet und steht seit 1911 auch für Angestellte zur Verfügung. Seit 1996 ist die Krankenversicherung frei wählbar, um einen Wettbewerb zwischen den Kassen herzustellen und regionale Disparitäten auszugleichen. Krankenkassen schließen Verträge mit Versorgern (Selektivverträge) und Arzneimittelherstellern (Rabattverträge) und werden über den Gesundheitsfond finanziert, in dem staatliche Gelder, Versichertenbeiträge, Abgaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) und DRV (Arbeitslose/Rentner) zusammenfließen. Das Gesamtvolumen beläuft sich auf ca. 256 Milliarden Euro pro Jahr (BMG 2022, S. 26–29).

In Deutschland als föderalem Staat sind die Aufgaben zur gesundheitlichen Versorgung inklusive Präventionsangeboten auf drei Ebenen verortet: Bund, Länder, Kommune. Dabei agieren das BMG mit seinen Instituten, die Landesgesundheitsministerien und -ämter sowie die Gesundheitsämter, Schulen und Kindergärten (Eichhorn und Nagel 2010, S. 11). Diesen staatlichen Aufgaben gegenüber steht das sogenannte Selbstverwaltungsprinzip der Gesundheitsversorgung, das einige Akteure des Feldes mit bedeutendem Einfluss ausstattet. Neben dem Staat, dessen Akteure mit Hilfe ihrer legislativen Funktion Rahmenbedingungen vorgeben, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über die konkrete Ausgestaltung gesundheitlicher Versorgung. Vertreten werden hier die Leistungserbringer (Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Zahnärzt:innen, Krankenhäuser), die Leistungsträger (Krankenkassen) und die Versicherten. Patientenorganisationen sind zwar nicht vertreten, haben aber ein Recht auf Mitberatung. Durch die Auswahl der Akteure im G-BA wird deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem als Mischform mit korporatistischem Schwerpunkt klassifiziert werden kann (Kögel 2021, S. 126). Die Hauptaufgabe des G-BA ist der Beschluss von Richtlinien und die Forschungsförderung. Die Entscheidungen des G-BA bezüglich Richtlinien und Leistungsansprüchen der Versicherten sind verbindlich (BMG 2022, S. 12). Nach eigenen Angaben stellt der G-BA die Zusammenarbeit zwischen den staatlichen Akteuren und Vertreter:innen der Krankenkassen sicher (G-BA 2023). Die Relevanz von Institutionen wie dem G-BA ist in der Versäulung der Sozialgesetzgebung begründet, die die Zuständigkeiten der Rechtskreise klar voneinander abgrenzt. Insgesamt bilden fünf Säulen die Basis der Sozialversicherung: Arbeitsförderung (SGB II, SGB III), gesetzliche Versicherungen zu Krankheit (SGB V), Rente (SGB VI) und Unfall (SGB VII) und die soziale Pflegeversicherung (SGB XI). Alle Säulen tragen zur Gesundheitsversorgung bei, indem sie gesundheitsbezogene Leistungen finanzieren und deren Notwendigkeit beurteilen. Die Arbeitsförderung finanziert berufliche Rehabilitation bei chronischer Erkrankung oder Behinderung, für die Krankenversicherung ist die Gesundheit das Kerngeschäft, die DRV finanziert Prävention, medizinische und berufliche Rehabilitation für Erwerbstätige, die Unfallversicherung agiert analog zu Kranken- und Rentenversicherung bei Arbeitsunfällen und die Pflegeversicherung soll das Wohlergehen im Alter gewährleisten. Säulenübergreifende

Entscheidungen werden nur durch gemeinsame Gremien wie den G-BA ermöglicht. Für die Betroffenen hat dieses übergreifende Gremium allerdings nur eine geringe Relevanz, denn es beeinflusst nicht den Zugang zu Leistungen. Sowohl die Fragmentierung des Gesundheitssystems als auch die Teilung in verschiedene Versorgungsformen stellt in der Regel eine Belastung für die Betroffenen dar (Vries et al. 2017, S. 104; Thyen 2010, S. 234). So kann beispielsweise die Versorgung chronischer Erkrankungen nicht allein durch den ambulanten Sektor erfolgen, sie muss durch rehabilitative Interventionen ergänzt werden (Schumann et al. 2016, S. 61). Dies bedeutet eine Hürde bei der Beantragung von Leistungen, da die jeweiligen Zuständigkeiten für die Betroffenen undurchsichtig sind.

Neben den allgemeinen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind verschiedene Versorgungsformen zu unterscheiden, die sich an der Art der Erkrankung orientieren. Hierbei können vorbeugende Formen wie Prävention und Public Health sowie Kuration oder Palliativmedizin unterschieden werden. Die Versorgung kann außerdem durch formelle oder informelle Institutionen der Gesundheitsversorgung erbracht werden.

#### 2.1.5.1 Versorgungsformen

Formelle Leistungen der institutionalisierten Gesundheitsversorgung erbringen in Deutschland überwiegend nicht-staatliche Akteure, eine Minderheit der Kliniken befindet sich in öffentlicher oder kommunaler Trägerschaft. Zählt man auch präventive Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung, steigt der Anteil staatlich finanzierter Maßnahmen. Als weiteres Prinzip der korporatistischen Form gilt die Subsidiarität, die die Selbstverwaltung der Leistungserbringer und -träger in eigenen Gremien beschreibt. Staatliche Aufgabe ist lediglich die Festlegung und Kontrolle von entscheidungs- und handlungsleitenden Parametern. Zudem besteht eine nach solidarischem Prinzip agierende GKV, die durch die nach dem Äquivalenzprinzip ausgerichtete PKV ergänzt oder ersetzt werden kann (Kögel 2021, S. 135–138). Ein Sonderfall der Versorgung sind die IGeL. IGeL sind entgegen des durch den Wortlaut *individuelle* Gesundheitsleistungen implizierten Personenbezugs institutionalisierte Gesundheitsleistungen. Sie unterscheiden sich von anderen Leistungen dadurch, dass sie von den Betroffenen selbst bezahlt werden müssen, also keine Kostenübernahme durch die GKV erfolgt. Es gibt einen großen ökonomischen Anreiz für die Ärzteschaft IGeL anzubieten, da die Abrechnung vergleichsweise wenig aufwändig ist. Dennoch ist davon auszugehen, dass das kulturelle Kapital der Ärzteschaft, das den Heilauftrag über die wirtschaftlichen Interessen stellt, verhindert, dass regelmäßig Leistungen empfohlen werden, die für die Betroffenen keinen gesundheitsförderlichen Effekt haben (Kögel 2021, S. 195–196). Neben den formellen Institutionen der Gesundheitsversorgung, dürfen die informellen nicht außer Acht gelassen werden. Informelle Institutionen der Gesundheitsversorgung

können alternativmedizinische Angebote sein, aber auch Hausrezepte, Online-recherchen und vor allem die häusliche Pflege. Hierbei ist beispielsweise die Krankenversorgung hervorzuheben, die Eltern gegenüber ihren Kindern erbringen (Kögel 2021, S. 135), wenn entweder die Krankheitsschwere keinen Zugang zu professioneller Krankenversorgung erlaubt oder aus anderen Gründen keine Inanspruchnahme erfolgt. Im Falle von Adipositas können auch Sportvereine als Teil der Gesundheitsversorgung mit präventivem Charakter verstanden werden. Informelle Institutionen sind stark vom kulturellen sowie in geringerem Maße vom ökonomischen Kapital und vom Habitus abhängig. Sie können sich somit sowohl kulturell bedingt als auch in sozialen Gruppen unterscheiden.

Die möglichen Versorgungsformen sind von Art und Schwere der zu versorgenden Erkrankung abhängig. Adipositas wird als chronische Erkrankung klassifiziert und es wird angenommen, dass Maßnahmen gegen Übergewicht dem Krankheitsbild Adipositas ebenfalls vorbeugen. Kuration und Palliativmedizin spielen in der Behandlung von Adipositas eine untergeordnete Rolle. Es ist daher naheliegend den Schwerpunkt der Darstellung von Versorgungsformen auf Prävention und Public Health zu legen. Die Typisierung von Prävention erfolgt üblicherweise stufenweise über den Schweregrad der Erkrankung oder Beeinträchtigung. Primärprävention dient der Prophylaxe von Erkrankungen, beispielsweise durch Impfungen, die Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (U-Untersuchungen) oder der nationale Aktionsplan IN FORM. Ist eine Erkrankung oder Beeinträchtigung bereits in geringem Maße vorhanden oder soll frühzeitig erkannt werden, spricht man von sekundärer Prävention, Beispiele hierfür sind Pränataldiagnostik oder das Hautscreening zur Krebsvorsorge. Der tertiäre Typ der Prävention dient der Abwendung langfristiger Schäden und Spätfolgen bei bestehenden (chronischen) Erkrankungen und Beeinträchtigungen, hierzu werden rehabilitative Leistungen gerechnet (Jerusalem 2017, S. 137). Generell kann Prävention auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen, wobei Verhaltens- und Verhältnisansätze unterschieden werden. Ziel der Verhältnisprävention ist im Gegensatz zur individuellen Verhaltensprävention, bevölkerungsweit einen gesundheitsförderlichen Habitus zu implementieren (Abel und Schori 2009, S. 52). Werden Verhältnis- und Verhaltensprävention miteinander kombiniert, entsteht ein holistischer Ansatz, der als Setting-Ansatz bezeichnet wird. Er trägt der Annahme Rechnung, dass sich der Habitus im Zusammenspiel zwischen Mensch und Umfeld entwickelt (Ströbele-Benschop und Depa 2018, S. 312). Geeignete Umgebungen zur Implementierung von settingbasierten Ansätzen sind diejenigen, die potenziell die gesamte Bevölkerung erreichen. Häufige Settings sind: Arbeitsplätze, Kinderbetreuungseinrichtungen und Gemeinden. Je nach Auswahl der Umgebung müssen spezifische, angepasste Maßnahmen entwickelt werden (Ströbele-Benschop und Depa 2018, S. 315–320). Schulische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung fallen ebenfalls in diese Kategorie,

da sie sowohl auf der Mikro- (Individuum) als auch auf der Mesoebene (Institution) wirken (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 5). Bevölkerungsweite meist staatliche Ansätze (Verhältnis und Setting) werden unter dem Begriff Public Health subsummiert (Ströbele-Benschop und Depa 2018, S. 311).

Staatliche Public Health Maßnahmen können in regulative und informative Formen unterteilt werden. Dabei umfasst die direkte Regulation gesetzliche Regelungen beispielsweise die Schulverpflegung oder Lebensmittelwerbung betreffend. Direkte regulatorische Maßnahmen schränken einerseits die Wahlfreiheit der Einzelnen ein, andererseits können sie nachteilig für die Wirtschaft sein. Beide Elemente – die Wahlfreiheit wie die hohe Relevanz ökonomischer Aspekte – können als grundlegende Werte betrachtet werden und sind somit Aspekte symbolischer Gewalt. In der Folge werden Settingansätze nur selten umgesetzt, da sie diesen Werten widersprechen (Eichhorn und Nagel 2010, S. 11–12). Aufklärungs- und Informationsprogramme stellen demgegenüber den größten Anteil staatlicher Präventionsmaßnahmen, obwohl sie in der Regel am wenigsten positive Auswirkungen haben, da Wissen allein selten einen unmittelbaren Einfluss auf den Gesundheitshabitus hat (Eichhorn und Nagel 2010, S. 12). Die relative Häufigkeit dieser Angebote ist vermutlich auf die unkomplizierte, konfliktfreie Umsetzbarkeit zurückzuführen. Denn von den einflussreichen Akteuren im Feld wird hierbei keine Kapitaleinsatz oder Kapitalverlust erwartet. Die Zielgruppe ist zudem unspezifisch, die Maßnahmen sind in der Regel auf Gruppen in niedrigen Feldpositionen gerichtet. Dennoch werden die Maßnahmen allgemein akzeptiert, da sie als etwas dargestellt werden können, das im Interesse der Gesamtbevölkerung liegt. Auf die gesundheitsschädigende Wirkung bestimmter Verhaltensweisen hinzuweisen, ist eine besonders häufige Methode im Rahmen der Public Health, die Bevölkerung zu adressieren (Crammond und Carey 2017, S. 91–92).

Eine weitere systematische Unterscheidung von Public Health Maßnahmen erfolgt nach der jeweiligen Implementierungsstrategie. Bei einem Vorgehen bottom-up werden einzelne Stakeholder identifiziert, die als Multiplikatoren fungieren. Demgegenüber wäre ein Ansatz nach dem top-down Prinzip gekennzeichnet von beispielsweise gesetzlich oder politisch oktroyiertem Vorgehen (Ströbele-Benschop und Depa 2018, S. 321). Nur selten wird dabei berücksichtigt, dass die Akteure über begrenzte Handlungsoptionen verfügen (Abel und Schori 2009, S. 55). Feldtheoretisch betrachtet ist zu erwarten, dass Maßnahmen, die auf Bevölkerungsebene regulatorisch bottom-up ansetzen, den größten Erfolg haben, denn Habitus ist durch die soziale Gruppe und das Feld determiniert und durch seine Inkorporation veränderungsresistent. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein Informationsangebot nennenswerte Auswirkungen hat. Ebenso wenig können individuelle Maßnahmen auf Gruppenebene wirksam sein. Das top-down Prinzip läuft dem Abgrenzungswillen der niedrigen Feldpositionen gegenüber der Elite zuwider, die bewirken, dass der Habitus der hohen

Feldpositionen abgelehnt wird. Häufig fokussieren präventive Maßnahmen allerdings stark auf die Individuen und die Veränderung individueller Verhaltensweisen. Für ausgewogene Public Health Strategien ist aus feldtheoretischer Perspektive die Einbindung und Veränderung der strukturellen Gegebenheiten notwendig, da im gesundheitsbezogenen Lebensstil in Form des Gesundheitshabitus Struktur und Agency gleichermaßen zum Tragen kommen (Cockerham et al. 2006, S. 182). Es ist anzunehmen, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Adoleszenz besonders wirksam sind, da diese Phase bedeutsam für die Entwicklung des Habitus ist (Azar et al. 2020, S. 2).

Neben Public Health Ansätzen ist die Rehabilitation als Tertiärprävention Teil der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Adipositas. Leistungen zur Tertiärprävention haben eine deutlich kleinere Zielgruppe als Public Health Maßnahmen, denn sie stehen Menschen mit chronischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Behinderungen zur Verfügung. Dabei werden chronische Erkrankungen aufgrund ihrer zum Teil weitreichenden Konsequenzen für die soziale Teilhabe vom Gesetzgeber mit Behinderungen gleichgesetzt. Ein weiterer Unterschied zu primärer und sekundärer Prävention ergibt sich aus den Zugangs- und Inanspruchnahmemöglichkeiten. Rehabilitation kann nur auf Antrag<sup>26</sup> bei einem der zuständigen Träger durch die Sozialversicherung finanziert werden, sie hat Vorrang vor Leistungen zur Erwerbsminderungsrente und der Pflegeversicherung. Die Bewilligung des Antrages erfolgt, wenn der für die Bewilligung zuständige Träger von einer Bedürftigkeit und Fähigkeit zur Rehabilitation ausgeht (Becker und Morfeld 2019, S. 602). Es werden drei Formen von Rehabilitation unterschieden: medizinische, berufliche und soziale (Becker und Morfeld 2019, S. 603–604). Adipositas als Krankheitsbild ist lediglich in Ausnahmefällen Ziel von beruflichen oder sozialen Rehabilitationsmaßnahmen, daher wird auf die Darstellung dieser verzichtet. Medizinische Rehabilitation wird überwiegend durch DRV und GKV finanziert. Sie kann stationär also mit Übernachtung der Betroffenen in der Rehabilitationseinrichtung oder ambulant mit Übernachtung zu Hause erbracht werden. Die vorgesehenen Zeiträume zur Erbringung der Leistung variieren stark und sind von der zu behandelnden Indikation abhängig. Rehabilitation dient nicht der Kuration, sondern der Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit (Becker und Morfeld 2019, S. 603), somit zielt sie auf die Normierung respektive Angleichung von Menschen mit Behinderung an die geltende Gesellschaftsordnung ab. Rehabilitationseinrichtungen können somit als Besserungsanstalten<sup>27</sup> im Sinne des Ziels der Verbesserung also Optimierung betrachtet werden (Waldschmidt 2007, S. 37). Die Rehabilitationswissenschaft ist traditionell eine medizinnähe Disziplin, ihr ist somit ein

---

<sup>26</sup> Einzige Ausnahme stellen Arbeits- oder Wegeunfälle dar, die von der gesetzlichen Unfallversicherung von Amts wegen erbracht werden.

<sup>27</sup> Mit bestem Dank an Thorsten Szydlík, der diesen Begriff in einem persönlichen Gespräch aufgebracht hat.

ähnlicher Blick auf Krankheit zu eigen, wie er auch von Ärzt:innen angewandt wird. Dieser Blick konzentriert sich auf die Erkrankung beziehungsweise das erkrankte Organ als solches und räumt dem sozialen Kontext einen untergeordneten Stellenwert ein. Was nicht perceptiv erfassbar beziehungsweise erfahrbar ist, dessen Existenz wird in Frage gestellt (Schäfer 1981, S. 187). Für die Wahrnehmung von Behinderung bedeutet dies in der Regel, dass ihr defizitärer Charakter im Vordergrund steht und ihre soziokulturelle Komponente einschließlich stigmatisierender Zuschreibungsprozesse ignoriert wird (Waldschmidt 2011, S. 91). Rehabilitation wird von der niedergelassenen Ärzteschaft als sinnvoll und mindestens kurzfristig wirksam erachtet. Zudem wird die Interdisziplinarität, die zusätzlichen Diagnosemöglichkeiten und der Lerneffekt der Betroffenen als Vorzüge geschildert. Neben dem verbesserten Krankheitsmanagement wird die Steigerung des Selbstwertes als positiv betrachtet (Schumann et al. 2016, S. 19–20). Allerdings sind rehabilitative Maßnahmen bei der Indikation Adipositas, wenn zur Messung der Wirksamkeit der BMI als primärer Outcomeparameter angelegt wird, häufig maximal mittelfristig wirksam. Die Gründe hierfür können aus feldtheoretischer Perspektive leicht gefunden werden, denn für eine dauerhafte Gewichtsreduktion ist eine Veränderung des Habitus notwendig, der bekanntlich sehr veränderungsresistent ist. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen könnte demzufolge gesteigert werden, wenn die Ziele der Rehabilitation mit dem Habitus vereinbar sind.

In der Kinder- und Jugendrehabilitation spielt der Einbezug der Eltern eine große Rolle, denn häufig kann das Krankheitsmanagement von Minderjährigen nicht alleine bewältigt werden (Petermann et al. 2017, S. 88). Zudem kommt den Eltern bei der Beantragung medizinischer Rehabilitation unbestritten eine Schlüsselrolle zu, denn Minderjährige können keine Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation stellen (Schumann et al. 2016, S. 39). Allerdings wird zum Teil in Frage gestellt, ob es auch in der Adoleszenz noch hilfreich ist, die Eltern in lebensstilverändernde Maßnahmen einzubeziehen, da deren Autorität in dieser Lebensphase nachlässt. Studien kommen diesbezüglich zu indifferenten Ergebnissen (Azar et al. 2020, S. 2). Im Kontext von Adipositas kann empirisch festgestellt werden, dass obwohl Jugendliche sich zunehmend von ihren Eltern emanzipieren, die Eltern dennoch eine große Rolle als Vorbilder spielen. Zudem sind sie meistens für die Zubereitung der Mahlzeiten und den Einkauf zuständig und haben somit einen großen Anteil daran, was die Jugendlichen zu sich nehmen. Geringere Bedeutung haben die Eltern für das Bewegungsverhalten. Jugendliche berichten häufig, nicht mit ihren Eltern gemeinsam Sport treiben zu wollen, dennoch kann auch hier die Vorbildfunktion noch wirksam sein (Azar et al. 2020, S. 7). Den Eltern wird von den Leistungsträgern und Leistungserbringern eine hohe Relevanz eingeräumt. Dies zeigt sich darin, dass der Einbezug des Familiensystems unter einem eigenen Begriff firmiert. Bei familienorientierter Rehabilitation (FOR) wird, wenn möglich, das gesamte Familiensystem über die vorliegende Krankheit sowie das weitere Vorgehen aufgeklärt

und in die Behandlung einbezogen (Thyen 2010, S. 232). Exemplarisch steht die FOR für eine Formalisierung informeller Gesundheitsversorgung. Die informelle Gesundheitsversorgung ist wesentlich stärker abhängig von zur Verfügung stehenden Ressourcen der sozialen Gruppe und somit von der Feldposition als die formelle institutionalisierte Krankenversorgung. Behinderung kann nicht nur als Ursache, sondern auch als Folge sozialer Exklusionsmechanismen und symbolischer Gewalt betrachtet werden. Daher sieht die UN-BRK es als gesellschaftliche Aufgabe an, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Einschränkungen oder Behinderung die uneingeschränkte Teilhabe zu ermöglichen (Becker und Morfeld 2019, S. 599).

Das Internet nimmt eine Sonderrolle in der Gesundheitsversorgung ein. Bereits 2005 konnte festgestellt werden, dass es durch die Bereitstellung von Informationen zu Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leistet beziehungsweise den Zugang erleichtert. Soziale Onlinenetzwerken sind insbesondere für Jugendliche die Hauptinformationsquelle. Professionell begleitet kann das Internet zudem als beratende und therapeutische Instanz fungieren (Meurer und Siegrist 2005, S. 51). Das Internet stellt somit einerseits eine informelle Institution der Gesundheitsversorgung dar, andererseits kann es in die formell institutionalisierte Gesundheitsversorgung eingebunden sein. Es eignet sich sehr gut, um ortsunabhängig zwischenmenschliche Beziehungen zu knüpfen und zu erhalten. Es kann zudem ohne direkten Kontakt zu anderen Personen als Quelle für Wissen oder zum Zeitvertreib genutzt werden (Hofer 2012, S. 294). Erfolgt die Kommunikation computervermittelt und zeitversetzt statt unmittelbar in leiblicher Kopräsenz kann dies für Jugendliche vorteilhaft sein. Durch die Option anonym und asynchron zu reagieren, können Unterhaltungen stärker selbstbestimmt und durchdacht geführt werden. Zudem können durch die Ortsunabhängigkeit selbst dann Interessensgruppen gefunden werden, wenn sie nur sehr wenige Menschen umfassen (Glüer 2018, S. 204–205). Digitale Medien konnten bereits 2018 in annähernd jedem Haushalt von Jugendlichen in Deutschland konsumiert werden. Am weitesten verbreitet waren Smartphones (99 %, 98 % im Besitz der Jugendlichen) und Computer einschließlich Laptops (98 %, 74 % im Besitz der Jugendlichen) (Glüer 2018, S. 199–200). Die Zahlen haben sich gegenüber 2022 kaum verändert. Die für Jugendliche am häufigsten verfügbaren Geräte sind Smartphones mit einer Abdeckung von 99 % (eigenes Gerät: 95 %), direkt gefolgt von Computern beziehungsweise Laptops mit 97 % (eigenes Gerät: 73 %) und Fernsehern mit 96 % (eigenes Gerät: 58 %) (Feierabend et al. 2022, S. 5–9). Diese Zahlen zeigen, dass bei digitaler Versorgung Jugendlicher in der Regel keine Zugangsbarriere durch fehlende Endgeräte entsteht, sofern der Zugriff für die Betroffenen smartphonebasiert erfolgt, da diese Geräteform mit Abstand am weitesten verbreitet ist. Durch die Einbindung in formale Institutionen der Gesundheitsversorgung unterstützt Software als Teil einer Institution die Behandlung (beispielsweise Medical-Decision-Support-Systeme, Apps



zum Klinikaufenthalt) oder betreibt gesundheitliche Versorgung als eigenständige Institution. In diesem Fall muss zwischen Angeboten mit (therapeutische Apps mit Kontakt zu Fachleuten beispielsweise CASPAR<sup>28</sup>) und ohne (beispielsweise DiGA<sup>29</sup>) Personenkontakt unterschieden werden. Sie finden sowohl im Bereich der Prävention inklusive Rehabilitation als auch bei Public Health Maßnahmen Verwendung. Das größte Verbesserungspotenzial von Leistungsangeboten im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch digitale Technologien wird in der Nachsorge gesehen (Farin-Glattacker et al. 2019, S. 175).

Die in Deutschland herrschende korporatistische Form des Gesundheitssystems hat negative Auswirkungen auf dessen Innovationsfähigkeit. Neues einzuführen ist ein langwieriger Prozess, an dem viele Gruppen und Institutionen mit unterschiedlichen Interessen beteiligt sind. Im Falle der Digitalisierung tritt dieses Hemmnis besonders deutlich zu Tage, denn die rasant fortschreitende Entwicklung überholt regelmäßig die Abstimmung zur Einführung neuer Technologien. Zudem werden häufig nur einzelne Elemente eines Workflows digitalisiert, was zu einer irritierenden Mischung aus papierbasiert und digital führen kann, die mit Mehraufwand für alle Beteiligten verbunden ist (Caumanns 2019, S. 23). Digitale Technologien in der rehabilitativen Versorgung stellen eigene Anforderungen an die Arbeitsabläufe der Leistungserbringer. Das bedeutet in der Regel, dass diese Prozesse im Zuge der Implementierung angepasst werden müssen, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten (Farin-Glattacker et al. 2019, S. 178). Beispielsweise stammen die derzeit in Krankenhäusern zum Einsatz kommenden digitalen Patient:innenverwaltungssysteme aus den 1990er Jahren. Da in Krankenhäusern nur wenig Ressourcen dafür zur Verfügung stehen, wurde auf eine umfassende Erneuerung dieser Systeme in den letzten Jahrzehnten verzichtet (Caumanns 2019, S. 26). Die Beobachtung, dass die Digitalisierungshürden im deutschen Gesundheitssystem zunehmend offenbar werden, birgt die Chance grundlegender, zielführender Veränderungen. Beispielsweise wird durch den Digitalisierungsprozess die Position der Betroffenen gestärkt, denn durch den unmittelbaren Nutzen dieser Anwendungen für die Betroffenen entsteht ein Markt, der für Investitionen interessant wird. Darüber hinaus streben digitale Anwendungen eine Einbindung in bestehende Strukturen und somit Interoperabilität an, obwohl sie parallel entwickelt werden (Caumanns 2019, S. 28). Eine zügige Umsetzung digitaler Verfahren in die Gesundheitsversorgung könnte dadurch gewährleistet werden, dass die Betroffenen stärker eingebunden werden und ihren Bedarfen und Bedürfnissen mehr Gewicht eingeräumt wird (Caumanns 2019, S. 24). Ohne Akzeptanz durch diejenigen, die Onlineinterventionen nutzen sollen, ist keine

---

<sup>28</sup> Bei Caspar Health handelt es sich um eine digitale Nachsorge für Rehabilitand:innen im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation (Caspar Health 2023).

<sup>29</sup> Die Nutzung von DiGA wird durch die GKV finanziert. Sie fallen in den Bereich des BfArM und gelten somit als zertifizierte Medizinprodukte (BfArM 2023).

erfolgreiche Implementierung zu erwarten. Hierbei sind zwei Gruppen zu unterscheiden. Erstens die Betroffenen, die einen Bedarf an der Leistung haben, und zweitens diejenigen, die die Leistung erbringen sollen. Noch 2016/17 war das Interesse der ersten Gruppe abgesehen von der Altersklasse der Kinder und Jugendlichen gering. Die zweite Gruppe äußert sich befragt zur digitalen Kommunikation ähnlich skeptisch. Bedenken werden beispielsweise bezüglich der persönlich-emotionalen Kommunikationsaspekte geäußert (Farin-Glattacker et al. 2019, S. 163–166).

#### 2.1.5.2 Die Wirkung der Position im Feld auf die gesundheitliche Versorgung

Wie bereits in Kapitel 2.1.2.2 beschrieben, ist es sinnvoll die Auswirkungen der Feldposition auf die gesundheitliche Versorgung auf mehreren Ebenen zu betrachten: Zugang, Inanspruchnahme und Qualität der Versorgung (dem Knesebeck et al. 2009, S. 60). Die vorhandenen Ressourcen wirken dabei auf allen Ebenen: Ökonomische Einflussfaktoren können beispielsweise die Versicherung, die Berufstätigkeit der Eltern oder die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel sein. Kulturelles Kapital insbesondere Bildung und Sprachkompetenz sowie symbolisches Kapital kann beispielsweise bei der Durchsetzung eigener Interessen gegenüber der feldspezifischen Expertise unterstützen. Der aktuelle Forschungsstand gibt Hinweise darauf, dass dem Habitus dabei eine signifikante Bedeutung zukommt, denn er wirkt sich auf die Gespräche zwischen Betroffenen und medizinischen Fachkräften aus, prägt die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie das Kohärenzgefühl (Bauer 2009, S. 397).

Zunächst werden die Auswirkungen auf den Zugang zu medizinischen Leistungen betrachtet. Zugang unterscheidet sich von Inanspruchnahme durch seine Passivität in der Bereitstellung der Leistung. Ob die Leistung tatsächlich wahrgenommen wird, liegt in der Hand der Betroffenen, die sich aktiv für eine Inanspruchnahme entscheiden müssen. Die ungleiche Verteilung von Gesundheitsangeboten verhindert einen gerechten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Einige soziale Gruppen sowie ländliche Gebiete sind benachteiligt oder werden ausgeschlossen. Dieses Phänomen ist weltweit verbreitet und verschärft sich zunehmend (Collyer et al. 2015, S. 687). Generell gilt, je schlechter die Ausstattung mit ökonomischem Kapital ist, desto schlechter ist der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Dies betrifft nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche, die ökonomisch in der Regel von ihren Eltern abhängig sind. Hierzu liegen allerdings vor allem Studienergebnisse aus den USA vor, die aufgrund der Unterschiede in den Gesundheitssystemen nur bedingt mit der Situation in Deutschland vergleichbar sind (Bauer 2009, S. 392). Während in den USA naheliegenderweise vor allem Nicht-Versicherte einen eingeschränkten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben, gelten in Deutschland Unterschiede im Leistungsangebot und -umfang privater und gesetzlicher Krankenkassen (Bauer 2009, S. 392). Eine Auswirkung, die sich nicht auf ökonomisches, sondern auf kulturelles Kapital

zurückführen lässt, ist, dass Personen in niedrigen Feldpositionen im Bedarfsfall Schwierigkeiten haben, den geeigneten Leistungserbringer zu identifizieren. Beispielsweise werden seltener Fachärzt:innen konsultiert und weniger alternativmedizinische Leistungen in Anspruch genommen (Bauer 2009, S. 395). Durch die institutionell bedingte Bürokratisierung des Antragsverfahrens auf medizinische Leistungen insbesondere bei der Rehabilitation entstehen hohe Zugangsbarrieren (Schumann et al. 2016, S. 9). Insbesondere, wenn aus vielen Optionen ausgewählt werden muss, sind Personen mit hohem kulturellem Kapital im Vorteil. Dies spiegelt sich beispielsweise darin wider, dass gut gebildete Personen frühzeitig Hilfe bei psychischen Erkrankungen in Anspruch nehmen, während weniger gebildete häufiger zwangsweise stationär eingewiesen werden (Bauer 2009, S. 396). Für eine erfolgreiche Antragsstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können einige Hürden identifiziert werden. Zum einen ist nicht immer klar, unter welchen Umständen an welchen Träger ein Antrag gestellt werden muss. Für die medizinische Rehabilitation kommen Anträge an GKV oder DRV in Betracht. Zum anderen ist für das Antragsverfahren ein hoher Zeitaufwand erforderlich, die Erfolgsaussichten werden dabei unterschiedlich bewertet. Ablehnungsbescheide sind aus Perspektive der Ärzteschaft nicht ausreichend nachvollziehbar begründet (Schumann et al. 2016, S. 23). Bemerkenswert ist, dass bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der DRV Personen mit niedrigen Feldpositionen signifikant häufiger medizinische Rehabilitationsleistungen erhalten, was sowohl auf einen höheren subjektiven (Antragstellung) als auch objektiven Bedarf (Bewilligung) hinweist (Fach et al. 2021, S. 315).

Nicht nur der Zugang zu Leistungen ist für Menschen mit niedrigeren Positionen im Feld eingeschränkt, sie nehmen Gesundheitsleistungen auch seltener für sich und ihre Kinder in Anspruch. Außerdem unterscheidet sich bei bestimmten Erkrankungen der Behandlungsumfang und die Häufigkeit von Facharztbesuchen (Haverkamp 2018, S. 487–488). Bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können allerdings weder zwischen den Geschlechtern noch in Bezug auf die Position im Feld Unterschiede statistisch belegt werden (Fach et al. 2021, S. 318). Die Gründe für fehlende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Personen in niedrigeren Feldpositionen sind vielfältig. Somit kann der Problematik nicht allein dadurch beigegeben werden, dass mehr ökonomisches Kapital zur Verfügung gestellt wird. Selbst dann, wenn ökonomische Faktoren keine Rolle spielen, kann es von der Position im Feld abhängen, wie sich Menschen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verhalten. Dieses Verhalten spiegelt beispielsweise wider, ab welchem Zeitpunkt eine Empfindung als Teil einer Erkrankung wahrgenommen wird (Boltanski 1976, S. 144–145). Hinzu kommt die differierende Selbstwirksamkeitserwartung, die das Krankheitserleben prägt. Ein Krankheitserleben, das als plötzlich und schicksalhaft wahrgenommen wird, fördert die Vorstellung, nur geringen Einfluss auf den Verlauf

nehmen zu können. Dominiert diese Realität, ergeben in der logischen Konsequenz präventive Maßnahmen nur wenig Sinn (Boltanski 1976, S. 160). Durch die Berücksichtigung des Habitus können daher diversitätssensible, wirksamere Maßnahmen entwickelt werden (Bauer 2009, S. 398). Darüber hinaus kann soziales Kapital, negative Effekte fehlender anderer Kapitalsorten ausgleichen. Dies gilt weniger für das Inanspruchnahmeverhalten bei akuten Erkrankungen, kann die Wirkung bei chronischen Erkrankungen gemessen werden (Bauer 2009, S. 396).

Verbindliche Aussagen bezüglich der Qualität der Versorgung zu treffen ist schwer, denn es ist bereits ein Bias durch den Zugang zur Rehabilitation zu erwarten. Personen, die an Qualitätsuntersuchungen teilnehmen, haben bereits die erste Hürde, bei der Ungleichheitsaspekte eine Rolle spielen, genommen (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 133–135). Zudem ist von einer Ungleichverteilung der Krankheitslast im Feld auszugehen. Wenn Personen aufgrund ihrer niedrigeren Feldposition höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, beginnen sie die Behandlung unter schlechteren Voraussetzungen (Deck und Hofreuter-Gätgens 2016, S. 250). Mehrere Faktoren können den Behandlungsbedarf von Rehabilitanden beeinflussen. Es ist anzunehmen, dass sozial benachteiligte Gruppen einen erhöhten Behandlungsbedarf haben und die Maßnahmen weniger starke, weniger dauerhafte Effekte bewirken (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 172–173). Der starke Fokus auf Informationsweitergabe, der sowohl bei Public Health als auch bei rehabilitativen Maßnahmen nachweisbar ist, führt zu starken Qualitätsunterschieden in Abhängigkeit vom zur Verfügung stehenden kulturellen Kapital und Habitus, die beeinflussen, ob die bereitgestellten Informationen verstanden und umgesetzt werden können (Bauer 2009, S. 394; Berghem 2017, S. 445). Die Bedarfe der Betroffenen bezüglich angemessener gesundheitlicher Versorgung sind abhängig von Diversitätsmerkmalen, die im Rahmen der rehabilitativen Versorgung häufig nicht ausreichend Berücksichtigung finden (Aksakal et al. 2018, S. 512). Die Konsequenz der Erkenntnis, dass gesundheitliche Ungleichheit häufig nicht auf individuelle Ursachen, sondern auf strukturelle Faktoren zurückgeführt werden muss, ist, dass auch Maßnahmen zur Behebung der Ungleichheit bei den Strukturen ansetzen müssen (Crammond und Carey 2017, S. 85). Unbestritten ist ein Ziel des Sozialstaates, Ungleichheiten in der Bevölkerung zu reduzieren, hierzu zählt nicht nur die soziale, sondern auch die gesundheitliche Ungleichheit. Ein Mittel, das dem Staat zur Verfügung steht, ist die Prävention (Hartung 2009, S. 232). Der empirisch nachweisbare Einfluss orthogonaler oder metrischer Variablen wie Bildung und Einkommen auf gesundheitliche Ungleichheit wird häufig als Anlass genommen, diese als Ursache für Ungleichheiten und somit als strukturelle Problematik zu beschreiben. Dabei wird übersehen, dass allein das Auftreten und der Einfluss solcher hierarchisierender Variablen noch nicht die zugrundeliegende Struktur beschreibt, denn sie sind eher Folge der Strukturen als die Struktur selbst (Crammond und Carey 2017, S. 86).

### 2.1.6 Einordnung in das Feldgefüge

Felder definieren sich einerseits über ihre Eigenständigkeit durch spezifische Regeln, Kapitalverteilung und Akteure, andererseits durch die Kräfteverhältnisse und Aushandlungsprozesse im Gesamtgefüge der Felder (Witte und Schmitz 2020, S. 80). Gemäß Bourdieus Konzept sind Felder nicht statisch, sondern verändern sich im Laufe der Zeit. Sie sind abhängig von sozialen, historischen, kulturellen, politischen, umweltbedingten Faktoren und somit dynamisch. Zudem können neue Felder entstehen und bereits existierende Felder bedeutungslos werden. Aufgrund dieser hohen Volatilität ist es nicht möglich, den Zusammenhang der Felder abschließend zu beschreiben. Stattdessen werden exemplarisch diejenigen Felder für den Gesamtzusammenhang aufgeführt, deren Akteure gegenwärtig durch ihre Interaktionen, Konflikte und Allianzen zum Verständnis von juvenilem Übergewicht und juveniler Adipositas im Feld der Gesundheit in Deutschland beitragen. Das Feld der Gesundheit hat in Deutschland durch seine historische sowie gegenwärtige Bedeutung eine hohe politische und ökonomische Relevanz, dementsprechend stark sind die Interdependenzen mit anderen Feldern. Überschneidungen sind zudem bei einflussreichen Akteuren der Felder nachzuweisen, sodass Führungspositionen unterschiedlicher Felder auch in Personalunion ausgefüllt sein können, was auf gemeinsame Beziehungen im Machtfeld hindeutet (Witte und Schmitz 2020, S. 74). Gesundheitskonzepte – beispielsweise, was als gesundheitsförderliches Verhalten gewertet wird – die sich über einen längeren Zeitraum durchsetzen und somit auch von den überlappenden Feldern akzeptiert und antizipiert werden, werden durch ihre Stellung beziehungsweise die Stellung der sie vertretenden Akteure im Feld der Macht in ihrer Position gehalten, nicht durch ihren Wert für den Erhalt von Gesundheit (vgl. Fröhlich 2014, S. 329). Anstoß für Reformen – beispielsweise neue Heilmethoden – zu geben, kann sich nur leisten, wer über ausreichend Kapital verfügt, das auch in anderen Feldern wirksam ist. Andernfalls ist die strukturell bedingte Abhängigkeit vom Feld zu stark und somit das Risiko des Scheiterns hoch und der potenzielle Reputationsgewinn klein (vgl. Janning 2014, S. 347).

Als relationale Felder können exemplarisch Wirtschaft und Politik aufgeführt werden, deren Verbindung zum Feld der Gesundheit durch die geläufigen Begriffe Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik deutlich wird. Diese zeigen, dass in den genannten Feldern spezialisierte Bereiche existieren, die sich mit Gesundheit auseinandersetzen. Weitere Felder, die für das Gesamtgefüge benannt werden können, sind das kulturelle Feld mit den Teilfeldern Bildung und Wissenschaft. Nicht alle Einflüsse, die auf das Feld der Gesundheit wirken, können als eigenständige Felder beschrieben werden. Dies trifft beispielsweise auf Medienberichterstattung zu, deren Wirkung auf das Feld der Gesundheit ebenfalls skizziert wird. Ferner ist zu diskutieren, ob die Gesundheitsversorgung ein eigenes Feld darstellt. Im Folgenden werden die genannten Felder und

Einflüsse in Relation zum Feld der Gesundheit und dem Feldgefüge anhand der für sie spezifischen Regeln, Akteure und zentralen Kapitals beschrieben.

Akteure des ökonomischen Feldes haben traditionell im Machtfeld einen großen Einfluss (Bourdieu 2002). Die spätestens ab den 1970er Jahren einsetzende Kapitalisierung von Gesundheit ermöglicht eine ökonomisch relevante Wertschöpfung bei Gesundheit und Gesundheitsprodukten. Neben der bereits weit früher entstandenen Pharmaindustrie entstehen neue Wirtschaftszweige wie Fitness, Wellness oder Nahrungsergänzungsmittel. Während für Medikamente der Pharmaindustrie strenge gesetzliche Richtlinien gelten, sind diese für die neuen Gesundheitsprodukte bedeutungslos. Die historische Entwicklung zu individueller gesundheitlicher Selbstverantwortung hilft bei der Vermarktung der Produkte. Auf der anderen Seite stehen die Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung, die im Tausch gegen ökonomische Ressourcen mit Hilfe ihrer Expertise für die Wiederherstellung und den Erhalt von Gesundheit zu sorgen haben. Darüber hinaus finanziert die Wirtschaft insbesondere die Pharmaindustrie wissenschaftliche Forschung. Ein Beispiel hierfür ist die International Obesity Task Force (Schorb und Helmert 2011, S. 32). Das zentrale Kapital des ökonomischen Feldes ist ökonomisches Kapital.

Das politische Feld (Bourdieu 2001) des deutschen Sozialstaates hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Regulierungsmechanismen respektive die Regeln und Gesetze im Feld der Gesundheit. Bezogen auf den Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Stellung der Sozialversicherung herauszuheben, denn die Akteure des politischen Feldes schaffen mit der Sozialgesetzgebung deren legislative Grundlage und somit ihren gesetzlichen. Außerdem bestimmen die hohen Positionen im Feld beispielsweise durch Lehrpläne, welchen Stellenwert Gesundheitsbildung in den Lehrplänen der Schulen hat. Neben der gesetzgeberischen Kraft kann die Politik auch finanzielle Mittel für Prävention (beispielsweise für IN FORM) und wissenschaftliche Forschung (beispielsweise für das RKI) bereitstellen, was auf Überschneidungen zu den Feldern Gesundheit und Kultur (Wissenschaft) hinweist. Zudem kann durch Lobbyarbeit ein enger Bezug zum ökonomischen Feld hergestellt werden. Ein wesentlicher Bestandteil des politischen Feldes, in dem die aufgestellten Regeln und Normen umgesetzt werden, sind die fünf Säulen der Sozialversicherung, die auf Basis ihres gesetzlichen Auftrages die Gesundheitsversorgung in Deutschland regeln. Die Sozialversicherung ist somit eine Exekutive zum politischen Feld und handelt in dessen Auftrag. Durch sie ergeben sich weitere Überschneidungen zum ökonomischen Feld, denn die Träger der Sozialversicherung finanzieren oder beauftragen Leistungserbringer, Heil- und Hilfsmittel. Das zentrale Kapital des politischen Feldes ist symbolisches Kapital, das eingesetzt wird, um die geltenden Regeln und Normen zu legitimieren (Schneickert 2015, S. 185).

Welchen Einfluss Überzeugungen, Traditionen und Normen haben, wurde bereits in den einleitenden Kapiteln deutlich. Sie prägen die Vorstellungen von Gesundheit und

Krankheit sowie die Praktiken im Umgang mit Gesundheit, Krankheit, Körper oder erkrankten Menschen. Im kulturellen Feld wird ausgehandelt, was als die angemessene Wahl der formellen und informellen Gesundheitsversorgung betrachtet wird. Dies kann beispielsweise die Zugehörigkeit zu einem Sportverein, die gesundheitliche Aufklärung und die Form der Informationsvermittlung sein oder zu welchem Zeitpunkt die feldspezifische Expertise in Anspruch genommen wird. Dem kulturellen Feld kommt eine besondere Bedeutung zu, da das in ihm wirksame kulturelle Kapital in Form des Habitus in allen anderen Feldern ebenfalls wirksam wird. Es bildet somit die Basis für symbolische Ordnungen und Regulierungsmechanismen. Das Wissenschaftsfeld und das Feld der Bildung können als Teilmengen des kulturellen Feldes betrachtet werden. Das Wissenschaftsfeld (Bourdieu 2018b) steht in Relation zum ökonomischen Feld, dem politischen Feld und dem Feld der Sozialversicherung. Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Wissenschaft im Rahmen hoheitlicher Forschung, Erkenntnisse über Gesundheit und Krankheit zu gewinnen. Hier kann nahezu jede Provenienz Expertise beisteuern und eine jeweils eigene Perspektive einbringen. Ziel kann es unter anderem sein, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Gesellschaft zu untersuchen oder genauer zu analysieren, was Gesundheit in welchem Kontext bedeutet. Die Erkenntnisse der Akteure des Feldes der Wissenschaft können in die anderen Felder eingebracht werden, finden dort jedoch nicht immer Resonanz. Der Einfluss der Akteure der Wissenschaft auf andere Felder steht in Abhängigkeit zu ihrem symbolischen Kapital und zu ihrer Position im Feld der Macht. Es besteht hierdurch eine enge Verbindung zum politischen Feld. Wissenschaft kann folglich politisch sein, ist jedoch nicht auf Politik zu reduzieren, denn traditionell hat Unabhängigkeit wissenschaftlicher Tätigkeit im Feld der Wissenschaft einen hohen Wert (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 78). Dennoch kann Wissenschaft niemals vollständig als autonom verstanden werden oder wie Bourdieu es ausdrückt:

„Die Idee einer neutralen Wissenschaft ist eine Fiktion, und zwar eine interessensgeleitete Fiktion, mit der man sich in die Lage versetzt, eine neutralisierte und euphemisierte Form der herrschenden Darstellung der sozialen Welt als wissenschaftlich auszugeben, die, weil partiell unkenntlich, symbolisch besonders wirkungsvoll ist (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 83).“

Das symbolische Kapital der Akteure in hohen Feldpositionen kann dementsprechend Innovation und unabhängige wissenschaftliche Forschung durch „Schulen, Lehrmeinungen und Orthodoxien“, die sich einmal durchgesetzt haben, verhindern (Kieserling 2008, S. 9). Ein weiteres Feld, das als Teilmenge des kulturellen Feldes betrachtet werden kann, ist das Bildungssystem und somit das Feld der Bildung. Kulturelles Kapital in Form von Bildung hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Zum Beispiel können Bildungsniveau und Gesundheitskompetenz den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten beeinflussen. Im Wissenschaftsfeld wird häufig in Interaktion mit dem politischen Feld

sowie dem Feld der Macht verhandelt, was als Gesundheitskompetenz oder gesundheitsförderliches Verhalten gilt. Die Ausführung wird anschließend dem Feld der Bildung überlassen. Hierdurch legitimiert das Bildungssystem die soziale Ordnung und konserviert soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Menschen in niedrigen Feldpositionen werden somit systematisch benachteiligt. Das zentrale Kapital des kulturellen Feldes ist kulturelles Kapital.

Nicht alle Einflussgrößen auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung können als Felder beschrieben werden, dies gilt beispielsweise für Medienberichterstattung. Die Darstellung von Gesundheitsthemen in den Medien kann die öffentliche Wahrnehmung von Gesundheit und die Nachfrage nach bestimmten Gesundheitsdiensten beeinflussen. Massenmedien sind heutzutage dominiert von digitalen Formaten, jedoch haben selbstverständlich auch Printmedien und das Fernsehen ihre Anteile. Formate, die nicht vorrangig der Informationsbereitstellung dienen, sondern stärker das interaktive Moment der Nutzenden in den Vordergrund stellen, gelten zwar nicht als Massenmedien (Kögel 2021, S. 225), haben allerdings dennoch ihren Anteil an der informellen Gesundheitsversorgung und Gesundheitsbildung. Das Internet ermöglicht beispielsweise Telemaßnahmen, die direkt zur gesundheitlichen Versorgung beitragen. Darüber hinaus sind Medien geprägt von den Werten des kulturellen Feldes, sie liegen quer zu allen anderen Feldern und können zwischen ihnen vermitteln. Sie dienen sowohl der Vermittlung und Verbreitung von kulturellem Kapital als auch der Akkumulation von symbolischem Kapital, welches in anderen Feldern wirksam wird. Medien stellen selbst eine Einflussgröße dar, denn das Internet als Teil der Medienlandschaft ist eine eigene Sozialisationsinstanz, die zur gesundheitsbezogenen (Normen-)Bildung und zur Festigung der Struktur von Feldern beiträgt. Bereits 2008 stellten Lange und Theunert fest, dass die *Mediatisierung* der Gesellschaft fortschreitet und die Perspektive Jugendlicher nur dann verstanden werden kann, wenn berücksichtigt wird, dass es ein *Medien-Ökonomie-Kultur-Konglomerat* gibt, das die Entwicklung und ihre Einbindung in den sozialen Raum beeinflusst. Wenn insbesondere wirtschaftliche Interessen an Kultur und kulturellen Angeboten verfolgt werden, kann dies Auswirkungen auf die Sozialisation haben (Lange und Theunert 2008, S. 232).

Aus den Beschreibungen der Felder und deren Zusammenhängen wird deutlich, dass ein enges Netzwerk zwischen den Feldern und Einflussgrößen besteht. Die Anordnung im Feld der Macht ist abhängig von dem jeweils zentralen Kapital, daher liegt das kulturelle Feld am weniger einflussreichen Pol, während die von ökonomischem oder symbolischem Kapital dominierten am einflussreichen Pol verortet sind (vgl. Bourdieu 1998, S. 67). Die eingangs gestellte Frage, ob Gesundheitsversorgung als eigenständiges Feld betrachtet werden sollte, kann durch die Analyse des Gefüges beantwortet werden. Gesundheitsversorgung steht in Relation zu allen Feldern, die mit dem Feld der Gesundheit in Verbindung stehen. Die im Rahmen dieser Arbeit analysierten wissenschaftlichen



Datensätze sind im Kontext der Gesundheitsversorgung entstanden. Die Gesundheitsversorgung hat eigene Regulierungsmechanismen, die beispielsweise durch die Gesetzgebung vertreten werden, Leistungserbringer und Patient:innen sind exemplarische Akteure in der Gesundheitsversorgung. Ökonomisches Kapital kann als zentrale Ressource des Feldes der Gesundheitsversorgung betrachtet werden, darüber hinaus vereint die feldspezifische Expertise (medizinische Expert:innen) kulturelles und symbolisches Kapital. Allerdings stellen die hier aufgeführten Spezifikationen kein eindeutiges Abgrenzungskriterium zum Feld der Gesundheit dar, daher soll das Feld der Gesundheitsversorgung zwar als eigenständiges Feld betrachtet werden, es wird jedoch vollständig vom Feld der Gesundheit umgeben. Im Feld der Gesundheitsversorgung hat ökonomisches Kapital die größte Bedeutung, folglich liegt es im Feld der Gesundheit am einflussreichen Pol und somit an einer einflussreichen Position im sozialen Raum (Koller 2014, S. 171). Alles, was in diesem Feld geschieht, hat unmittelbare Konsequenzen für das Feld der Gesundheit im Allgemeinen, die Faktoren der Konstruktion und die Konsequenzen von Gesundheit und Krankheit werden hier besonders deutlich. Es ist daher naheliegend, den Fokus der Beschreibung des Feldes der Gesundheit auf das Feld der Gesundheitsversorgung zu legen.

## 2.2 Kollektive Akteure im Feld der Gesundheit

Ein weiterer Aspekt der Autonomie des Feldes im Gesamtgefüge der Felder ist die Nennung zentraler Akteure und deren Konterparts (Janning 2014, S. 342). Die Gestaltung des Gesundheitssystems spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Während in wirtschaftsliberalen Systemen das ökonomische Kapital mit Abstand den größten Einfluss hat, können in korporatistischen auch Akteure, die über andere Kapitalformen verfügen, Einfluss haben. Die Entscheidungsbefugnis über die Struktur des Gesundheitssystems liegt im politischen Feld. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass in vielen Ländern – so auch in Deutschland – dem Gesundheitssystem eine jahrzehntelange Tradition zugrunde liegt. Substanzielle Änderungen werden daher selten umgesetzt, selbst die Anpassung einzelner Elemente erfolgt Schritt für Schritt und häufig gehen ihr jahrelange Debatten voraus. Die letzte größere Anpassung war die Neustrukturierung der Sozialgesetzbücher auf Basis des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), das im Anschluss an die UN-BRK die Modernisierung der Teilhabeleistungen zum Ziel hatte. Die Umsetzung der Neuregelungen erfolgte schrittweise zwischen den Jahren 2016 und 2023. Weiterhin ist für die Benennung relevanter Akteure in Deutschland das Prinzip der Selbstverwaltung ein entscheidendes Element. Durch die Delegation von ursprünglich staatlichen Verwaltungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen an die Sozialversicherung und selbstverwaltende Gremien werden diese zu einflussreichen Akteuren im Feld.

Wichtig für die Gesundheitsversorgung ist die Triade Betroffene – Leistungserbringer – Leistungsträger alle drei Gruppen gelten eigene Rahmenbedingungen und sie haben spezifische Ansprüche und Zwänge. Dabei entspricht das Verhältnis Leistungserbringer – Betroffene der klassischen Unterscheidung zwischen Lai:innen und Professionellen beziehungsweise Nachfrage und Angebot (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 336). Am wenigsten thematisiert werden häufig Akteure der Leistungsträger, obwohl gesetzliche Anforderungen und deren Interpretation in der Praxis beispielsweise durch Dienstweisungen die Versorgung kranker Menschen wesentlich beeinflussen. Weitere kollektive Akteure ergeben sich aus dem Feldgefüge und agieren in den Schnittmengen zu Politik (beispielsweise die Gesundheitsministerien), Wirtschaft (beispielsweise Pharmaunternehmen oder Nahrungsmittelproduzenten), Wissenschaft (beispielsweise RKI), Bildung (beispielsweise Schulen) und Medien (beispielsweise Magazine oder Soziale Onlinenetze). Typen von Akteuren im Feld der Gesundheitsversorgung können beispielsweise Betroffenenengruppen, Berufsgruppen, Unternehmen und Behörden sein. Diese können als Elemente der Gesundheitsversorgung formell oder informell institutionalisiert sein. Formell institutionalisierte Akteure sind zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Berufsverbände, Lobbyverbände oder Gremien der Selbstverwaltung. Exemplarisch für informell institutionalisierte Akteure können Menschen, die dieselbe Erkrankung haben (beispielsweise Menschen mit Adipositas), Menschen, die denselben

Beruf ausüben (beispielsweise Pflegekräfte oder Ärzteschaft) oder Menschen, die in derselben Sparte arbeiten (beispielsweise Klinikpersonal oder Personal der Nahrungsmittelergänzungsindustrie) sein. Je nachdem in welcher Funktion die Akteure betrachtet werden, ergibt sich eine unterschiedliche Perspektive auf den Sachverhalt. Individuen sind in mehreren Gruppen gleichzeitig verortet und agieren als Teil verschiedener Akteure. Der Entschluss, sich primär auf die Kollektive zu konzentrieren, entspricht den Grundsätzen von Bourdieus Feldtheorie, hat allerdings den Nachteil, dass die Interessen der Einzelnen aus dem Fokus rücken. Feldtheoretisch sind also weder Aussagen über Einzelfälle möglich noch die Darstellung individueller Optionen. Entscheidungen bezüglich der Gesundheit insbesondere der Behandlung von Erkrankungen werden ebenfalls nicht individuell betrachtet. Stattdessen wird von einer Determiniertheit der Entscheidungen durch Kontext- und Umweltfaktoren ausgegangen. Diese Entscheidungen können beispielsweise dadurch beeinflusst werden, welche Behandlung durch die Krankenkasse finanziert wird, was die feldspezifische Expertise empfiehlt, wie das Verhältnis zwischen Behandelnden und Betroffenen ist, welche Medikamente verfügbar sind und nicht zuletzt, welche Informationen dem Internet entnommen werden können. Diese Einflüsse sind von der Position im Feld abhängig, da diese bestimmt, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und welche Formen der genannten Einflussfaktoren zum Tragen kommen.

Im anschließenden Kapitel 2.2.1 werden die Akteure im Feld der Gesundheit benannt, die im Kontext juveniler Adipositas und juvenile Übergewicht eine Rolle spielen. Diese Akteure können in Kapitel 2.2.2 in Form von Konfliktlinien und Allianzen zueinander in Beziehung gesetzt werden.

### 2.2.1 Kollektive Akteure

Die verschiedenen Gruppeninteressen der relevanten Akteure können anhand der Triade Betroffene – Leistungserbringer – Leistungsträger systematisch dargestellt werden. Zunächst sind hierbei die Akteure der Selbstverwaltung zu nennen. Der G-BA ist das höchste Gremium der Selbstverwaltung. Wie bereits in Kapitel 2.1.5 dargestellt, sind in ihm formell institutionalisierte Akteure der Leistungserbringer und Leistungsträger vertreten, die gemeinsam über die Finanzierung von Leistungen zur Gesundheitsversorgung entscheiden. Hierbei gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) soll neutrale evidenzbasierte Informationen bereitstellen und somit den wissenschaftlichen Standpunkt repräsentieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) fungieren als Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzteschaft beziehungsweise Zahnärzteschaft, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist als Zusammenschluss der Landesverbände der Krankenhäuser Interessens-

vertreterin der Krankenhäuser. KBV, KZBV und DKG stellen gemeinsam die Vertretung der Leistungserbringer dar. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) als gemeinsames Gremium aller gesetzlichen Krankenversicherungen (BMG 2022, S. 22) vertritt die Position der Leistungsträger.

Die Aufgabe der Leistungsträger wird am Beispiel des gemäß § 217a SGB V aus allen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gebildeten GKV-Spitzenverband illustriert. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Seine Aufgaben umfassen unter anderem die Verhandlung von Rahmenverträgen, Vergütungsvereinbarung, Festsetzung von Festbeträgen von Arznei- und Hilfsmitteln, Unterstützung der Krankenkassen und Landesverbände sowie die Interessenvertretung der GKV im G-BA. Die vom GKV-Spitzenverband verhandelten und verabschiedeten Rahmenbedingungen gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen und somit auch für deren Versicherte, was auf der Homepage des Verbandes als *recht- und normsetzender Charakter* bezeichnet wird (GKV-Spitzenverband 2023). Der GKV-Spitzenverband untersteht nach § 217d SGB V der Aufsicht des BMG und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Seine Aufgabe ist es, gesetzlich legitimiert die Rahmenbedingungen der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen festzulegen und somit die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit zu treffen. Dadurch ist er ein wesentlicher Akteur in der Begrenzung des Feldes der Gesundheit. Obwohl auch die Träger der DRV durch die Finanzierung medizinischer Rehabilitation einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten, sind diese im G-BA nicht vertreten. Die Zusammensetzung des Ausschusses setzt einen klaren Schwerpunkt auf akutmedizinischer Krankenversorgung. Würden chronische Erkrankungen und Behinderung eine größere Rolle spielen, müssten Leistungserbringer und -träger der beruflichen und sozialen Teilhabe vertreten sein.

Anhand der KBV kann die Position der Leistungserbringer exemplarisch näher betrachtet werden. Die drei zentralen Aufgaben der KBV lauten nach eigenen Angaben: Interessenvertretung, Sicherstellung und Versorgung. Als Akteur der Interessenvertretung ist sie Sprecherin der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer im G-BA. Hierbei ist der Auftrag, die Rahmenbedingungen für die ambulant tätigen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zu verbessern. Die Sicherstellung umfasst die Planung der Verfügbarkeit ambulanter Gesundheitsversorgung durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen anhand von Kollektivverträgen mit den Krankenkassen. Diese Kollektivverträge stärken die Positionen der Vertretenen gegenüber den Krankenkassen. Die letzte zentrale Aufgabe umfasst unter dem Begriff der Versorgung die Bedarfsplanung und Bewertung des Nutzens neuer Arzneimittel und Leistungen im G-BA (KBV 2023). Darüber hinaus gibt es weitere Interessengruppen der Gesundheitsversorgung, die nicht im G-BA vertreten sind. Im Marburger Bund schließen sich beispielsweise vor allem stationär tätige Ärzt:innen zusammen (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 333). Die vorrangige Aufgabe von Interessenverbänden ist, ihre elitäre Position im Feld, die

auf Kapitalakkumulation basiert, zu verteidigen (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 328). Neben den Interessenvertretern, die innerhalb und außerhalb des G-BA über die Rahmenbedingungen insbesondere die Regelungen zur Finanzierung von Leistungen entscheiden, gibt es diejenigen formell institutionalisierten Akteure, die Leistungen erbringen. Hierzu zählen die ca. 1.900 Kliniken, die für die stationäre Versorgung von Patient:innen zuständig sind. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt bei zugelassenen Krankenhäusern (Plankrankenhäuser, Versorgungsvertrag, Hochschulklinik) über die GKV oder PKV, die Versicherten leisten Zuzahlungen. Die Trägerschaft kann privat, freigemeinnützig oder öffentlich sein, die Einweisung erfolgt außer im Notfall über die niedergelassene Ärzteschaft. Die ambulante Versorgung wird außerhalb der Kliniken beziehungsweise als Spezialform innerhalb von Kliniken durch niedergelassene Haus-, Fach-, Zahnärzt:innen beziehungsweise Psychotherapeut:innen, nicht-ärztliche Heilberufe (beispielsweise Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen) durchgeführt. Die Abrechnung über die GKV ist möglich, wenn eine Kassenzulassung vorliegt, damit sind die Anbieter allerdings an die Bedarfsplanung (Kassensitze) der GKV gebunden. Rehabilitationseinrichtungen können ambulant und stationär Leistungen für Menschen erbringen, die eine schwere Krankheit, lange Therapiezeiten oder Operationen hatten. Die Pflege von Alten oder schwerkranken Menschen ist ebenfalls Teil der Gesundheitsversorgung, wird an dieser Stelle allerdings nicht näher ausgeführt, da sie für die Versorgung von Menschen mit Übergewicht oder Adipositas nicht relevant ist (BMG 2022, S. 32–40). Die Arzneimittelversorgung wird durch Apotheken sichergestellt und kann über GKV oder PKV abgerechnet werden, allerdings müssen die Versicherten Zuzahlungen leisten. Ausnahmen von der Zuzahlung gelten für Kinder und Jugendliche oder bei Überschreitung der Belastungsgrenze von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen. Einheitliche Preise werden durch Arzneimittelpreisverordnung sichergestellt, die die Preise für alle verschreibungspflichtigen Medikamente festlegt. Gemäß SGB haben Kranken-, Unfall-, Renten-, Pflegeversicherung und PKV-Dachverband gemeinsame Public Health und Präventionsziele, die in der nationalen Präventionsstrategie formuliert sind. Sie legt fest, dass alle Menschen gesund aufwachsen, leben, arbeiten und im Alter gesund bleiben sollen. Daher ist es Aufgabe der genannten Träger Kindergärten, Schulen, Betriebe und Pflegeheime bei Präventionsmaßnahmen zu unterstützen, den Bürger:innen eine gesunde Lebensführung zu ermöglichen und deren Gesundheitskompetenz zu stärken. Zudem findet sich in der nationalen Präventionsstrategie die Grundlage für die Finanzierung von Früherkennungsuntersuchungen.

Schließlich fehlt aus der Triade Betroffene – Leistungserbringer – Leistungsträger die Beschreibung der Betroffenen als Akteure. Als Betroffene bezeichnet werden können alle Menschen, die in Deutschland potenziell oder tatsächlich erkrankt sind, was auf die gesamte deutsche Wohnbevölkerung zutrifft. Allerdings sind Erkrankungswahrscheinlichkeit und -häufigkeit in der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt, sondern abhängig

von Diversitätsmerkmalen wie dem Geschlecht. Häufig wird die Jugend als besonders prägende Phase des Lebenslaufs geschildert und ist für die geschlechtliche Entwicklung entscheidend. Während der Pubertät kommt es außerdem zu anatomischen, physiologischen, hormonellen und psychischen Veränderungen, die sich auf alle Bereiche des Lebens auswirken. Je früher diese Transferphase von Kindheit zum Erwachsensein stattfindet, desto belastender kann dies für die Gesundheit sein. Für diese Übergänge kann exemplarisch ein früher Eintritt in das Berufsleben beziehungsweise Schwangerschaften in jungen Jahren genannt werden, was zu einer übermäßigen Belastung und somit zu überproportionalen Prävalenzen bestimmter Erkrankungen führen kann (Erhart et al. 2008, S. 343). Grundsätzlich sind Auswirkungen gesundheitlicher Ungleichheit in der Jugendphase weniger markant als im weiteren Lebenslauf (Ottova und Richter 2008, S. 256), allerdings nehmen die gesundheitlichen Belastungen, die Jugendliche angeben, in den letzten Jahren zu. Sehr wahrscheinlich hängt diese Entwicklung mit strukturellen Faktoren wie Kapitalverteilung, Arbeitsmarktverhältnissen, schulischen Anforderungen oder Selbstinszenierungstrends der Neuen Medien zusammen (Hackauf und Quenzel 2019, S. 473). In westlichen Gesellschaften, die traditionell lediglich die Unterscheidung von zwei Geschlechtern kennen, wird bei Geburt eines der Geschlechter zugewiesen und spätestens im Jugendalter wird erwartet, dass sich den damit einhergehenden kulturellen Erwartungen gebeugt wird. Unwillkürlich ergeben sich hieraus geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und visuelle Implikationen, welche als *somatische Kulturen* bezeichnet werden können (Hähne und Dümmler 2008, S. 95). Diese haben einen entscheidenden Einfluss auf Schönheitsideal, Körpervorstellungen und indirekt auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit im Lebensverlauf. Frauen sterben später als Männer, Ursachen hierfür werden im gesundheitsrelevanten Habitus und höherer Prävalenzen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesehen. Zudem können bei vielen Erkrankungen Prävalenzdifferenzen zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Beispielsweise ist der Anteil chronisch Erkrankter unter den Frauen höher, während Männer häufiger übergewichtig sind. Äußere und intrinsische Einflussfaktoren wie die Arbeitsbedingungen (schwere körperliche Arbeit, Risiko für Arbeitsunfälle) oder das Inanspruchnahmeverhalten (Bedürfnis nach Aufklärung) können ebenfalls eine Rolle spielen. Schließlich können die Auswirkungen und die Schwere von Erkrankungen durch Gender-/Geschlechteraspekte beeinflusst sein (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 71–74). Zur Betrachtung der Betroffenen als Akteure erscheint es daher sinnvoll, ihre Diversitätsmerkmale wie Alter, Geschlecht oder Kapital zu berücksichtigen.

Einige Akteure befinden sich in der Schnittmenge zwischen dem Feld der Gesundheitsversorgung und anderen Feldern. Für das politische Feld sind das BMG, die Gesundheitsministerien der Länder, die Gesundheitsämter der Kommunen und das BMAS zu nennen. Die Aufgaben des BMG sind Gesetzesvorhaben auszuarbeiten,

Verordnungen und Vorschriften zu erlassen und die Rechtsaufsicht über Selbstverwaltungsorganisationen zu führen. Dem BMG zugeordnet sind weitere formell institutionalisierte Akteure wie das BfArM, das Arzneimittel zulässt und deren Sicherheit verbessert sowie die Risikoerfassung und -bewertung von Medizinprodukten übernimmt, das Paul-Ehrlich-Institut, das dieselben Aufgaben für Impfstoffe und biomedizinische<sup>30</sup> Arzneimittel erfüllt, das RKI, dessen Aufgabe die wissenschaftliche Forschung als Grundlage für politische Entscheidungen unter anderem in Form der GBE ist, und die BZgA, die Richtlinien für die Gesundheitserziehung erarbeitet, hier tätiges Personal weiterbildet und gesundheitliche Aufklärung betreibt. Die Aufgaben der Gesundheitsministerien der Länder sind analog zu denen des BMG, außerdem planen und finanzieren sie zum Teil die stationäre Versorgung und führen Aufsicht über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die Kommunen können Träger von Krankenhäusern sein und haben die Aufgabe Public Health Maßnahmen umzusetzen (BMG 2022, S. 20). Das BMAS ist lediglich indirekt Teil der Gesundheitsversorgung, da ihm die Leistungsträger der DRV und BA unterstehen. Politische Akteure sind durch ihre legislative Funktion an den Aushandlungsprozessen zur Erstattungsfähigkeit von Gesundheitsleistungen beteiligt (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 321). Allerdings sind in korporatistischen Gesundheitssystemen die staatlichen Einflussmöglichkeiten auf die Höhe der Beiträge und die Finanzierung von Leistungen begrenzt. Zwar kann der Staat gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen insbesondere durch die Festlegung des Beitragssatzes, die letztendliche Entscheidung, welche Leistungen in welcher Höhe finanziert werden, liegt beim G-BA (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 323). Ein Beispiel für staatliche Einflussmöglichkeiten ist die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) zur Abrechnung von Leistungen in Krankenhäusern. Hierbei werden statt Tagespauschalen für Krankenhausbetten oder einzelfallbezogenen Vergütungen Fallpauschalen festgelegt, die sich auf die Diagnose beziehen. Hierdurch sollte ein Anreiz für Krankenhäuser geschaffen werden, wirtschaftlich rentabel also kosteneffizient zu arbeiten (Pfaff und Pfortner 2016, S. 332). Die Einführung der DRGs illustriert die Ökonomisierung der Gesundheit und befindet sich folglich im Überschneidungsbereich der Felder Politik, Wirtschaft und Gesundheitsversorgung. Durch die Möglichkeit Gesundheit als Konsumgut zu vermarkten, wird das Feld zusätzlich für wirtschaftliche Akteure interessant (Reifegerste und Karnowski 2020, S. 112). Akteure der Wirtschaft sind alle Unternehmen, die materielle oder immaterielle Gesundheitsprodukte inklusive Medizinprodukten und Arzneimitteln vertreiben. Hierzu können auch privatwirtschaftliche Krankenhäuser oder Anbieter von Fitnessstudios gezählt werden. Ein aus feldtheoretischer Perspektive besonders interessantes Produkt sind Selftracking-Apps, denn deren Programmierer oder Urheber haben Einfluss auf die

---

<sup>30</sup> Hier ist biomedizinisch nicht im oben definierten medizinsoziologischen Gebrauch zu verstehen, sondern als Spezialfeld der Medizin, das sich in der Schnittmenge zur Biologie befindet.

Habituisierung der Nutzenden. Das Tracking wird zur Gewohnheit und somit Teil des Habitus. Bestehen kommerzielle Interessen an einer Anwendung, wäre es naheliegend, dass Akteure der Wirtschaft ihren Einfluss auf die Habituisierung mittels eines Algorithmus nutzen, um ihren Gewinn zu maximieren, das heißt sie schaffen eine möglichst große Abhängigkeit von ihrem Produkt.

Hierdurch bildet sich eine Schnittmenge zum kulturellen Feld, in dem der Habitus ausgehandelt wird. Durch das soziale Umfeld und Institutionen wie Elternhaus und Schule werden die Vorstellungen von Gesundheit und deren Erhalt maßgeblich geprägt. Eine hohe Relevanz haben zudem Akteure der Wissenschaft, die als Teilfeld des kulturellen Feldes verstanden wird. Bourdieu beschreibt Wissenschaft als primär politische Disziplin, die jedoch nicht auf ihre politische Ausrichtung zu reduzieren ist, da es wissenschaftliche Akteure gibt, die unpolitische Ziele verfolgen (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 78). Die wissenschaftlichen Ideale einer unabhängigen, objektiven Forschung sind aus verschiedenen Gründen in der Realität nicht umsetzbar. Zunächst sind weder Wissenschaft noch Wissenschaftler:innen frei von ökonomischen Zwängen oder dem Wettbewerb um Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit. Darüber hinaus haben auch die individuellen, persönlichen Einstellungen der Forschenden einen Einfluss auf deren Forschungsinteresse, die Studiendesigns und die Interpretation der Ergebnisse (Schorb 2015, S. 198). Das RKI steht explizit und durch gesetzlichen Auftrag an der Schnittstelle der Felder Gesundheit, Wissenschaft und Politik. Die GBE wird durch das RKI durchgeführt und soll die wissenschaftliche Grundlage („objektive Daten“) für politische Entscheidungen in Bezug auf Gesundheitsförderung im weitesten Sinne bilden. Neben den Studien des RKI beteiligen sich weitere wissenschaftliche Akteure an der GBE, deren Selbstverständnis ebenfalls die Praxiswirksamkeit einschließt, dabei wird diese Herangehensweise gelegentlich universalistisch als erklärtes Ziel aller wissenschaftlichen Forschung verstanden (vgl. bspw. Richter 2020, S. 4). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung erfolgt in der Regel auf Basis quantitativ erhobener und statistisch ausgewerteter Daten, die mögliche Zusammenhänge zwischen demographischen Merkmalen und Krankheitsrisiken darstellen. Aufgrund der Doppelfunktion des RKI ist nicht von der Hand zu weisen, dass auch normative Implikationen die Forschung begleiten. Dies spricht dafür, dass nicht nur grundsätzlich das Ideal der objektiven Wissenschaft nicht zu erreichen ist, sondern auch der Untersuchungsgegenstand eine wertneutrale Forschung verhindert. Die soziokulturelle Konstruktion von Gesundheit und Krankheit und die im Feld der Gesundheitsversorgung dominierenden neoliberalen Ansichten beeinflussen die wissenschaftlichen Akteure als Personen, die Forschungsfragen und Interpretation der Ergebnisse. Einschätzungen der Akteure der betroffenen Felder können weit auseinander liegen und bereits die Ersthanddarstellung der wissenschaftlichen Akteure ist normativ, da sie sich von deskriptiven Darstellung der Daten und Analyseergebnisse löst, um beispielsweise einen Ausblick zu ermöglichen oder einen



bestimmten Fokus zu setzen (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 13–18). Dies gilt auch für diejenigen Forschungseinrichtungen deren Souveränität gesetzlich festgelegt ist wie das IQWiG, das gemäß § 139a SGB V im G-BA explizit die Aufgabe eines unabhängigen wissenschaftlichen Akteurs vertritt und auf wissenschaftlicher Basis zu gesundheitsbezogenen Themen und Leistungen Empfehlungen und Stellungnahmen geben können soll. Die am Institut Beschäftigten sind vor ihrer Einstellung verpflichtet „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie [...] offen zu legen (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 329)“. In der Selbstdarstellung beschreibt das IQWiG seine Aufgaben und Ziele als unabhängige Bewertung potenziellen Nutzens oder Schadens von medizinischen Maßnahmen. Medizinische Maßnahmen umfassen Medikamente, Untersuchungsmethoden, Therapien und Diagnosestellung. Um einen hohen Mehrwert zu erzeugen werden die Ergebnisse sowohl im G-BA oder anderen Gremien vorgestellt als auch in allgemeinverständlicher Form aufgearbeitet (IQWiG 2023). Basierend auf den Ausführungen von Bourdieu sowie Bittlingmayer und Ziegler ist eine generelle Neutralität dennoch in Frage zu stellen. Beispielsweise ist der in der Selbstdarstellung hervorgehobene und angestrebte Nutzen der Forschung eindeutig eine normative Implikation. Es ist diskutabel, welchem der Felder das RKI, das IQWiG und das Paul-Ehrlich-Institut hauptsächlich zuzuordnen sind, unstrittig ist jedoch, dass sie sich in der Schnittmenge der beiden Felder Gesundheitsversorgung und Wissenschaft bewegen. Andere Forschungseinrichtungen wie beispielsweise Universitäten lassen sich klarer dem Wissenschaftsfeld zuordnen. Die dort durchgeführte Gesundheitsforschung lässt sie allerdings ebenfalls als Akteure im Feld der Gesundheitsversorgung auftreten.

Obwohl Medien nicht als eigenständiges Feld definiert wurden, sind medial tätige Akteure im Feld der Gesundheitsversorgung relevant. Der Journalismus spielt für Aushandlungsprozesse im Gesundheitswesen zwar nur eine untergeordnete Rolle, da die wesentlichen Absprachen in festgelegten Personenkreisen und Gremien wie dem G-BA getroffen werden und die Öffentlichkeit hierauf keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss hat. Dennoch kann die mediale Berichterstattung zur Verschärfung von Konfliktlinien und Allianzen führen (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 331). Demgegenüber spielen Onlinemedien und insbesondere soziale Onlinenetze wie Instagram oder TikTok eine große Rolle in der informellen Gesundheitsversorgung. Soziale Interaktionen entstehen allerdings nicht nur in den dafür vorgesehenen Online-Räumen wie Chats, Blogs und Social Media, sie können in, durch und auf Basis von Unterhaltungsangeboten entstehen und außerhalb des Internets wirken (Hofer 2012, S. 302). Beispielsweise kann Konsum ähnlicher Inhalte die persönliche Kontaktaufnahme außerhalb des Internets erleichtern oder der in Filmen und Serien dargestellte Habitus den Habitus der Konsumierenden analog zu andere Sozialisationsformen prägen. Für Jugendliche spielt das Internet eine besonders große Rolle, denn dessen Nutzung

durchzieht alle Lebensbereiche. Bereits 2015 gaben etwas weniger als zwei Drittel der Jugendlichen an, zu schulischen Zwecken mindestens wöchentlich Internetrecherchen durchzuführen (Glüer 2018, S. 201). Es ist anzunehmen, dass sich diese Zahl in den letzten Jahren stark vergrößert hat und die Bedeutung durch die zunehmende Verbreitung von KI-basierten Programmen wie ChatGPT weiter steigt. Wird das Internet für schulische Recherchezwecke verwendet und stellt die schulische Ausbildung eine Form der Habituation dar, ist anzunehmen, dass das Internet ebenso für Recherchen zu gesundheitlichen Themen verwendet wird und somit eine bedeutsame Instanz der informellen institutionalisierten Gesundheitsversorgung für Jugendliche darstellt.

Anhand der Beschreibung der Beziehungen der kollektiven Akteure untereinander und des Einflusses der jeweiligen Feldzugehörigkeit wird der hohe Komplexitätsgrad der Relationen ersichtlich. Grundsätzlich können sie als Wechselspiel zwischen Konsum (Lai:innen) und Angebot (Professionelle) verstanden werden, wobei die angebotene Leistung beziehungsweise das Produkt zwar abhängig von Akteur und Feldzugehörigkeit ist, die jeweiligen dyadischen Positionen sind jedoch strukturell homolog (Witte und Schmitz 2020, S. 67). Das Produkt der Felder Wissenschaft, Medien und Kultur ist Information. Gesundheitsversorgungsleistungen werden überwiegend durch Politik, Sozialversicherung und Betroffene finanziert und durch Akteure aus dem Feld der Wirtschaft angeboten beziehungsweise erbracht. Die folgende Grafik (Abbildung 8) bietet einen zusammenfassenden systematischen Überblick über die im zurückliegenden Kapitel beschriebenen Zusammenhänge. Zentral dargestellt ist die Triade aus Betroffenen, Leistungserbringern (LE), Leistungsträgern (LT). Um sie herum gruppieren sich kreisförmig die Einflussgrößen (Medien, Sozialversicherung), Felder (Wirtschaft, Politik) und Teilfelder (Bildung, Wissenschaft), deren Akteure in den angrenzenden Kästen exemplarisch benannt sind. Die gelben Pfeile stellen eine Auswahl der Finanzierungswege dar, während die Pfeile in den jeweiligen Farben der den Fluss der dazugehörigen Produkte und Leistungen illustrieren.

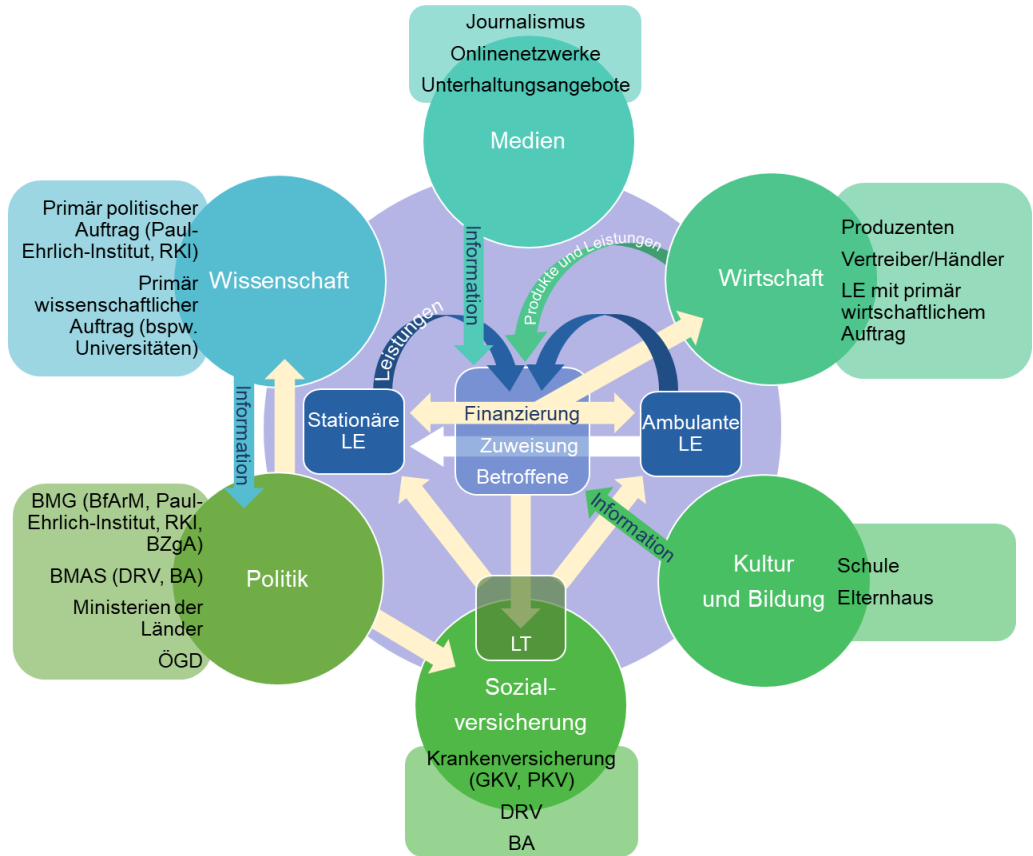


Abbildung 8: Beziehungen der kollektiven Akteure im Feld der Gesundheitsversorgung

Bereits in der Darstellung der kollektiven Akteure zeichnen sich erste Konfliktlinien und Allianzen ab, denn diese sind grundsätzlich bei jeder Beziehung zwischen den genannten Akteuren zu erwarten.

## 2.2.2 Konfliktlinien und Allianzen

Die Realitätskonstruktion ist Gegenstand von Aushandlungsprozessen, in denen Einfluss eine wesentliche Rolle spielt. Diejenige Gruppe, die im jeweiligen Kontext die Deutungshoheit besitzt, entwirft die Wirklichkeit für sich selbst und für alle Elemente, auf die sie Einfluss ausüben kann (Bourdieu und Wacquant 1996, S. 34). Konflikte treten dann auf, wenn Akteure um die Kapitalverteilung ringen und je nach Kapitalsorte entstehen unterschiedliche Formen des Konflikts. Diskussionen bezüglich kulturellen Kapitals beschäftigen sich in der Regel mit unterschiedlichen Deutungen oder Lesarten eines Sachverhaltes beispielweise, welche Behandlung einer Erkrankung als angemessen betrachtet wird. Aushandlungsprozesse bezüglich ökonomischen Kapitals können meist

als Feilschen um die jeweilige Höhe der Vergütung beschrieben werden, während der Gegenstand bei symbolischem Kapital die Legitimation oder Legitimierung ist. Konflikte um soziales Kapital können das Ringen um Mitsprache in Gremien beispielsweise dem G-BA sein. Allianzen bilden sich hingegen häufig zur Bewältigung gemeinsamer Aufgaben, Erreichung gemeinsamer Ziele oder der Vermehrung symbolischen Kapitals. Die Aufgaben und Ziele können gruppeninhärent oder oktroyiert sein. Allianzen ermöglichen die gemeinsame Generierung und den gemeinsamen Einsatz der Kapitalarten. Beispielsweise ist bei der Etablierung eines Risikos im gesellschaftlichen Kontext zu berücksichtigen, dass dies besonders gut gelingen kann, wenn verschiedene wirkmächtige Gruppen Interesse an der Anerkennung haben oder von ihr profitieren (Seitz und Zwick 2011, S. 263). Folglich ist sowohl das Erkrankungsrisiko also auch die mit der Krankheit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Risiken Teil dieser Konstruktion.

Exemplarisch für Konfliktlinien mit Bezug zu ökonomischem Kapital kann der Konflikt zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger angeführt werden. Diese Dyade stellt in der Paarbeziehung Konsument (Laie) und Anbieter (Professionelle) einen Sonderfall dar, da sie Teil einer Triade ist, in der keine direkte ökonomische Beziehung zwischen Konsumenten und Anbietern besteht. Stattdessen sind die Leistungsträger eine reine Finanzierungsinstanz. Je stärker ökonomische Aspekte in die Entscheidungsfindung bezüglich medizinischer Maßnahmen einbezogen werden, desto geringer wird der ärztliche Einfluss. Feldtheoretisch betrachtet ringen Akteure unterschiedlicher Provenienz um die Deutungshoheit im Feld der Gesundheitsversorgung. Dies stellt einen der zentralen Konflikte im Feld dar (Vogd 2002, S. 304–305). Die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Sozialversicherung kann zur Illustration dieser Konfliktlinie exemplarisch herangezogen werden. Weite Teile des Leistungsangebotes der Ärzteschaft werden von Trägern der Sozialversicherung finanziert. Diese haben strenge Abrechnungskriterien, die für eine Kostenerstattung erfüllt sein müssen und deren Nachweis einen hohen bürokratischen Aufwand darstellt. Dieses Vorgehen wird von der Ärzteschaft in der Regel mindestens als Zeitverschwendung angesehen, extremere Positionen sprechen von Schikane. Ziel der Leistungsträger ist es, mittels der Kontrollmechanismen eine unbotmäßige Vorteilsnahme durch die Ärzteschaft auszuschließen (Kögel 2021, S. 186). Diesen Konflikt betrachtet der Sinologe und Medizinhistoriker Paul U. Unschuld, der bereits im Vorwort seines populärwissenschaftlichen Buches *Ware Gesundheit* klarstellt, wo er im Feld steht. Er lastet das, was er Marginalisierung der Ärzteschaft nennt, „weltanschaulich-politischen Gruppierungen“ und „wirtschaftlich konkurrierende[n] Institutionen“ insbesondere der GKV an (Unschuld 2011, S. 7) und ist der Ansicht, dass die Ärzteschaft sowie Apotheker:innen im Feld der Macht keine Spitzenposition einnehmen. Sie hätten, so schreibt er, „keine politischen Verbündeten“ und seien somit dem Treiben der Krankenkassen, das rein auf Mehrung ökonomischen Kapitals

ausgerichtet sei, ausgeliefert (Unschuld 2011, S. 107). Die gegenwärtige Finanzpolitik der Krankenhäuser belege ebenfalls diese Entwicklung. Obwohl Kliniken als soziale Einrichtungen staatlich bezuschusst würden, müssten die meisten Krankenhäuser ihre Ausgaben selbst erwirtschaften und dabei auf eine angemessene Rendite achten, um Investitionen in Innovation und Bestandserhalt zu ermöglichen. Dies führe dazu, dass in Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen Patient:innen und Krankheiten häufig unter finanziellen Gesichtspunkten betrachtet werden statt unter humanitären (Unschuld 2011, S. 74). Dies birgt auch für die Betroffenen Konfliktpotenzial beispielsweise, wenn bestimmte Leistungen nicht von den Leistungsträgern übernommen werden. Die Formulierungen von Unschuld lassen vermuten, dass ihm nicht nur an einer Umverteilung ökonomischer Ressourcen gelegen ist, auch symbolisches Kapital scheint zur Disposition zu stehen. Demgegenüber berufen sich Leistungsträger auf ihren gesetzlichen Auftrag, bei der Finanzierung und Vertragsgestaltung von Leistungen auf Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu achten. Durch ihr großes Finanzvolumen befinden sie sich in einer sehr einflussreichen Position im Feld. Einzelne Leistungserbringer hätten in Verhandlungen demgegenüber eine sehr schlechte Position, was die These von Unschuld stützt. Allerdings ist die Aufgabe des G-BA dieser Problematik entgegenzuwirken, denn Entscheidungen, ob Leistungen von Krankenkassen übernommen werden und wenn ja zu welchem Kostensatz, werden von Vertreter:innen der Krankenkassen und der Anbieter ausgehandelt (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 321). Schließlich ist auch kulturelles Kapital von dieser Konfliktlinie betroffen, in der die Deutungshoheit von Heil- und Hilfsmittelbedarf beziehungsweise Rehabilitationsbedarf und -fähigkeit zur Disposition steht. Differierende Ansichten und Interpretationen stellen ein Hemmnis für erfolgreiche Antragstellungen dar (Schumann et al. 2016, S. 34–40).

Ein weiterer primär ökonomisch orientierter Konflikt ist der zwischen kollektiven Akteuren der Wirtschaft und Public Health. Konkret verläuft eine Konfliktlinie zwischen wirtschaftlichen Interessen der Lebensmittelindustrie und der Ernährungsstrategie des BMEL. Die Lebensmittelindustrie vermarktet ihre Produkte mittels Werbung, die aus Perspektive der Akteure des BMEL bestenfalls ein missverständliches Bild gesunder Nahrungsmittel zeichnet. Als besonders betroffen werden junge Menschen beschrieben, die durch die Vermarktungsstrategien zu einem erhöhten Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel angeregt werden. Seit einigen Jahren werden verschiedene politische Maßnahmen diskutiert, um die Bedeutung der Industrie auf die Ernährungsweise der Bevölkerung einzuschränken. Hierzu zählen beispielsweise ein Werbeverbot für hochkalorische Lebensmittel oder eine Zuckersteuer (Platte et al. 2014, S. 187–188). Bereits umgesetzt wurde der sogenannte Nutri-Score. Hierbei handelt es sich um die Kennzeichnung von Lebensmitteln mit Angaben bezüglich ihres Nährwertes. Die enthaltene Energie wird mit den Nährstoffen verrechnet. Es wird zwischen positiven

und negativen Nährstoffen unterschieden. Für die Verbraucher:innen ist durch eine Farbpampel mit Abstufungen von A (grün) bis F (rot) ersichtlich, wie der Nährwert des Lebensmittels im Vergleich zu anderen Lebensmitteln derselben Produktgruppe ist (BMEL 2023). Bei der Umsetzung dieser Kennzeichnung gibt es verschiedene Interessen. Die Nahrungsmittelproduzenten als Vertreter der Wirtschaft haben keinen Bedarf an einer Kennzeichnung, außer sie ist als Werbemaßnahme wirksam. Letzteres ist nur der Fall, wenn eine Nachfrage nach gesunden Produkten besteht. Im Gegensatz zu wirtschaftlichen haben politische Akteure eines Sozialstaates den Auftrag zur Fürsorge für die Bevölkerung. Auf Basis der genannten Fürsorgepflicht haben politische Akteure ein Interesse an der Einführung des Nutri-Scores. Sie agieren jedoch nicht unabhängig. Ökonomisches Kapital ist auch im Feld der Gesundheit eine dominante Kapitalsorte. Die Mehrheit des ökonomischen Kapitals bündelt sich bei Akteuren der Wirtschaft. Im Falle des Nutri-Scores wurde ein Kompromiss geschlossen, indem die Kennzeichnung auf Lebensmittelverpackungen freiwillig und nicht verpflichtend erfolgt. Wie aus dem Beispiel deutlich wird, ist Lobbyarbeit ein wesentlicher Faktor für Einfluss im Feld, da Lobbygruppen Kapital akkumulieren. Statt den mutmaßlich wirksameren Policy-Maßnahmen, die strukturelle Veränderungen bewirken können, werden Präventionsmaßnahmen umgesetzt, die bei Einzelpersonen ansetzen. (RKI 2020f; Eichhorn und Nagel 2010, S. 11–12). Im Falle des Nutri-Scores wurden die Interessen der Verbraucher:innen durch Befragungen berücksichtigt. Hierbei erzielte der Nutri-Score gute Werte bezüglich der Verständlichkeit im Vergleich zu anderen Kennzeichnungssystemen. Allerdings ist die Berechnung des Nutri-Scores nicht banal und von einigen Ausnahmeregelungen betroffen, beispielsweise wann Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte einen positiven Einfluss auf den Score-Wert haben oder wie mit zugesetzten Fetten umgegangen wird (BMEL 2023). Zudem ist aus der Kennzeichnung nicht ersichtlich, dass ein sinnvoller Vergleich nur mit Produkten aus derselben Kategorie möglich ist, insbesondere wenn der Nutri-Score in Abhängigkeit zur Zubereitungsart steht. Hersteller von Produkten, die mit Milch zubereitet werden, können den Nutri-Score verbessern, indem sie den Score mit geringen Mengen ihres Produktes in Kombination mit hohen Anteilen fettarmer Milch berechnen. Auf diese Weise erhält das stark zuckerhaltige Getränkepulverprodukt Nesquik einen Nutri-Score B (vgl. Abbildung 9).



Nährwert	Verpacktes Produkt (100 g)	Verzehrfertiges Produkt (100 ml)	Verzehrfertige Portion (1 Glas (zub. mit fettarmer Milch))
Energie	1621 kJ	303 kJ	636 kJ
Energie	383 kcal	72 kcal	151 kcal
Fett	3,6 g	1,8 g	3,7 g
davon gesättigte Fettsäuren	1,6 g	1,1 g	2,3 g
Kohlenhydrate	78,2 g	9,7 g	20,5 g
davon Zucker	75,4 g	9,6 g	20,1 g
Ballaststoffe	7,7 g	0,5 g	1 g
Eiweiß	5,1 g	3,6 g	7,5 g
Salz	0,37 g	0,14 g	0,29 g

Portionen sollten für Kinder entsprechend ihrem Alter angepasst werden.

Abbildung 9: Nährwertangaben Nesquik von Nestlé (Nestlé 2023), Hervorh. durch die Autorin

Während bei der Auseinandersetzung um den Nutri-Score vor allem um ökonomisches Kapital relevant ist, wird in der Konfliktlinie zwischen Biomedizin und Alternativbeziehungsweise Komplementärmedizin vorrangig kulturelles und symbolisches Kapital verhandelt. Die parallele Entwicklung von alternativer beziehungsweise komplementärer Medizin und Biomedizin zeigt, wie Gruppen bei der Legitimierung unterschiedlich erfolgreich sein können. Sie zeigt wie die Zugehörigkeit durch gemeinsame Begriffe entsteht und sich in Kombination mit der Institutionalisierung durch Berufsbezeichnung und eine Ausbildung in staatlicher Hand auf den Einfluss der jeweiligen Gruppen auswirkt (vgl. Bourdieu 2018a, S. 748–750). Die Bewahrung der elitären Autonomie der Ärzteschaft im Feld der Gesundheitsversorgung wird erwartungsgemäß gegen Strömungen verteidigt, die die Autorität anderer Gruppen erhöhen möchten. Beispielsweise gibt es bei der Verordnung von Medikamenten eine klare Trennung zwischen psychiatrischer (ärztlicher) Psychotherapie, in der Pharmazeutika verschrieben werden können und psychologischer Psychotherapie, die diese Legitimation nicht hat (Kögel 2021, S. 133–134). Neue Methoden zur Gesundheitsförderung werden ebenfalls einem Legitimierungsdiskurs ausgesetzt. Sie beinhalten in der Regel nicht nur innovative Elemente, sie versuchen sich vor allem durch Kritik an bestehenden Therapien abzuheben und schließlich zu etablieren. Hierfür ist eine gewisse Risikobereitschaft nötig, da das Vorhaben potenziell scheitern kann und mit Gegenkritik von den Vertretern der konservativen Methoden zu rechnen ist. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist die Homöopathie, die ihren Weg aus einer völlig randständigen Position in die Mitte des Feldes geschafft hat, obschon sie nicht von allen Akteuren gleichermaßen akzeptiert wird. In extremen Fällen kann die Verbreitung von innovativen Ideen jedoch für deren Vertreter:innen zu Einflusseinbußen führen, insbesondere das institutionalisierte und symbolische Kapital sind gefährdet. Ärzt:innen können beispielsweise ihre

Approbation verlieren (vgl. Fröhlich 2014, S. 329). Ein kurzer Einblick in diesen Aushandlungsprozess konnte bereits in Kapitel 2.1.4 gegeben werden, hierbei wurde ebenfalls deutlich, dass obwohl vordergründig geeignete Behandlungsmethoden diskutiert werden, die Position im Feld und die mit ihr einhergehende Deutungshoheit Streitgegenstand ist. Die Ärzteschaft sieht sich mit einer zunehmenden Marginalisierung konfrontiert, wenn ihre Feldexpertise grundsätzlich in Frage gestellt wird (Brunnett 2016, S. 213). Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass Unschuld alternative Heilmethoden als *Beliebigkeitsheilkunde* diskreditiert und sein Bedauern ausdrückt, dass diese Formen der Behandlung zunehmend an Bedeutung gewinnen (Unschuld 2011, S. 121–122). Medizin unterstellt er einen wissenschaftlichen Anspruch, der der Alternativ- und Komplementärmedizin fehle (Unschuld 2011, S. 122).

Tatsächlich ist auch zwischen medizinischen und wissenschaftlichen Akteuren eine Konfliktlinie nachweisbar, die Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts beginnt und bis in die Gegenwart zu beobachten ist. Praktisch ausgeübte Medizin beruht häufig nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf Erfahrung. Trotz der wissenschaftlich basierten Entwicklung von Leitlinien und umfangreicher medizinischer Forschung, entscheidet die Ärzteschaft in der Praxis letztlich häufig auf Basis ihrer Erfahrung. Von der breiten Öffentlichkeit wird die praktizierende Medizin jedoch als wissenschaftlich wahrgenommen (vgl. Richter und Hurrelmann 2016, S. 10–11). In neuerer Zeit etwa seit den 1990er Jahren trägt die Evidence Based Medicine (EBM) zur wissenschaftlichen Fundierung medizinischer Entscheidungen bei. Hierfür werden medizinische Studien bezüglich ihrer Qualität bewertet, systematisch verglichen und ausgewertet, um zu einer übergreifenden Einschätzung bezüglich der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen zu kommen. Das Ergebnis dieser Auswertungen wird in Leitlinien zusammengefasst. Das der EBM zugrundeliegende Ideal der Einhaltung wissenschaftlicher Goldstandards ist in der Praxis nicht immer umzusetzen und führt zum Teil zu unterkomplexer Darstellung. Alle Mängel, die im Rahmen von quantitativer Forschung im wissenschaftlichen Feld auftreten, können hier ebenfalls angeführt werden (Vogd 2002, S. 300–303). Aus feldtheoretischer Perspektive lässt sich allerdings vermuten, dass die Kritik von ärztlicher Seite zur Verteidigung der eigenen Autorität dient, denn Leitlinien schränken die auf Erfahrung basierende ärztliche Entscheidungsautonomie ein. Sie enthalten handlungsleitende Empfehlungen, die zwar rechtlich nicht bindend sind, aber bei Behandlungsfehlern eine Schutzwirkung haben. Leitlinien erhöhen folglich den Einfluss wissenschaftlicher Akteure, die sich mit Gesundheitsforschung befassen. Als zentral kann neben der medizinischen (ärztlichen) und pharmazeutischen insbesondere die Public Health Forschung genannt werden, die ihren Forschungsschwerpunkt traditionell auf ökonomische Aspekte setzt. In allen Disziplinen der Gesundheitsforschung finden sich Vertreter:innen der Ärzteschaft, die gemäß ihrer neuen Feldposition agieren und ihrer alte Gruppenzugehörigkeit weniger verbunden sind. Aus Perspektive wissen-



schaftlicher und ärztlicher Akteure ist die Verbindung zwischen Wirtschaftsunternehmen und Autor:innen von Leitlinien besonders problematisch, da hier ein Interessenskonflikt unterstellt werden kann, der den Werten des Feldes widerspricht, indem ökonomischem Kapital gegenüber dem Gesundheitskapital Vorzug gegeben wird (Vogd 2002, S. 305).

Weitere Konflikte um kulturelles und symbolisches Kapital können zwischen Behandlern und Betroffenen entstehen, denn diese Beziehungen sind, obwohl sie der Heilung und Linderung von Erkrankungen dienen, geprägt von Handlungen symbolischer, körperlicher und psychischer Gewalt. Medizinische Eingriffe und Untersuchungen sind häufig transgressive Akte, die leibliche und kulturelle Barrieren überschreiten, Schmerzen und Unwohlsein verursachen können. Dies geschieht allerdings nur in Ausnahmefällen beispielsweise bei akut selbst- oder fremdgefährdenden Verhalten ohne die Einwilligung der kranken oder beeinträchtigten Person (Begenau et al. 2010, S. 12). Die Ausübung dieses Selbstbestimmungsrechtes wird allerdings durch das hierarchische Gefälle der Positionen im Feld beeinträchtigt, denn die Ärzteschaft verfügt im Feld der Gesundheitsversorgung über ein hohes Maß an kulturellem sowie symbolischem Kapital und erwartet die Anerkennung der feldspezifischen Expertise. Demgegenüber stehen die Betroffenen, die selbst über Formen der Informiertheit verfügen. Angehörige von Selbsthilfegruppen verfügen teilweise über mehr Informationen als das medizinische Personal, da der Grad der Auseinandersetzung hoch ist und qualitativ hochwertige Informationsquellen zur Verfügung stehen. Oberflächliche Informationen ohne Detailwissen können beispielsweise durch das Internet eingeholt werden, allerdings spielt der Bildungsstand eine entscheidende Rolle dabei, ob das Wissen durch die behandelnden Personen anerkannt wird (Tezcan-Güntekin 2010, S. 101). Die Bedeutung des Internets als informelle Institution der Gesundheitsversorgung wird in diesem Zusammenhang deutlich. Die dort verfügbaren Informationen stehen in Konkurrenz zur medizinischen Fachexpertise und erfordern von diesen Verteidigungsstrategien zum Erhalt der Deutungshoheit. Eine Kooperation der Parteien ist möglich, indem Betroffene die Ärzt:innen mit Informationen, die sie im Internet recherchiert haben, versorgen und Ärzt:innen diese Informationen analysieren und eine fachlich fundierte Einschätzung dazu abgeben (Tezcan-Güntekin 2010, S. 100). So kann das sogenannte *Laienpotenzial* „als die Befähigung der Laien, an der Kranken- und Gesundheitsversorgung mitzuwirken und für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer zu sorgen (Pfaff und Pförtner 2016, S. 334)“ aktiviert werden. Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist das Wissens- und Autoritätsgefälle noch stärker ausgeprägt als bei erwachsenen Personen, daher werden sie in der Regel von Eltern oder Sorgeberechtigten vertreten und die Familie als informelle Institution systematisch in die Gesundheitsversorgung eingebunden.

Obwohl zwischen den Feldern und Akteuren aufgrund ihrer jeweils eigenen Interessen viele Konfliktlinien verlaufen, vor allem dann, wenn Ideale oder idealisierte Wertvorstellungen miteinander in Konkurrenz treten, gibt es auch Allianzen zwischen Akteuren verschiedener Felder. Diese werden befördert durch Akteure, die sich in mehreren Feldern bewegen (Kühn 1993, S. 8) Beispielsweise ist der G-BA ein wichtiges Akteurskollektiv im Feld der Gesundheitsversorgung. Die rechtlich geforderte Zusammenarbeit bewirkt reelle Zusammenarbeit und ist für die Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen der wichtigste Initiator von Rahmenbedingungen (vgl. G-BA 2023). Aus den in Kapitel 2.1.5 genannten Zuständigkeiten und Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes ergeben sich außerdem diverse Implikationen für die Darstellung der Wechselwirkung kollektiver Akteure im Feld der Gesundheit. In Kooperation mit wissenschaftlichen Akteuren können Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung durchgeführt werden und die Berufung auf Forschungsergebnisse dient der Unterstützung der Entscheidungsfindung. Politische Akteure schaffen die gesetzlichen Vorgaben, allerdings unterstützt der GKV-Spitzenverband in beratender Funktion Parlamente und Ministerien zu Gesetzesvorhaben und Rechtsverordnungen (vgl. GKV-Spitzenverband 2023). Politische Akteure sind ebenso auf die Empfehlungen der KBV bezüglich des Nutzens von neuen Heilmitteln (vgl. KBV 2023) und auf die Forschungsergebnisse des IQWiG zur wissenschaftlichen Fundierung von Maßnahmen angewiesen.<sup>31</sup> Allerdings bergen unerwünschte Forschungsergebnisse sowohl mit Leistungserbringern als auch der Industrie (Pharma, Medizinprodukte, Gesundheit) Konfliktpotenzial. Ein Beleg für die Existenz dieser Konfliktlinien ist, dass die Beschäftigten Verbindungen zur Industrie und anderen Interessengruppierungen bei ihrer Einstellung offenlegen müssen. So soll die Unabhängigkeit des IQWiG sichergestellt werden (vgl. IQWiG 2023). Im Zuge der Liberalisierung des Gesundheitssystems wurden weitere Fachleute in die Konzeption von Reformen einbezogen. Üblicherweise waren die Expert:innen Wissenschaftler:innen aus den Bereichen der Gesundheits- und Gesellschaftswissenschaften (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 328). Darüber hinaus kann EBM als Grundlage wirtschaftlicher Entscheidungen dienen, indem Leistungen, die die Akkumulation ökonomischer Ressourcen versprechen, bevorzugt werden (Vogd 2002, S. 304). Sofern gesundheitspolitische Entscheidungen evidenzbasiert getroffen werden, bedeutet dies, dass eine Allianz zwischen Politik und Wissenschaft existiert, wobei die Wissenschaft Erkenntnisse liefert, die durch politische Maßnahmen umgesetzt werden. Dieses Vorgehen führt allerdings häufig zu einer *Top-Down-Gestaltung* (Pfaff und Pfortner 2016, S. 336), die aus feldtheoretischer Perspektive unvorteilhaft erscheint (vgl. Kapitel 2.1.5).

---

<sup>31</sup> Unter anderen vergleicht das IQWiG verschiedene internationale Leitlinien zu Therapie und Prävention von juveniler Adipositas. Die Qualitätsbewertung der Leitlinien insgesamt ist mittelmäßig. Die deutsche S3-Leitlinie liegt im oberen Bereich der bewerteten Leitlinien (IQWiG 2023).

Strukturelle Veränderungen wie beispielsweise eine Einheitskrankenversicherung für die Gesamtbevölkerung im deutschen Gesundheitssystem umzusetzen, ist mit einem hohen Aufwand verbunden und nicht ohne Zusammenarbeit von Akteuren verschiedener Felder möglich. Eine wichtige Allianz für diesen Wandel ist die zwischen Krankenkassen und den Feldern Politik und Wissenschaft. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass im politischen Feld parteipolitische Lager tätig sind und je nach Art des geplanten Strukturwandels private und gesetzliche Krankenkassen jeweils unterschiedliche Agenden verfolgen können (Bandelow und Hassenteufel 2006, S. 329–330). Allein die Nennung der Akteure und deren relationale Verhältnisse führt jedoch nicht weit. Wichtig ist eine Analyse der Ressourcen, die für die Einnahme einer bestimmten Rolle im Zusammenspiel der Akteure notwendig sind. Wird dies berücksichtigt, werden auch die Auswirkungen sozialer Ungleichheit sichtbar (Janning 2014, S. 343).

### 2.3 Kapital im Feld der Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Für die Aushandlungsprozesse um Einfluss und Positionierung wird im Feld der Gesundheitsversorgung wie in jedem anderen Feld Kapital benötigt. Wertvoll ist dabei nicht nur das feldeigene Kapital, sondern auch dessen Tauschwert in überschneidenden Feldern (Witte und Schmitz 2020, S. 72). Akteure, denen weniger Kapital zur Verfügung steht, unterliegen häufig struktureller Benachteiligung, ihnen ist der Zugang zu bestimmten materiellen und immateriellen Ressourcen verwehrt. Es ist folglich anzunehmen, dass die Verfügbarkeit von Kapital sich auf den Gesundheitszustand auswirken kann. Umgekehrt müsste auch die Position im Feld vom Gesundheitszustand abhängig sein. Das Verhältnis zwischen Gesundheit, Kapital und Position im Feld ist somit reziprok (Abel et al. 2009, S. 193). Gesundheitskapital bedeutet nicht nur gesund zu sein, sondern auch im Falle einer Erkrankung eine bessere Ausgangsposition zu haben.

Es sind drei verschiedene aber voneinander abhängige Formen des Kapitals im Feld der Gesundheit zu unterscheiden:

1. *Gesundheit oder Gesundheitszustand als Teil des Gesundheitskapitals.* Menschen, die als gesund gelten verfügen über mehr Gesundheitskapital als diejenigen, die als krank gelten. Im Feld der Gesundheitsversorgung können Körperkapital und der subjektive Gesundheitszustand als Varianten des Gesundheitskapitals betrachtet werden (Kapitel 2.3.1).
2. *Kapitalarten mit Gesundheitsbezug.* Hierbei kann ökonomisches Kapital Geld und finanzielle Ressourcen meinen, die die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen ermöglichen; soziales Kapital die Netzwerke beschreiben, die Beziehungen und soziale Unterstützung bieten, um den Zugang zu Informationen und Leistungen zu erleichtern; kulturelles Kapital beeinflusst durch Wissen, Bildung und kulturelle Praktiken den Zugang zu Gesundheitsinformationen und die Fähigkeit, Gesundheitsentscheidungen zu treffen (Kapitel 2.3.2).
3. *Gesundheitshabitus.* Diese Kapitalform ist sowohl als Gesundheitskapital als auch als Kapitalart mit Gesundheitsbezug zu verstehen. Sie ist eine Sonderform des kulturellen Kapitals und bildet das kulturell und feldpositionsspezifische gesundheitsbezogene Verhalten und Handeln der Feldakteure ab (Kapitel 2.3.3).

Für alle Formen des Gesundheitskapitals gilt analog zu allen anderen Kapitalarten, dass sie kumulierbar und transformierbar sowie abhängig von der Position im Feld und den Lebensumständen sind. In den folgenden Kapiteln werden die unterschiedlichen Formen und deren Auswirkungen auf die Position im Feld der Gesundheitsversorgung näher beschrieben.

### 2.3.1 Gesundheitskapital

Wie bereits einleitend ausgeführt wurde, ist Gesundheitskapital nicht gleichbedeutend mit Gesundheit. Stattdessen ist es unter anderem dafür verantwortlich im Falle einer Krankheit eine bessere Position im Feld einzunehmen als eine andere kranke Person mit weniger Gesundheitskapital. Es lässt sich in kulturelles, ökonomisches oder soziales Kapital transformieren, umgekehrt lassen sich andere Kapitalsorten in Gesundheitskapital verwandeln. Gesundheitskapital kann Akteure davor schützen, krank zu werden und bei einer schlechten Ausstattung mit Kapital (Akkumulation) fehlen Ressourcen für den Tausch in andere Formen (Transformation) (Abel et al. 2009, S. 193). Zur Beschreibung von Gesundheitskapital als feldeigene Kapitalsorte, ist zunächst der reziproke Charakter zu klären. Gemäß den Ausführungen zur Beschreibung des Feldes der Gesundheit ist der Gedanke naheliegend, dass die Wahrnehmung von Gesundheit abhängig von der Position im Feld und somit vom zur Verfügung stehenden Kapital ist. Weniger augenscheinlich ist der komplementäre Zusammenhang, der die Auswirkung geringerer (wahrgenommener) Gesundheit auf die anderen Kapitalsorten beschreibt. Beispiele für diese Wirkung sind, wenn eine psychische Erkrankung den Zugang zu sozialen Netzwerken verhindert oder schlechte Zähne in einem Bewerbungsgespräch zu einer Absage führen. Ein weiterer Aspekt des Gesundheitskapitals ist, dass bestimmte körperliche Merkmale als visueller Beleg für den Sozialstatus gelten. Die postfordistisch geprägte menschliche Neigung zur Selbstoptimierung steigert die Bedeutung von Gesundheit, denn wenn diese nicht mehr als „Zustand, sondern [als] ein entwicklungs-fähiges psychosoziales Potenzial“ empfunden wird, dann kann sie Ziel von Optimierungsmaßnahmen sein, was sie wiederum zu einer personenbezogenen Ressource und letztendlich zu Kapital macht (Brunnett 2009, S. 69). Durch diese Maßnahmen entsteht ein symbolischer und sozialer Mehrwert, der Akteuren bei der Positionierung im Feld hilft (Brunnett 2016, S. 215). Eine Transformation in symbolisches Kapital ist allerdings nur möglich, wenn die Selbstoptimierung scheinbar mühelos erfolgt. Wird ein zu starkes Bestreben deutlich, Gesundheit zu erlangen und zu erhalten, kann dies als Übertreibung negativ konnotiert werden (Schmidt 2019, S. 227). In einem Sozialstaat besteht ein gesamtgesellschaftliches Interesse daran, dass Gesundheit(skapital) allen Akteuren unabhängig von ihrer jeweiligen Kapitalausstattung zur Verfügung steht. Somit ist es Aufgabe politischer Akteure bei ungleicher Kapitalverteilung regulierend einzugreifen und Kapital zur Verfügung zu stellen, um fehlendes Kapital in der Bevölkerung auszugleichen. Grundsätzlich können hierbei alle Kapitalsorten eingebracht werden, am häufigsten wird jedoch ökonomisches Kapital in kulturelles Kapital transformiert. Wenn beispielsweise Gesundheitsförderung beziehungsweise Empowerment die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken soll (Abel und Schori 2009, S. 51). Wie stark auch gesundheitliches Kapital von ungleichen Machtverhältnissen und sozialer Ungleichheit betroffen ist, wird deutlich, wenn für Personen, die über wenig

ökonomisches Kapital verfügen und unter Umständen nicht bestrebt sind, diesen Zustand zu ändern, der Zugang zu Gesundheitskapital eingeschränkt wird (Brunnett 2009, S. 69).

Bourdieu erwähnt eine Form des Kapitals, die er als *Körperkapital* bezeichnet und das vom *altersbedingten Verfall* betroffen ist (Bourdieu 2018a, S. 345). Den Begriff Körperkapital bringt er hierbei in Zusammenhang mit Sportpräferenzen der Klassen. Bourdieu weist darauf hin, dass sich auch Sport nach dem Geschmack richtet. Die Sportarten der oberen Klassen werden eher exklusiv in speziellen Clubs mit hohen Beiträgen ausgeführt und haben geringere Ansprüche an die körperliche Verfassung, weswegen sie auch noch in höherem Alter ausgeführt werden können. Demgegenüber bezeichnet er die Sportarten der Arbeiterklasse als körperbetont. Körperkapital kann als Ressource im Tausch für anderes materielles oder immaterielles Kapital eingesetzt werden, indem beispielsweise handwerkliche Fähigkeiten in ökonomisches Kapital oder eine rasche Auffassungsgabe in einen Bildungstitel transformiert werden. Körperliches Kapital kann allerdings auch alleinstehend nützlich sein beispielsweise in Form von Konstitution oder Konzentrationsfähigkeit. Wird Aufwand betrieben oder investiert, kann dessen Wert gesteigert werden (Gugutzer 2013, S. 68). Körperkapital als Variante des Gesundheitskapitals wird so in Verbindung mit kulturellem Kapital gebracht, während die körperliche Verfassung dabei eine vergleichsweise geringe Bedeutung hat (Brunnett 2009, S. 69). Körperliches Kapital unterscheidet sich von anderen Kapitalformen, da es selbst nicht mit ökonomischen Mitteln erworben werden kann. Das verfügbare Potenzial ist genetisch festgelegt. Die Möglichkeit zur Ausschöpfung dieser Potenziale kann mit ökonomischem Kapital unterstützt werden (Trainingsstunden, Kleidung, Schönheitsoperationen, Benimmkurs, etc.) (Gugutzer 2013, S. 69). Körperkapital ist perzeptiv und die Deutung der sinnlich erfassten Reize ist abhängig von Hexis und Habitus. Meist anerkennend bewertet und somit in symbolisches Kapital transformiert werden Sportlichkeit, Ausdauer, Attraktivität, Charisma, Kreativität oder Intellekt (Waldschmidt 2011, S. 101). Somit ist ein weiterer Nutzen körperlichen Kapitals, die Möglichkeit den Körper zur Einflussnahme einzusetzen (Gugutzer 2013, S. 69). Für die Auseinandersetzung mit Übergewicht und Adipositas ist relevant, dass die Körper der Betroffenen, nicht den feld- und gruppenspezifischen Schönheitsidealen entsprechen. Körper und Person sind miteinander verschränkt und können nicht getrennt voneinander wahrgenommen werden (Boltanski 1976, S. 170). Menschen mit Übergewicht oder Adipositas steht weniger Körperkapital zum Tausch zur Verfügung. Die fehlende Idealfigur und die damit einhergehende Stigmatisierung, ist zudem eine Einschränkung für den Erwerb symbolischen Kapitals. Obwohl weder Gesundheitskapital noch körperliches Kapital mit Gesundheit gleichzusetzen ist, kann die Abwesenheit von Krankheit ebenfalls als Ressource betrachtet werden. Demgegenüber werden Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in der Kapitalakkumulation einge-

schränkt. Die Position im Feld kann einen Einfluss auf die Art der Erkrankung haben. Beispielsweise ist Asthma bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigen Feldpositionen seltener, während schwere chronische Erkrankungen in dieser Gruppe hingegen häufiger diagnostiziert werden (Richter 2005, S. 70–90).

Als weitere Variante des Gesundheitskapitals ist die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und Lebensqualität zu nennen. Beim subjektiven Gesundheitszustand können statistisch sehr deutliche soziale Unterschiede festgestellt werden. Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus schätzen ihren Gesundheitszustand in der Regel schlechter ein als diejenigen mit hohem (Richter 2005, S. 70–90). Diese Ergebnisse können auch international belegt werden (Abel et al. 2011, S. 59). Der familiäre Wohlstand weist statistisch signifikante Zusammenhänge mit verschiedenen gesundheitsbezogenen Outcomeparametern auf. Es existiert eine Korrelation zwischen familiärem Wohlstand und der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Übergewichtsprävalenz sowie dem Körperbild (Elgar 2016, S. 228). Aktuelle Studien zeigen, dass die Jugend in Bezug auf Gesundheit in mehrerlei Hinsicht eine volatile Lebensphase ist. Einerseits werden in dieser Phase eigene von den Eltern unabhängige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Handlungsmuster entwickelt, andererseits beginnen in dieser Zeit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Wohlbefinden abzunehmen (Hackauf und Quenzel 2019, S. 467).

### 2.3.2 Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug

Gemäß Bourdieus Feldtheorie wirken in allen Feldern die Kapitalsorten symbolisches, ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital auf die Position der Akteure. Dies ist auch im Feld der Gesundheit der Fall. Als Form des Gesundheitskapitals haben sie spezifische Bezüge zu Gesundheit und Krankheit, die im Folgenden beginnend mit dem symbolischen Kapital näher erläutert werden. Als zentrales Kapital für die Einflussnahme im Feld dient symbolisches Kapital den Akteuren im Feld der Gesundheit zur Legitimierung von gesundheitsbezogenen Regeln und Normen sowie der Deutungshoheit. Besonders ressourcenstark ist die Ärzteschaft, die über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Zusätzlich wirkmächtig sind Akteure der Sozialversicherung, da sie die Gesetze und Regeln zur Gesundheitsversorgung umsetzen und über die Legitimität und somit die Finanzierung von Leistungen entscheiden. Für die Betroffenen kann die berufliche Stellung Ausdruck symbolischen Kapitals sein und einen großen Einfluss auf die Gesundheit haben. Eine niedrige berufliche Stellung ist häufiger mit körperlich fordernder Arbeit verbunden. Außerdem ist die berufliche Stellung häufig eng verknüpft mit weiteren (sozialen) Ressourcen (beispielsweise soziale Netzwerke, Ansehen) und wirkt identitätsstiftend. Plötzliche Arbeitslosigkeit kann schwerwiegende Konsequenzen sowohl auf materieller/monetärer Ebene als auch in Bezug auf die psychische Situation für das Individuum zeitigen (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 90–91). Je

größer die Differenz zwischen arm und reich ist, desto größer ist der Statusunterschied gemessen am symbolischen Kapital und desto weniger Schnittmengen zwischen den Gruppen ergeben sich. Folglich ist die ressourcenschwache Bevölkerung in diesen Fällen schlechter repräsentiert (vgl. Schmidt 2019, S. 228) und ihre Chancen auf Gesundheitskapital geringer. Die Unterrepräsentation von Nicht-Akademikern im politischen Feld zeigt, dass eine enge Beziehung zwischen symbolischem und institutionalisiertem kulturellem Kapital besteht. Die Bedarfe und Bedürfnisse von Gruppen mit geringem kulturellem Kapital werden von akademisch gebildeten Akteuren aus etischer statt aus emischer Perspektive wahrgenommen und so sinkt die Wahrscheinlichkeit für Personen mit geringem kulturellem Kapital, angepasste Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder Krankheitsvermeidung zu erhalten (Bittlingmayer und Ziegler 2012, S. 61–62).

Es ist bereits seit zwei Jahrzehnten gut belegt, dass diese beiden soziodemographischen Merkmale Bildung und Einkommen einen Einfluss sowohl auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen als auch auf die Prävalenz einzelner Erkrankungen im Speziellen haben (Hofreuter-Gätgens 2015, 7–9). Entscheidend für die tatsächlichen Konsequenzen, die sich aus hemmenden Parametern ergeben, ist das insgesamt zur Verfügung stehende soziale, kulturelle und ökonomische Kapital. Hierbei wird üblicherweise zwischen personalen und sozialen Ressourcen unterschieden (Erhart et al. 2008, S. 343). Häufig entstehen Erkrankungsrisiken durch das Aufeinandertreffen verschiedener begünstigender Faktoren, die in gegenseitiger Abhängigkeit oder unabhängig voneinander auftreten können (Erhart et al. 2008, S. 335). Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit korreliert insbesondere bei Männern mit dem Einkommen (Hartung 2014, S. 29). Weitere Zusammenhänge mit ökonomischem Kapital entstehen durch eine generell schlechte Ausstattung mit finanziellen Ressourcen, die zu ungesünderer Lebensweise beiträgt. Allerdings gibt es auch Diskrepanzen zwischen mittlerem und höherem Einkommen, die durch diese Korrelation nicht eindeutig erklärt werden können. Trotz der flächendeckenden Versorgung mit einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland bleiben die Unterschiede zwischen Gering- und Besserverdienern bestehen. Dies lässt sich vermutlich vor allem auf das Inanspruchnahmeverhalten zurückführen. Nicht alle Kosten werden durch die Krankenversicherung erstattet, was zu einer geringeren Inanspruchnahme bestimmter Leistungen durch Geringverdiener führt. Schließlich können Erkrankungen die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen einschränken, jedoch nicht in einem Maße, das das Ausmaß der gesundheitlichen Unterschiede erklären würde. Allerdings üben Personen mit höherem Einkommen in der Regel Berufe aus, die einen leichteren Umgang mit Erkrankungen ermöglichen (Behrens 2009, S. 66–69).

Beim Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Gesundheit handelt es sich um einen indirekten Zusammenhang, der durch andere Kapitalformen moderiert wird. Sozialkapital wird demnach als *Ressourcengenerierungspotenzial* betrachtet (Hartung 2019, S. 183). Heutzutage liegt der Forschungsschwerpunkt bei Sozialkapital, auf dem nachbar-



schaftlichen Zusammenhalt und dessen Einfluss auf die individuelle Gesundheit der Individuen. Dabei wird zunächst festgestellt, wie schädlich oder nützlich das gesundheitsbezogene Verhalten in den Nachbarschaften ist, und anschließend erfragt, wie stark das Individuum in diese Gemeinschaft eingebunden ist. Die Forschung zu familiärem Sozialkapital, wie sie in den 80er und 90er Jahren betrieben wurde, ist dabei eher in den Hintergrund getreten. Dennoch wurden einzelne Effekte wie beispielsweise der familiäre Zusammenhalt aus der Gesundheitsperspektive betrachtet, jedoch nicht vor dem Hintergrund des Sozialkapitalkonzepts. Dieses bietet den Vorteil, dass stärker auf die Beziehungsdynamik eingegangen werden kann und nicht auf einzelne Netzwerkressourcen fokussiert wird (Alvarez et al. 2017, S. 6–7). Bourdieus Ausführungen zu sozialem Kapital entsprechen keiner der beiden Vorgehensweisen. Dennoch ist es interessant die Forschungsergebnisse zu nachbarschaftlichen und familiären Ressourcen kurz zu umreißen und sie mit Bourdieus Vorstellungen zu kontrastieren. Der Haushalt, in dem eine Person lebt, beeinflusst die individuelle Gesundheit stärker als die Wohnumgebung (Giordano et al. 2013, S. 2). Es kann gezeigt werden, dass Menschen, deren familiäres Sozialkapital hoch ist, ein geringeres Risiko haben, im Erwachsenenalter an psychischen Erkrankungen zu leiden (Alvarez et al. 2017, S. 21). Ebenso sind gesundheitliche Folgen für Jugendliche in Abhängigkeit von ihrer Familienkonstellation (Zwei- oder Einelternfamilie) nachweisbar, die auch bei einer Kontrolle des Einflusses von familiärem Wohlstand erhalten bleiben. Jugendliche, die in Einelternfamilien leben, haben einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, geringere Lebenszufriedenheit und höhere Prävalenzen somatischer sowie psychischer Auffälligkeiten. Die Prävalenzen für Übergewicht sind hingegen nicht erhöht (Ottova und Richter 2008, S. 261–262). Alleinerziehende haben einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand sowie eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität und der Anteil psychischer Erkrankungen ist in dieser Gruppe erhöht. Die Gruppe der Alleinerziehenden ist dennoch sehr heterogen, da sowohl die Ursachen für den Status unterschiedlich belastend sind (selbstgewählt vs. Schicksalsschlag) als auch das verfügbare Kapital einen großen Einfluss auf die Schwere der negativen Folgen des Alleinerziehendenstatus hat. Zudem sind auch die Anzahl der Kinder, das Alter, die Erwerbstätigkeit und die Bildung weitere relevante Einflussfaktoren (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 74–75). Studien konnten belegen, dass gemeinsame Aktivitäten im familiären Kontext verschiedentlich positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Familienmitglieder haben. Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands und das Ernährungsverhalten werden positiv beeinflusst, die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht oder psychische Erkrankungen sinkt (Alvarez et al. 2017, S. 21). Neben dem Sozialkapital der Gemeinschaft, von dem auch das Individuum profitiert, nennt Hartung die soziale Unterstützung als Ressource der Individuen. Diese habe eine direkte Auswirkung auf deren Morbidität, sei allerdings im Gegensatz zu Institutionen des Sozialkapitals wie Vereine oder Jugendhäuser nicht mit politischen Maßnahmen förderbar (Hartung 2009, S. 218–219). Interventionen im

Gesundheitsbereich fokussieren daher häufig Individuen. Durch die Förderung und Einbringung von Sozialkapital in Form von sozialen Beziehungen könnte gegebenenfalls ein stärkerer Effekt erzielt werden, der sich letztendlich ebenfalls auf die Gesundheit der Individuen auswirken würde (Hartung 2009, S. 212). Denn bei gesundheitsbezogenen Variablen scheinen familiäre und freundschaftliche Beziehungen einen positiveren Einfluss zu haben als institutionenbezogene wie beispielsweise Vereinsmitgliedschaften (Hartung 2009, S. 225). Aus den Ausführungen wird deutlich, dass die Forschungslandschaft eher an den Sozialkapitalbegriffen von Kawachi, Coleman und Putnam orientiert ist. Hierbei wird das Sozialkapital in Form von sozialen Netzwerken als eigene Ressource verstanden, während Bourdieu stärker auf das durch das Netzwerk zur Verfügung stehende Kapital rekurriert. Für die quantitative Forschung hat Bourdieus Deutung einen großen Nachteil, denn sie ist kaum operationalisierbar. Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und dem Familiensystem sind auch durch Bourdieus Kapitaltheorie erklärlich, denn in Einelternfamilien steht das Netzwerk einer Person weniger für die Kinder zur Verfügung, was sich auf die verfügbaren Ressourcen auswirken dürfte.

Kulturelles Kapital wird im Kontext des Feldes der Gesundheitsversorgung relevant, wenn der soziale Status – abgebildet durch die Position im Feld – die Wahrscheinlichkeit beeinflusst, gesund zu sein. Es ist anzunehmen, dass es inkorporiertes gesundheitsbezogenes kulturelles Kapital in Form von Werten, Wissen und Fähigkeiten gibt, das den Gesundheitszustand beeinflusst und zwischen sozialen Gruppen ungleich verteilt ist. Inkorporiertes kulturelles Gesundheitskapital beeinflusst daher den Lebensstil, das Gesundheitsverhalten und den Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen und Institutionen (Gagné et al. 2015, S. 819). Die Bedeutung, die kulturellem Kapital für die Gesundheit zukommt, wird durch die Untersuchung von Statusinkonsistenzen ersichtlich. So kann belegt werden, dass wenn das verfügbare institutionalisierte Kulturkapital (Bildungstitel) nicht dem zu erwartenden ökonomischen oder symbolischen Kapital entspricht, dennoch eine eigenständige Wirkung des kulturellen Kapitals auf die Gesundheit nachweisbar ist (Hofreuter-Gätgens 2015, S. 80–90). Die höheren Positionen im Feld erfahren in der Regel durch ihr kulturelles Kapital früher, was als gesundheitsförderlich gilt und haben die Ressourcen sich einen Lebensstil zu leisten, der dies unterstützt (Cockerham 2013, S. 139). Zudem sind Menschen aufgrund des immer größer werdenden Leistungsangebots gezwungen aus mehreren Optionen zu wählen. Um die für sie beste Leistung zu ermitteln, sind Bildung, Informationen, Wissen nötig (Abel und Schori 2009, S. 50). Im gegenwärtigen Feld der Gesundheitsversorgung, in dem die Verantwortung für Gesundheit bei den Individuen liegt, unterstreicht dies zusätzlich die Relevanz von Health Literacy und mit ihr steigt die Bedeutung kulturellen Kapitals, da dieses die Grundvoraussetzung für fundierte Entscheidungen darstellt (Abel und Schori 2009, S. 50). Aufgrund seiner großen Bedeutung für die Feldtheorie im Allgemeinen und

die Gesundheit im Speziellen wird der Habitus nicht als Teil des kulturellen Kapitals, sondern im Folgenden als eigenständige Form des Kapitals im Feld der Gesundheit dargestellt (vgl. Witte und Schmitz 2020, S. 75–76).

### 2.3.3 Gesundheitshabitus

In der gegenwärtigen Forschung wird Gesundheitshabitus in der Regel durch die Begriffe *gesundheitsbezogener Lebensstil* und *Gesundheitsverhalten* abgebildet. Gesundheitsverhalten wird dabei als dichotom – gesund oder ungesund – betrachtet. Dies beeinflusst auch die erwarteten Ergebnisse dieses Verhaltens: gesundheitsförderliches Verhalten müsse sich positiv, riskantes Verhalten negativ auf die Gesundheit (Morbidität und Mortalität) auswirken (Cockerham 2013, S. 148). Wie bereits beschrieben wurde, ist Habitus der kollektive Lebensstil in Abhängigkeit von der Position im Feld, die durch die unterschiedliche Kapitalverteilung bestimmt ist. Im Habitus drücken sich Verhaltensweisen, Einstellungen, Meinungen, Geschmack und somit letztlich gesundheitsrelevante Verhaltensweisen aus. Bourdieu beschreibt diese, indem er Unterschiede in Küche und ausgeübten Sportarten darstellt. Entscheidend ist, dass es sich hierbei dezidiert nicht um individuelle Vorlieben, sondern um Vorlieben sozialer Gruppen handelt, die durch Sozialisation tradiert werden (Abel et al. 2009, S. 187–188). Somit wird soziale Ungleichheit häufig als wichtiger Faktor der Salutogenese gedeutet. Verhaltensmuster oder Lebensstile sind sowohl in der persönlichen Biografie als auch in Gruppen häufig über lange Zeiträume stabil und nahezu unveränderlich. Gewohnheiten gehen regelmäßig auf das Verhalten der vorangegangenen Generationen zurück. Auf individueller Ebene wirkt sich die Stabilität aus, indem eine Veränderung im Status nicht zwingend eine Veränderung im Gesundheitsverhalten nach sich zieht (Hahn 2011, S. 41–42). Andererseits gilt für den Gesundheitshabitus dasselbe wie für den Habitus im Allgemeinen: er kann nicht nur als statisch verstanden werden. Die sich fortlaufend ändernden Rahmenbedingungen durch soziale Migration, unterschiedliche Positionen in den Feldern oder gesellschaftliche Transformation wirken auf den Habitus der Akteure. Die Adoleszenz ist für die Habitusentwicklung entscheidend, da in dieser Lebensphase nicht mehr überwiegend die Familie das Verhalten prägt. Insbesondere soziale Gruppen Gleichaltriger handeln einen gemeinsamen Geschmack aus oder sehen diesen als Teil der Initiation und Akzeptanz (Bartsch 2018, S. 108; Richter und Lampert 2008, S. 175). Diese Lebensphase ist somit ein häufiger Zeitpunkt für soziale Migration, die für Jugendliche positive oder negative Folgen haben kann. Beim Verbleib in der elterlichen Sozialgruppe können Effekte hingegen akkumulieren (Erhart et al. 2008, S. 340). Diese Erkenntnisse ermöglichen eine Einordnung verschiedener empirischer Ergebnisse, die Korrelationen zwischen Sozialstatus oder ökonomischem Status und gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen aufzeigen.

Der Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit ist unstrittig. Bislang ungeklärt ist jedoch deren Wirkungsweise also wie beispielsweise der soziale Status inkorporiert wird. Die Inkorporation als Prozess vollzieht sich abseits beobachtbarer Handlungen, lediglich das Ergebnis ist empirisch abbildbar (Ottova und Richter 2008, S. 255). Vier Faktoren beeinflussen den gesundheitsbezogenen Lebensstil. Erstens soziale Position, zweitens horizontale Ungleichheitsfaktoren wie Geschlecht oder Alter, drittens Gemeinschaften oder Gruppen und viertens die Lebensumstände. Diese Einflussfaktoren fächern eine Reihe an möglichen Entscheidungen und Handlungen auf, zwischen denen das Individuum wählen kann (Cockerham 2013, S. 139). Die Auswirkungen von Gemeinschaften oder Gruppen sind vorrangig abhängig von ihrer jeweiligen Position im Feld und Folgen der Lebensumstände wurden bereits einleitend exemplarisch anhand der Auswirkungen des Wohnumfeldes gezeigt. Die Abhängigkeit des Lebensstils von der Position im Feld wurde ebenfalls bereits an einigen Stellen thematisiert. Die Konsequenz aus dieser Interdependenz ist, dass gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitskompetenz als Teil des Lebensstils in Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit steht (Hensen 2011, S. 211). Diejenigen Gruppen, deren Position im Feld gefüge dominierend ist, bestimmen den Lebensstil. Im Feld der Gesundheit ist ihr Habitus und ihr Geschmack ist das, was mit gesundem Verhalten assoziiert wird (Cockerham 2013, S. 137), dies gilt insbesondere für Akteure mit hohem kulturellem Kapital und umfasst sowohl die Ernährung als auch sportliche Betätigungen sowie ein niedrigeres Risikoverhalten (Hartung 2014, S. 30–31). Sozialen Gruppen mit mittleren Positionen im Feld kommt eine Vermittlerposition für gesundheitsbewussten Lebensstil zu. Durch die solide ökonomische Stellung haben diese Gruppen genug Freizeit, um sich mit Gesundheit und deren Erhalt sowohl intellektuell als auch praktisch zu beschäftigen (Cockerham et al. 2006, S. 192). Der Habitus der Akteure in niedrigeren Feldpositionen gilt demgegenüber als ungesund. Allerdings kann nonkonformes Gesundheitsverhalten auch als Rebellion gegen geltende Gesundheitsnormen auftreten (Hahn 2011, S. 47) oder eine Belohnungsfunktion einnehmen. Klassische Beispiele für letzteres sind das Feierabendbier, die Pausenzigarette oder das Fernsehen zur Entspannung. Stehen weniger finanzielle Mittel zur Verfügung und ist die Arbeit körperlich anstrengender, sind die Möglichkeiten der Erholung limitiert. So könnten statt eines gemeinsamen Ausflugs das Sitzen vor dem Bildschirm und der Konsum von energiereichen Lebensmitteln entspannender wirken und eine geringere finanzielle Belastung darstellen.

Viele der Normen bezüglich des Essens entsprechen nicht dem Zeitgeist, bei ihnen handelt es sich um funktionale Relikte, die über Generationen tradiert wurden. Einige der aktuell immer noch gebräuchlichen Regeln scheinen eher dem Nachkriegsdeutschland angemessen, jedoch vollzieht sich der Wandel in Einklang mit der Habitus Theorie nur langsam (Schmidt 2018, S. 96). Bourdieus empirische Befunde deuten zudem auf Unterschiede im Geschmack in Abhängigkeit von der Position im Feld hin. Niedrige

Positionen bevorzugen preiswertes, fettreiches Essen (Bourdieu 2018a, S. 141), Akteure mit hohem kulturellem Kapital exotische Gerichte (Bourdieu 2018a, S. 300) und Akteure mit hohem ökonomischem Kapital ähnliche Speisen wie diejenigen mit niedrigen Positionen allerdings mit höheren Kosten (Bourdieu 2018a, S. 300–301). Anfang der 2000er belegen auch verschiedene europäische Studien die Geschmacksdifferenzen zwischen Personengruppen mit hohem und niedrigem Kapital (Christensen und Carpiano 2014, S. 14). Laut einer Studie des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) ist Geschmack für 97 % der Befragten bei der Auswahl von Lebensmitteln relevant. Damit hat Geschmack mit Abstand den größten Einfluss auf die Entscheidung, welche Lebensmittel konsumiert werden. (BMEL 2020, S. 17). Da Geschmack geprägt ist von der sozialen Gruppe und deren Position im Feld, hat diese auch einen entscheidenden Einfluss auf das Konsumverhalten. Diese Erkenntnis ist zwar nicht überraschend, kann aber durch die aktuelle Studie des BMEL erneut belegt werden. Neben der Ernährung ist die Bewegung ein entscheidender Faktor des Gesundheitsverhaltens. Bourdieu beobachtet, dass Sport zu treiben, eher ein Merkmal von Personen mit höheren Positionen im Feld ist, während diejenigen mit niedrigeren Positionen häufiger Fernsehübertragungen von Sportveranstaltungen konsumieren (Bourdieu 1978, S. 828). Er führt dies auf gruppenspezifische Körperwahrnehmung zurück. Während bei Akteuren niedrigerer Feldpositionen der Körper als Werkzeug zur Erreichung bestimmter Ziele betrachtet wird, wird er in Gruppen mit hohem kulturellem Kapital stärker als Selbstzweck wahrgenommen. Gymnastik als sportliche Betätigung hierbei kann als Analogie zum gelehrten Sprachgebrauch betrachtet werden (Bourdieu 1978, S. 823). Interessant ist laut Bourdieu, dass die Begründung und Entwicklung des Sportes im heutigen Sinne, die meist mit dem Namen Baron Pierre de Coubertin in Verbindung gebracht wird, durch moralische Ideale, die dem Ethos der dominanten sozialen Gruppen der damaligen Zeit entsprechen, geprägt ist. Dementsprechend steht gute Erziehung über der Weisung, Charakter beziehungsweise Willenskraft über der Intelligenz und Sport über der Kultur (Bourdieu 1978, S. 825). Neben der Form körperlicher Aktivität ist die adressaten- und situationsangemessene verbale Artikulation somatischer Leiden, die beispielsweise engen Freunden anders als medizinischem Fachpersonal kommuniziert werden, Teil des körperbezogenen Habitus. Das konforme Reaktionsspektrum des Adressaten ist wiederum durch dessen Habitus begrenzt. Nicht nur die Artikulation körperlicher Missempfindungen ist durch den Habitus limitiert. Seine Inkorporiertheit kann sich auch auf die Empfindung selbst erstrecken und beeinflussen, ab wann eine irreguläres Körpergefühl tatsächlich als Krankheitssymptom gedeutet wird. Demgemäß ist eine vom kulturellen Kapital abhängige nach sozialer Position differierende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erklärlich (Boltanski 1976, S. 154). Die Autonomie der kapitalreichen Positionen im Feld wird durch deren Geschmack demonstriert, der sich weniger an der körperlich-biologischen Notwendigkeit der Energiezufuhr und stärker an der Befriedigung leiblicher Bedürfnisse durch

Genuss orientiert (Hähne und Dümmler 2008, S. 99). Aus diesen Entwicklungen gesundheitsbezogener Werte und Normen ergeben sich antithetische Prämissen für den Gesundheitshabitus, in denen Selbstdisziplin auf der einen und Hedonismus auf der anderen Seite steht.

Neben der sozialen Position sind horizontale Ungleichheitsfaktoren wie Geschlecht und Alter für das Gesundheitsverhalten und den Geschmack prägend. Männer und Frauen weisen differierende Gesundheitsverhaltensweisen auf. Männern werden hierbei eine höhere Risikofreude und ein geringeres Krankheitsbewusstsein zugeschrieben und die höheren Mortalitätsraten bei Männern werden zum Teil darauf zurückgeführt. Das männliche Schönheitsideal hat einen höheren BMI als das weibliche, die weniger gesundheitsbewusste Ernährung wird von Männern gesellschaftlich geradezu erwartet. Jungen und Mädchen erlernen diese Normen und nutzen sie, um ihre Geschlechterzugehörigkeit zu verdeutlichen (Schiek 2011, S. 203–206). Bourdieu beschreibt bereits in den 1970er Jahren den geschlechtsbezogenen Geschmack anhand der niedrigeren Positionen im Feld. Hier beobachtet er bei Männern üppige, fettreiche, hochkalorische Lebensmittel in großen Mengen, während für Frauen Zurückhaltung sowohl bei der Reichhaltigkeit als auch bei der Menge der Speisen geboten ist (Bourdieu 2018a, S. 308–309). Dies steht in Einklang mit der These, dass Frauen stärker an gesellschaftliche körperbezogene Normen gebunden sind (Christensen und Carpiano 2014, S. 14). Diese Geschlechterdifferenzen sind bereits im Jugendalter als weiterer Faktor horizontaler Ungleichheit erkennbar, denn in der Adoleszenz werden unter anderem Geschlechterrollen ausgehandelt. Für den Gesundheitshabitus bedeutet das, dass Jungen dem männlichen Rollenbild folgend größere Risiken eingehen als Mädchen, die eher zu einem zurückhaltenden, gesundheitsbewussten Lebensstil neigen. Besonders zurückhaltend sind Mädchen häufig bei der Ernährung, was einem gesundheitsbewussten Handeln widersprechen kann (Hackauf und Quenzel 2019, S. 472). Das Gesundheitsverhalten der männlichen Jugendlichen befördert in der Regel die Entstehung von Übergewicht und Adipositas, was sich auch in statistischen Kennzahlen niederschlägt (Ottova und Richter 2008, S. 259). Der adoleszente Habitus ist geprägt von dem vorherrschenden Geschmack der sozialen Gruppe bezüglich körperlicher Erscheinung. Das trifft sowohl wie oben beschrieben auf geschlechtsspezifische als auch auf diejenigen Schönheitsideale zu, die sich auf Makellosigkeit beziehen. Gerade pubertierende Körper entsprechen aufgrund von hormonellen und wachstumsbedingten körperlichen Veränderungen häufig nicht diesen Idealen und so versuchen Jugendliche durch ihr Gesundheitsverhalten, ihr als defizitär wahrgenommenes Erscheinungsbild zu optimieren (Bartsch 2018, S. 111). Während Mädchen eher dazu bereit sind, Mahlzeiten zu beenden bevor sich ein Sättigungsgefühl eingestellt hat und sich insgesamt ausgewogener ernähren, verzichten Jungen eher auf ganze Mahlzeiten. Neben der Ernährung wird vor allem Sport von Jugendlichen genutzt, um ihre Körper gemäß ihren Idealvorstellungen zu modellieren.

Auswirkungen des Geschlechts sind auch für das Gewichtskontrollverhalten nachweisbar. Während Mädchen bereits in sehr frühem Alter davon berichten, ihr Gewicht mittels Waage zu überwachen und gegebenenfalls ihre Ernährung anzupassen, weisen Jungen einen weniger disziplinierten Umgang mit ihrem Gewicht auf. Zudem berichten sie seltener davon von ihrem Umfeld auf ihr Übergewicht angesprochen und zu Gegenmaßnahmen aufgefordert zu werden (Schiek 2011, S. 213–215). Dies zeigt, dass das Ideal der Selbstdisziplin bereits in der Jugendphase wirksam ist. Es spiegelt sich sowohl in den Erwartungen an die Mädchen als auch in deren kontrollierenden Handlungsweisen wider.

Familiäre Faktoren haben in der Adoleszenz auf das Gesundheitsverhalten einen wesentlich geringeren Einfluss als andere Jugendliche. Insbesondere riskante Verhaltensweisen werden gemeinsam mit Freunden praktiziert. Hierzu zählen Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum. Die soziale Herkunft beeinflusst dabei nicht den Konsum an sich, sondern lediglich die Art des Konsumgutes. Während Angehörige höherer Statusgruppen mehr und häufiger Alkohol verzehren, ist Rauchen und Drogenkonsum in den niedrigeren Statusgruppen weiter verbreitet (Ottova und Richter 2008, S. 262–263). Verhaltensweisen, die positive oder negative Einflüsse auf den späteren Gesundheitszustand haben, sind im Jugendalter besonders bedeutsam. Zum einen werden in dieser Zeit viele Verhaltensweisen erprobt, die auch im Erwachsenenleben ausgeführt werden (positive wie negative), zum anderen ist es eine Zeit, in der Substanzen häufig erstmalig konsumiert werden. Die Konsequenzen ihres gesundheitsrelevanten Handelns sind den Jugendlichen weniger bewusst, da sich die Auswirkungen meist erst viele Jahre später manifestieren. Auch der Loslösungsprozess vom elterlichen Einfluss hat Konsequenzen. Viele Forschungsergebnisse zu Tabak- und Alkoholkonsum sowie körperlicher Aktivität und Ernährung stellen das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen und den Einfluss sozialer Ungleichheit dar. Für Tabakkonsum zeigen sich nur in wenigen Studien Auswirkungen des elterlichen Sozialstatus. Nur der eigene Status der Adoleszenten scheint nachweislich Auswirkungen zu haben. Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Alkoholkonsum, wobei hier zum Teil sogar inverse Einflüsse gemessen wurden. Die in der Adoleszenz zunehmende Autonomie wird auch im Essverhalten deutlich, indem beispielsweise Mahlzeiten bewusst nicht mehr im familiären Kontext eingenommen werden (Bartsch 2018, S. 108). Ergebnisse einer aktuellen Studie des BMEL zeigen, dass unabhängig von ihrer Position im Feld gesunde Ernährung für 80 % der jungen Menschen wichtig ist und mit zunehmendem Alter diese Zustimmung auf 96 % steigt. Lediglich der Geschmack übertrifft mit 98 % diese Zustimmungswerte (BMEL 2020, S. 6–7). Nicht ermittelt wurde in diesem Zusammenhang, was von den Befragten unter gesundem Essen verstanden wird. Gemäß den obigen Ausführungen sind hier Unterschiede zwischen den Statusgruppen zu erwarten.

Jugendliche haben, wie jede Altersgruppe, einen eigenen Habitus. Selbstverständlich ist auch der jugendliche Habitus nicht homogen, sondern von soziokulturellen Einflüssen und den Feldern, in denen sie sich bewegen, abhängig. Was darüber hinaus nur selten thematisiert wird ist, dass der adoleszente Habitus nicht nur von ihren Neigungen, sondern auch von ihren Kompetenzen und dem Kontext abhängig ist. Beispielsweise wird die Auswahl konsumierbarer Nahrungsmittel durch die Kochmöglichkeiten (Kompetenzen: Fähigkeit zu kochen und Kontext: Vorhandensein notwendiger Utensilien) eingeschränkt (Bartsch 2018, S. 108). Ähnliches gilt für körperliche Betätigungen. Um den Bewegungsempfehlungen der WHO entsprechen zu können, müssen für Kinder die strukturellen Voraussetzungen gegeben sein. Leben sie in einer Wohngegend, in der es an Bewegungsmöglichkeiten wie Spielplätzen, Parks oder Wiesen mangelt, wirkt sich dies auf die tägliche körperliche Aktivität aus (RKI 2020h, S. 1). Gleiches gilt für Jugendliche, die sich signifikant seltener sportlich betätigen, wenn in ihrem Wohnumfeld hierfür keine Räume zur Verfügung stehen. So wird insbesondere bei der Ausübung von Sport deutlich, wie strukturelle Hürden ein gesundheitsförderliches Verhalten einschränken können (Müller et al. 2011, S. 102–103). Generell gilt, dass mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen Kinder und Jugendlichen, die sich im Freien bewegen von etwa 90 % (Vier- bis Fünfjährige) auf ca. 15 % (ältere Jugendliche) sinkt. Im Zehnjahrestrend ist zu beobachten, dass sich bereits in der Altersgruppe ab elf Jahren weniger im Freien bewegt wird. In der Gruppe der älteren Jugendlichen (14-17 Jahre) sank der Anteil um rund 20 % (RKI 2020d, S. 2). Generell ist zu verzeichnen, dass die körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen im Längsschnitt abnimmt. Verstärkt tritt dies bei niedrigen Feldpositionen auf. Eine mögliche Erklärung wäre, dass der elterliche Einfluss bei Sport und Ernährung größer ist als beim Substanzkonsum, der eher mit Gleichaltrigen vollzogen wird (Richter 2005, S. 90–102).

Ein Element des Gesundheitshabitus, das selten im Kontext des Verhaltens von Erwachsenen auftritt, häufig allerdings bei Kindern und Jugendlichen diskutiert wird, ist das Bildschirmmediennutzungsverhalten. Je älter Kinder werden, desto länger ist ihre tägliche Bildschirmzeit. Spätestens in der Adoleszenz ist die tägliche Nutzung selbstverständlich und alltäglicher Teil des Lebens. Häufig wird dieser Verlauf problematisiert und als eine der Ursachen von Adipositas proklamiert, so auch durch das RKI im Rahmen ihres *AdiMon*-Themenblattes zur Nutzung von Bildschirmmedien (RKI 2020c, S. 2). Argumentationsgrundlage ist hierbei, dass die vollständige Durchdringung aller Bereiche der Gesellschaft mit technischen Hilfsmitteln zu einer Verminderung der täglich notwendigen körperlichen Aktivität führt (Zwick 2011, S. 76). Konträr zu den von deutschen Expert:innen befürchteten negativen Folgen von Bildschirmmediennutzung für die körperliche Bewegung von Jugendlichen gibt es Studien, die keine signifikanten Korrelationen zwischen diesen Variablen feststellen können. Hierzu wird zudem angemerkt, dass Werbung einen weit größeren Einfluss hat (Russell und Buhrau 2015, S.



203). Einschränkend ist dabei festzuhalten, dass sich diese Studien in der Regel lediglich auf den Fernsehkonsum beziehen. Haupt- beziehungsweise Mittelschüler:innen haben im Vergleich zu denjenigen anderer Schularten den höchsten Fernsehkonsum. 41,3 % dieses Personenkreises sehen mindestens drei Stunden am Tag fern (Wulff und Wagner 2018a, S. 313). Die Weiterentwicklung von Bildschirmmedien vollzieht sich sehr schnell und mit ihr verändert sich das Nutzungsverhalten, was die Aussagekraft älterer Studien maßgeblich einschränkt. Beispielsweise sinkt der Anteil des klassischen Fernsehens, während die Internetnutzungszeit steigt (RKI 2020c, S. 2). Allerdings enthalten auch online konsumierte Medien Werbung, die den Konsum der Jugendlichen beeinflussen kann (Bartsch 2018, S. 109). Die Online-Zeit von Jugendlichen betrug im Jahre 2018 etwa dreieinhalb Stunden (Wunderer et al. 2020, S. 90). Die Mediennutzungszeiten von Jugendlichen schwankten in den letzten Jahren allerdings sehr stark. Große Auswirkungen hatten die Eindämmungsmaßnahmen der Corona-Pandemie, die über alle Altersgruppen hinweg sowohl im schulischen und beruflichen als auch im privaten Alltag die Online-Zeit stark erhöhten. Gegenwärtige Untersuchungen nennen einen Wert von durchschnittlich 204 Minuten pro Tag, was in etwa dem Vor-Corona-Niveau entspricht (Feierabend et al. 2022, S. 58).

Es können Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und Bildschirmzeit bei Jugendlichen ermittelt werden. Während bei Mädchen ein negativer Zusammenhang mit Fernsehkonsum besteht, ist dasselbe für Jungen bei Videospiele zu verzeichnen. Andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen, Geschlechterdifferenzen können allerdings nur zum Teil belegt werden. Neben der Interpretation, dass Fernseh- beziehungsweise Videospielekonsum die gesundheitsbezogene Lebensqualität senkt, ist auch ein entgegengesetzter Einfluss denkbar, nämlich, dass Kinder und Jugendliche mit niedriger Lebensqualität als Freizeitaktivität die Nutzung von Bildschirmmedien bevorzugen (Tsiros et al. 2017, S. 3126). Für junge Menschen mit Essstörungen gilt, dass die Beschäftigung mit einflussreichen Personen des öffentlichen (Online-)Lebens ein Imitationsbedürfnis hervorruft. Allerdings können diese Leitbilder in der Regel nicht erreicht werden, was zu Unsicherheit und Selbstzweifeln führt (Wunderer et al. 2020, S. 93). Folgt man einigen gängigen Argumentationen, erklärt sich, warum der Einfluss von medialen Vorbildern für die Entstehung von Ess- und Körper-selbstbildstörungen verantwortlich gemacht werden kann. Hierzu gehören die sozial-kognitive Lerntheorie, die Theorie des sozialen Vergleichs, die Theorie der Kontrasteffekte, die Theorie des *Kultivationsansatzes* sowie der *Mere Exposure Effekt*. Die Argumentationskette daraus ergibt sich wie folgt: Verhaltensweisen, Rollenbilder und Idealvorstellungen werden durch Beobachtung und Nachahmung erlernt, der Effekt kann durch repetitive Elemente verstärkt werden. Können die wahrgenommenen Ideale nicht erreicht werden, führt dies zu einer negativen Selbstwahrnehmung beziehungsweise -einschätzung (Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 39).

Die Studienergebnisse von Baumgartner-Hirscher et al. legen allerdings nahe, dass zumindest die Theorie des Kultivationsansatzes auf Medieninhalte nicht angewendet werden kann. Sie vermuten, dass die Überrepräsentation von Attraktivität nicht zur erwartbaren Verinnerlichung des Schemas, sondern zu einer Übersättigung führt (Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 53). Trotz der indifferenten Ergebnisse bezüglich der Wirkung von Leitbildern in sozialen Medien, ist zu beobachten, dass die Werte Selbstdisziplin und Hedonismus von Jugendlichen antizipiert werden. Häufig wird hierbei eine klare Trennung zwischen privater und öffentlicher Sphäre vollzogen. Selbstdisziplinierung und Verzicht ist Teil des häuslichen Umfelds, während Konsum und Genuss gemeinsam mit den Freunden und Gleichaltrigen also vor Publikum erlebt wird (Bartsch 2018, S. 114). Dieses Handeln ist Teil der adoleszenten Selbstinszenierung, in der das perfekte, fröhliche und sorgenfreie Ich für andere bestimmt ist. Analog zur Darstellung in sozialen Medien wird dieses Ich auch im öffentlichen Raum insbesondere für die Peergroup inszeniert.

## 2.4 Zentrale Ergebnisse zum Feld der Gesundheit

Ziel der Beschreibung des Feldes der Gesundheit war es Gesundheit und Gesundheitsversorgung in einen soziokulturellen Kontext zu setzen und somit zu einem besseren Verständnis dieser Phänomene beizutragen. Zur Beschreibung des Feldes wurden dessen Grenzen, Akteure und Kapitalformen näher betrachtet. Es konnte gezeigt werden, dass das Feld der Gesundheit als autonom jedoch nicht als autark gelten kann, denn die Grenzen des Feldes müssen sowohl in sich als auch in Relation zu anderen Feldern beschrieben werden. Die Konstruktion von Gesundheit und Krankheit als Dichotomie, die vom politischen Feld oktroyierten Regeln und die Institutionen der Gesundheitsversorgung bilden eine wichtige Grundlage dieser Autonomie. Als Wächter zwischen den Geltungssphären von Gesundheit und Krankheit fungieren die ärztlichen Akteure, deren symbolisches Kapital sie zu einer der einflussreichsten Gruppen im Feld der Gesundheit macht. Teil der symbolischen Ordnung des Feldes, der auch die Ärzteschaft unterliegt, ist das neoliberale Gesundheitsverständnis, das historisch bedingt auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung fußt. Ihm liegt die Annahme zugrunde, dass Gesundheit nicht zufällig oder schicksalhaft, sondern durch Maßnahmen beeinflussbar ist, die sowohl von den Betroffenen selbst als auch auf politischer Ebene ergriffen werden können. Aus diesem Gesundheitsverständnis ergibt sich, dass die Verantwortung für Gesundheit zunächst bei den Bürger:innen und erst in zweiter Linie beim Sozialstaat gesehen wird. Die *Gesundheitsversorgung* wurde hingegen überwiegend als sozialstaatliche Aufgabe identifiziert. Als zentral für die Gesundheitsversorgung in Deutschland wurde das korporatistische Modell der Sozialversicherung, das nur eine geringe politische Beteiligung vorsieht, herausgestellt. In diesem Modell verhandeln Leistungsträger mit Leistungserbringern über die Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit von Heil- und Hilfsmitteln. Als weniger beachtete Instanz der Gesundheitsversorgung wurden die informellen Institutionen, die nicht als Leistungserbringer gelten, benannt, zu denen Familie, Freunde und das Internet zählen. Sie tragen neben der Sozialversicherung zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung in Deutschland bei. Für Menschen mit Übergewicht und Adipositas können Leistungserbringer im Rahmen staatlicher Gesundheitsförderung oder Prävention tätig werden. Häufig wird jedoch die Selbstverantwortung der Betroffenen betont, was die Bedeutung informeller Institutionen für die Gesundheitsversorgung von Übergewicht und Adipositas erhöht.

Aus der Beschreibung der Grenzen des Feldes wurde ersichtlich, dass das Feld der Gesundheit in einem größeren Zusammenhang mit anderen Feldern steht. Erst die Betrachtung dieses Feldgefüges und die Einordnung des Feldes der Gesundheit in das Machtfeld zeigte, welche Akteure die größte und wirkmächtigste Handlungsautonomie haben. Außerdem wurde hierdurch klar, dass viele entscheidende Abläufe in Bezug auf Übergewicht und Adipositas nicht im übergeordneten Feld der Gesundheit, sondern im Feld der Gesundheitsversorgung stattfinden. Zur systematischen Beschreibung der

Akteure des Feldes und deren Beziehungen untereinander bildete die Triade Betroffene – Leistungserbringer – Leistungsträger eine wichtige Grundlage. Die Akteure der Triade tauschen untereinander Kapital gegen Leistungen aus. Welche Kapitalsorten dabei eingesetzt werden, ist abhängig von der jeweiligen Leistung, den betroffenen Feldern und Feldpositionen. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass das Feld der Gesundheit über eine eigene Kapitalsorte verfügt, die in drei Varianten – Gesundheitskapital, Kapitalsorte mit Gesundheitsbezug und Gesundheitshabitus – auftreten kann.

Die Konstruktion eines Feldes der Gesundheit leistet einen wesentlichen Beitrag zur Beschreibung der Wirkung von sozialer Position und sozialem Gefüge im Kontext von Gesundheit und Krankheit. Die Feldtheorie bildet zudem ein Fundament für die Beschreibung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und zeigt, dass vor allem kapitalstarke Akteure einen großen Einfluss haben und dieser Einfluss über lange Zeiträume stabil bleiben kann. Dabei ist die symbolische Gewalt der Schlüssel für die Wahrnehmung bestimmter Elemente als unhinterfragte Tatsachen und dient dem Erhalt des Einflusses. Das Habituskonzept, das vermittelnd zwischen gesellschaftlichen Strukturen und Individuen wirkt und als inkorporiertes kulturelles Kapital eng mit dem Körper und Körperlichkeit in Verbindung steht, ist hierbei ein entscheidendes Element. Wie die im Feld der Gesundheit wirkenden Mechanismen und Akteure die Wahrnehmung von juvenilem Übergewicht und juveniler Adipositas beeinflussen, wird im anschließenden Kapitel 3 zu zeigen sein.

### 3 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS IM FELD DER GESUNDHEIT

Bei der Konstruktion eines Feldes der Gesundheit wurden relevante Mechanismen, Institutionen, Akteure sowie feldspezifische Kapitalformen benannt, die eine Analyse von sozialer Position und sozialem Gefüge im Kontext von Gesundheit und Krankheit als zentrale Aushandlungsgegenstände ermöglichen. In Kapitel 3 wird es nun die Aufgabe sein die Phänomene Übergewicht und Adipositas in Beziehung zu Grenzen, Akteuren und Kapital des Feldes der Gesundheit zu setzen. Um Übergewicht und Adipositas stärker zu kontextualisieren werden also die in Kapitel 0 dargelegten Elemente zur Beschreibung des Feldes der Gesundheit aufgegriffen und deren Bedeutung für Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen herausgestellt. Verzichtet wird hierbei auf redundante Elemente, für die die Ausführungen zum Feld der Gesundheit analog gelten. Zunächst werden im Rahmen der Grenzen des Feldes (Kapitel 3.1) die adipositaspezifische symbolische Ordnung und Versorgungsstruktur erläutert. Nicht weiter ausgeführt werden hingegen die Ideengeschichte, die für Adipositas und Übergewicht bereits in Kapitel 1.1.1 erfolgt ist. Regulierungsmechanismen, feldspezifische Expertise und Feldgefüge müssen ebenfalls nicht dargestellt werden, da diese bereits in den Kapiteln 2.1.3, 2.1.4 und 2.1.6 beschrieben wurden. Im Rahmen der symbolischen Ordnung werden mit der sozialen Konstruktion des menschlichen Körpers und Schlankheit als Schönheitsideal weitere Aspekte aufgezeigt, die in engem Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas stehen. Darüber hinaus zeigt die Analyse des Epidemie-Diskurses bereits einige grundlegende Mechanismen auf, die bei der Auseinandersetzung mit Übergewicht und Adipositas im Feld der Gesundheit zum Tragen kommen und im Kapitel 3.2 bei der Darstellung der Akteure aufgegriffen werden können. Hierbei ergeben sich aus den Positionen und Perspektiven der Akteure im Feld neue Blickwinkel, die als Rahmen für die Datenanalyse dienen können. Abschließend wird übergewichts- und adipositasrelevantes Kapital beschrieben. Es wird zunächst gezeigt, dass Kapital als Faktor der Entstehung von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen wirken kann. Anschließend werden die Einflüsse der drei Formen Kapitals im Feld der Gesundheit auf die Phänomene Übergewicht und Adipositas beschrieben (Kapitel 3.3).

### 3.1 Übergewicht und Adipositas im Kontext der Grenzen des Feldes

Die Grenzen des Feldes der Gesundheit werden anhand der symbolischen Ordnung und der institutionalisierten Versorgung erläutert. Einen besonderen Stellenwert hat der normsetzende Charakter der symbolischen Ordnung. Im Fokus der Darstellung der institutionalisierten Versorgung steht die Adipositas-therapie. Anhand der spezifischen Präventions- und Therapieempfehlungen wird der Blick der Leistungserbringer und -träger auf Übergewicht und Adipositas illustriert. Hierbei kann ein Paradigmenwechsel bei der therapeutischen Behandlung aufgezeigt werden (Kapitel 3.1.2).

#### 3.1.1 Symbolische Ordnung

Während die symbolische Ordnung der Felder der Gesundheit und Gesundheitsversorgung die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen fokussiert, müssen für die Phänomene Übergewicht und Adipositas weitere Aspekte berücksichtigt werden. Nicht nur die Wahrnehmung von gesund und nicht-gesund, krank und nicht-krank ist von kulturellem Kapital beeinflusst und somit habituiert, sondern auch Schönheitsideale und Körperbilder. Das neoliberale Gesundheitsverständnis, in dem die Verantwortung für die eigene Gesundheit in erster Linie beim Individuum liegt, wirkt sich auch auf Ideale aus und kann anhand des Adipositas-Epidemie-Diskurses nachgezeichnet werden. Dabei ist zu erwarten, dass die auf ästhetischen Ansprüchen basierende Normalitätskonstruktion analog zu den vorangegangenen Erkenntnissen zu symbolischer Ordnung eine Leitkategorie bildet und Körper sowie Schönheit als Kapital zur Stellung im Feld beitragen.

##### 3.1.1.1 Soziale Konstruktion von Übergewicht und Adipositas am Beispiel der „Adipositas-Epidemie“

Der allgemeine Aushandlungsprozess um den Krankheitswert und die Krankheitslast von Übergewicht und Adipositas kann anhand des Diskurses um die *Adipositas-Epidemie* deutlich gemacht werden. Im Feld der Gesundheit ist die Darstellung von Übergewicht und Adipositas bis in die 2010er Jahre geprägt von diesem Topos. Die Klassifizierung von Adipositas als Epidemie wurde ursprünglich 1997 von der WHO eingeführt (Schorb und Helmert 2011, S. 31). Zuvor war der Begriff Epidemie ausschließlich bei ansteckenden Erkrankungen angewandt worden und bis heute ist Adipositas die einzige Ausnahme dieser Regel (Schorb 2015, S. 28). Offensichtlich ist Adipositas nicht virulent im medizinischen Sinne. Obwohl es Erkrankungen wie das Adenovirus 36 gibt, die die Entstehung von Übergewicht augenscheinlich begünstigen, gibt es keine interpersonale Übertragung von Adipositas-erregern oder Vergleichbarem. Einige wissenschaftliche Akteure sprechen daher von einer sozialen Ansteckung. Dem liegt die Argumentation zugrunde, wer dicke Freunde habe, hätte das Risiko sich über diese Kontakte mit

Adipositas zu infizieren beziehungsweise das eigene Übergewicht zu verbreiten (Schorb 2015, S. 97). Etwa zeitgleich mit der Etablierung des Begriffs Adipositas-Epidemie verschärft sich die Darstellung der Erkrankung als Thema gesellschaftlicher Auseinandersetzungen (Schorb und Helmert 2011, S. 31). Durch mediale Verarbeitung in Form häufig reißerischer Überschriften, Programm- und Projekttitel werden die Kausalitäten zwischen Ernährung beziehungsweise Bewegung und Gesundheit, Normalgewicht sowie Wohlbefinden betont und somit unmittelbare Wirkungen von Ernährung und Sport auf Gewicht und von niedrigerem Gewicht auf höhere Lebensqualität impliziert (Günther 2013, S. 2–3). Die mediale Darstellung greift dabei den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs auf. Bis 2007 ist in Artikeln auf Basis des KiGGS-Datensatzes der Topos der Adipositas-Epidemie nachweisbar, im Rahmen der HBSC-Studie noch bis 2017 (Kurth und Schaffrath Rosario 2007, S. 736; Whitehead et al. 2017, S. 204; Inchley et al. 2016b, S. 93). Medizinisch-wissenschaftliche Akteure nutzen ihn noch 2019 in der S3-Leitlinie:

„Wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositasepidemie in unserem Land müssen im Bereich der Prävention ergriffen werden. Die Umsetzung dieser Maßnahmen liegt nicht nur in der Verantwortung der Ärzte, sondern auch in der Hand der Gesundheitspolitik, d. h. sie ist eine vorrangig familienpolitische, hoheitliche Aufgabe des Staates (Wabitsch und Moß 2019, S. 13).“

Damit bildet die S3-Leitlinie einen Kontrast zu den Formulierungen anderer wissenschaftlicher Akteure, in denen das Narrativ der Adipositas-Epidemie an Bedeutung verloren hat. Im Falle der Studien KiGGS und HBSC wird der Begriff Adipositas-Epidemie ab Mitte der 2010er Jahre nur noch selten verwendet. Er weicht dem Narrativ der *Stagnation auf hohem Niveau* (Brettschneider et al. 2015, S. 2; Ahluwalia et al. 2015, S. 28; Petermann et al. 2017; Schienkiewitz et al. 2018, S. 71; Schienkiewitz et al. 2019b; Gausche et al. 2019; Hampel et al. 2019). Dieser Darstellungswandel ist auf die weltweit sinkenden beziehungsweise stagnierenden Prävalenzen zurückzuführen. Trotzdem weisen viele Beteiligte des Diskurses darauf hin, dass es sich nur um eine vorübergehende Besserung der Lage handeln könnte und die Forschung auf diesem Gebiet sowie die ergriffenen Maßnahmen weiterhin notwendig sind (Schorb 2015, S. 164–167). Diese Argumentation ist aus feldtheoretischer Perspektive naheliegend, da die Akteure auf den Erhalt ihres Einflusses hinwirken. Die gesellschaftliche Relevanz des Themas erhöht das symbolische Kapital derjenigen wissenschaftlichen Akteure, die ihren Forschungsschwerpunkt beziehungsweise ihre Expertise in diesem Bereich einbringen.

Gegenüber der Rahmung der Adipositas- und Übergewichtsprävalenzen als Epidemie nehmen sozialwissenschaftliche Akteure eine analytische Position ein. Sie stellen die Frage, inwiefern die Adipositas-Epidemie ein soziokulturell konstruiertes Phänomen ist und welche Auswirkungen des Diskurses auf die Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas im Allgemeinen und die Betroffenen im Speziellen zu erwarten sind

(Barlösius und Philipps 2011, S. 181). Der Adipositas-Epidemie-Diskurs wird dabei als emotional beschreiben und sei bereits seit den 1990er Jahren von starkem Alarmismus geprägt. Dieser Alarmismus kann auf rhetorischer Ebene durch die Verwendung von Hyperbeln, Superlativen und Metaphern aus dem dystopischen (Adipositaskrise, Tod, Zusammenbruch des Gesundheitssystems, unkontrollierbar), militaristischen (Kampf gegen, Bekämpfung, Zeitbombe, Disziplin/-losigkeit) sowie ökonomischem (Kostenfaktor, Investition in die Zukunft) Spektrum nachgewiesen werden. Sozialwissenschaftliche Akteure postulierten bereits vor über zehn Jahren, dass dieser Alarmismus der Adipositas-Debatte nur bedingt der Datenlage entspricht. Deutschland lag damals europäischen Vergleich auf den hinteren Plätzen der Adipositas- und Übergewichtsprävalenzen und die Verbreitungszahlen begannen zu stagnieren (Zwick 2011, S. 71–72). Darüber hinaus formulieren sie die These, dass dem Adipositas-Epidemie-Diskurs ein mechanistisches oder funktionalistisches Körperbild zugrundeliegt, das den Körper als Maschine rahmt, deren Funktionalität abhängig von der Energiezufuhr ist. Eine ausgeglichene Energiebilanz führt nach diesem Verständnis unmittelbar zu Gesundheit, eine unausgeglichene zu Adipositas (Rail 2009, S. 141–142) und anthropometrische Daten sowie die durch sie scheinbar aufgedeckten Defizite haben das höchste Gewicht zur Beurteilung der Notwendigkeit von Gegenmaßnahmen. Die sozialwissenschaftliche Argumentation weist zudem darauf hin, dass für die Darstellung von Übergewicht und Adipositas als gesellschaftliches Risiko und bedeutsames Problem westlicher Industriestaaten die Definition von Grenzwerten entscheidend ist. Je niedriger die Grenzwerte liegen, desto mehr Menschen sind betroffen (Schorb und Helmert 2011, S. 32). Werden die Ziele der Maßnahmen zur Eindämmung sozialwissenschaftlich analysiert, kann festgestellt werden, dass vorrangig die Steigerung der Leistungsfähigkeit fokussiert wird. Dies entspricht dem Ideal der Selbstdisziplin, das nicht nur auf die körperliche, sondern auch auf die geistige Kapazität rekurriert (Günther 2013, S. 11–14). Dieses Körperbild wird sowohl in medizinischen Kontexten als auch in Medienberichten identifiziert (vgl. bspw. Schorb 2015). Sozialwissenschaftliche Analysen kommen zu dem Schluss, dass häufig bestehende Einflussstrukturen und somit auch Merkmale sozialer Ungleichheit die Wahrnehmung von Adipositas beeinflussen (Barlösius und Philipps 2011, S. 181). Anders formuliert: „Der Diskurs gegen Übergewicht und Fettleibigkeit lässt sich also auch als sublimierender Klassenkampf in der Ära des Neoliberalismus ausmachen (Kreisky 2008, S. 144).“ Triebfedern des Diskurses können demzufolge unter anderem wirtschaftliche Interessen und neoliberale Vorstellungen von Selbstverantwortung sein, die Kinder- und Jugendgesundheit als Wettbewerbsfaktor im internationalen Kontext charakterisieren (Günther 2013, S. 23). In bewegungswissenschaftlichen Spezialdiskursen wird als monokausale Lösungsstrategie eine Steigerung der Bewegung bei Kindern und Jugendlichen postuliert. Die dicke, faule, träge, schwache junge Generation müsse diszipliniert sowie wettkampffähig, leistungsbereit gemacht werden, um zu verhindern, dass aus ihnen dicke Erwachsene werden (Günther 2013, 10–11). Darüber hinaus wird



eine Polarisierung des Diskurses in der Gegenüberstellung von *natürlich* und *künstlich* gesehen. Dabei sei *natürlich* mit einer positiv gewerteten Vergangenheit und *künstlich* mit einer negativ gewerteten Gegenwart assoziiert. Die früher natürlich ausgeübte Bewegung weicht in dieser Darstellung dem heutigen überwiegend sitzenden Lebensstil (Günther 2013, S. 19). In der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung wird zudem die Verbindung des Epidemiediskurses mit dem Klimawandeldiskurs kritisiert. Hierbei werden Menschen mit Übergewicht oder Adipositas indirekt für den Klimawandel verantwortlich gemacht, da ihr erhöhter Energieverbrauch zu erhöhten Emissionen führe. Gesundheitsbewusst lebende Menschen hätten demgegenüber einen positiven Einfluss auf das Klima. Wird ein Bezug zwischen Klimawandel und Adipositas hergestellt, erwächst hieraus eine Verschärfung des Bedrohungsszenarios durch die Adipositas-Epidemie (Schorb 2015, S. 148–149). Aus der Perspektive sozialwissenschaftlicher Akteure wird der Epidemiediskurs konsequent pathogenetisch geführt. Statt über die Möglichkeiten des Erhalts der Gesundheit zu diskutieren, gelte es Krankheit zu beseitigen. Wie in anderen Diskursfeldern komme es dabei häufig zur Diskreditierung bestimmter Personengruppen vornehmlich von Kreisen in niedrigen Feldpositionen (Günther 2013, S. 14–15). So betrachtet trägt dieser Aushandlungsprozess zur Strukturierung der Gesellschaft bei, indem er die konfligierenden Normsetzungen thematisiert und als Abgrenzungskriterium zwischen sozialen Gruppen dient (Klotter 2008, S. 29). Der alarmistische Stil und die aufwiegelnde Rhetorik des Diskurses zeitigen negative Folgen für die Betroffenen. Einerseits werden Personen mit devianten Körperformen auf diese Weise stigmatisiert, ausgegrenzt und für negative Folgen verantwortlich gemacht, andererseits könnte Überkompensation zu Mangelernährung und im Extremfall zu Erkrankungsbildern wie Anorexie führen (Günther 2013, S. 21–22). Aufgrund der diskursiv konstruierten Nähe von Schönheit und Gesundheit zeichnet sich der Adipositasdiskurs regelmäßig durch stereotype rassistische, sexistische und ableistische Narrative aus (Rail 2009, S. 149). Diese tragen zur symbolischen Ordnung des Feldes der Gesundheit bei und sind neben der sozialen Konstruktion des Körpers und der Schönheit Teil der adipositasbezogenen Grenzen dieses Feldes.

### 3.1.1.2 Soziale Konstruktion des menschlichen Körpers

Übergewicht und Adipositas können als deviante Maße des menschlichen Körpers betrachtet werden. Sie sind somit eng verbunden mit der soziokulturellen Wahrnehmung des Körpers. Einige Elemente der gegenwärtig geläufigen Körpervorstellungen sind bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert belegt. Hier herrschte passend zur Industrialisierung das Bild vom „Körper als Maschine“ vor. Dieses wird zwar im Laufe des 20. Jahrhunderts vom „flexiblen Körper“ abgelöst, der jederzeit in der Lage ist, sich an Umweltbedingungen anzupassen (Schroer und Wilde 2016, S. 263), in gewissen Bereichen können allerdings weiterhin funktionalistische Körperdefinitionen nachge-

wiesen werden. Die Sozialgesetzgebung ist hierfür ebenso ein Beispiel wie bestimmte Argumentationsstränge des Adipositas-Epidemie-Diskurses, in denen Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Bewahrung normalgewichtiger Körper gefordert werden. Dies wird jedoch nicht als allgemeingesellschaftlicher Auftrag, sondern als Pflicht der Einzelnen verstanden, die somit zur Selbstoptimierung angehalten sind, die sich üblicherweise insbesondere in Körperdisziplin ausdrückt (Günther 2013, S. 4). Die Disziplinierung des Körpers bedeutet in der Regel Optimierung in Bezug auf Effizienz. Je disziplinierter der Körper ist, desto nützlicher wird er vor allem in Verbindung mit anderen Körpern. Behinderte Körper sind insofern disziplinierte Körper, als dass sie in bürokratische und institutionalisierte Organisationsstrukturen eingebunden und so weit wie möglich normalisiert werden (Waldschmidt 2007, S. 35–37). Die Differenzierung zwischen konform und deviant, die bereits bei der Auseinandersetzung mit Stigmatisierung (Kapitel 2.1.2.3) thematisiert wurde, stellt auch in diesem Beispiel eine Norm dar. Der Wunsch der Allgemeinheit nicht als abweichend, sondern als normal gelesen zu werden, konstituiert und festigt diese. Da Körper sinnlich erfasst werden können, werden sie trotz ihrer sozialen Konstruktion als real und nicht als diskursiv konstruierter Gegenstand wahrgenommen (Günther 2013, S. 5). Trotzdem muss der Körper als kulturelles Phänomen, das der Humandifferenzierung dient, beschrieben werden (Krings 2017, S. 358–359). Für Bourdieu spielt der Körper in diesem Zusammenhang ebenfalls eine entscheidende Rolle, denn er charakterisiert Habitus als inkorporiertes kulturelles Kapital, also als *verkörperte* Sozialisation. Gemäß diesem Konzept kann man vom Körper analog zum Habitus als einer strukturierten und strukturierenden Struktur sprechen, die sich durch eine wechselseitige Wirkung auf und durch das Umfeld auszeichnet (Günther 2013, S. 4). Die Paradigmen der Akteure im Feld drücken sich folglich in unterschiedlichen Körpervorstellungen aus. Entsprechend wird diskursiv ausgehandelt, was als normal und als Gegenfolie zur Normalität als deviant gilt. Im Diskurs setzen sich die Interpretationen derjenigen durch, die den größten Einfluss haben oder die höchsten Positionen im Feld bekleiden (Gugutzer 2013, S. 77).

Krankheit zeichnet sich dadurch aus, dass sie überwiegend als somatisches Phänomen wahrgenommen wird. Daraus folgt, dass das jeweils geltende Körperbild in einem reziproken Verhältnis zu Krankheitskonzepten steht. Heutzutage tritt die historisch vorherrschende holistische Perspektive auf den Körper in den Hintergrund und wird von einer stärker segmentierten Vorstellung abgelöst, die Erkrankungen in einzelnen Organen verortet (Schroer und Wilde 2016, S. 258). In anderen Worten wird in der modernen Medizin der Leib dem Körper untergeordnet, was sich auch im depersonalisierten ärztlichen Umgang mit Patient:innen widerspiegelt (Schroer und Wilde 2016, S. 259). Eine Sonderform der Erkrankung stellt die Behinderung dar. Je nach gewähltem Ansatz ist strittig, ob behinderte Körper als krank angesehen werden. Einerseits ist die Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung als normal Grundlage für ihre

Akzeptanz und Teilhabe in der Gesellschaft, andererseits sind sie von spezifischen Barrieren betroffen, die deutlich machen, dass sie nicht in der Norm entsprechen, und die gesellschaftlich überwunden werden müssen (Waldschmidt 2007, S. 40–41). Hierdurch entsteht der Eindruck, dass Normalität keinen mittleren Wert, sondern das Ideal beschreibt, wodurch auch Gesundheit nicht als normal, sondern als idealisierter Zustand verstanden wird. Insbesondere im Kontext von behinderten und nonkonformen Körpern ist diese Sichtweise kritisch zu hinterfragen (Schroer und Wilde 2016, S. 266). Fruchtbar erscheint eine Perspektive, die die Ambivalenz behinderter Körper anerkennt und diese als gleichzeitig normal und anormal betrachtet (Waldschmidt 2007, S. 40–41). Im Falle von übergewichtigen oder adipösen Körpern zeigt sich diese Ambivalenz im Kontrast zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung. Obwohl die Objektivität bei der Interpretation des BMI in Zweifel gezogen werden kann, da sie ebenfalls abhängig von Einflussstrukturen ist, ist der BMI häufig Maßstab für bestehende Abweichungen von der Gewichtsnorm. Demgegenüber steht das subjektive Körperempfinden, das bei näherer Betrachtung nicht allein subjektiv ist, da es ebenfalls von der Position im Feld geprägt ist, und somit ebenfalls feld- und positionsspezifischen Einflussstrukturen (symbolischen Hierarchien) unterliegt (Bauer und Bittlingmayer 2008, S. 117). Als systemisches Normierungsinstrument können Konfektionsgrößen betrachtet werden, die nicht nur den idealtypischen Körper abbilden, sondern auch den Rahmen abstecken in dem Körper noch als akzeptabel gelten. Rangiert der Körper außerhalb dieses Bereichs, ist der Einkauf mit höheren Kosten und größerem Aufwand verbunden (vgl. Schorb 2015, S. 35).

Auf den Körper, die Wahrnehmung des Körpers und den Habitus wirken viele Einflüsse. Die größten Strömungen sind kulturelle und ökonomische Variablen. Bei welcher Datenbasis man mit der Analyse beginnt, ist weniger relevant, wichtig ist jedoch den verschiedenen Einflussfaktoren Rechnung zu tragen und monokausale, unidirektionale Schlüsse zu vermeiden. Diese Schlüsse können der Komplexität des Forschungsgegenstandes nicht gerecht werden, denn sie unterschlagen die Wechselwirkungen zwischen Kultur, Ökonomie, Gesellschaft und Individuum. Insbesondere ist die vermittelnde Funktion kultureller Interpretationen herauszustellen. Einflüsse wirken niemals direkt auf die biologische Ebene des Körpers, sie werden vor der Schablone der kulturellen Prägung interpretiert und wirken durch sie hindurch (Boltanski 1976, S. 143–144). Obwohl einige Funktionen des Körpers, dessen Entstehung und Erhalt anthropologisch universal sind, ist deren Interpretation kulturabhängig. Körper müssen somit als soziale Konstrukte betrachtet werden. Darüber hinaus dienen Körper der Herstellung von Vertrauen und Gruppenzugehörigkeit. Sie sind die einzige Option für soziale Verbindungen zwischen Menschen. Das Verhältnis zwischen dem Sozialen und dem Körper ist folglich reziprok (Gugutzer 2013, S. 6–7). Bourdieu unterscheidet auch bei den Formen der Körperlichkeit und des Körperbildes zwischen der herrschenden und der

beherrschten Klasse sowie der des Kleinbürgertums. Diese Klassendreiteilung ist nur unter Vorbehalt auf die gegenwärtige Gesellschaft zu übertragen, denn auch Körperlichkeit als Teil des Habitus ist gesellschaftlichem Wandel unterworfen. Es ist unwahrscheinlich, dass diejenigen Klassenmerkmale, die Bourdieu für das Frankreich der 1980er Jahre empirisch ermittelt hat, im Deutschland der 2020er Jahre analog gefunden werden können (Bittlingmayer 2008, S. 158–160). Allgemein betrachtet bedingt der Habitus das Verhältnis zum Körper, insbesondere die Selbstdarstellung, denn der Körper ist die von anderen Menschen wahrnehmbare Manifestation des Selbst. Alle Praktiken wie Essen oder körperliche Aktivität, die der Formung des Körpers dienen, drücken das eigene ästhetische und ethische Empfinden – in der Regel in Einklang mit den jeweiligen Normen der sozialen Gruppe – aus. (Bourdieu 1978, S. 834).

„Der Geschmack: als Natur gewordene d. h. inkorporierte Kultur, Körper gewordene Klasse, trägt er bei zur Erstellung des 'Klassenkörpers'; als inkorporiertes, jedwede Form der Inkorporation bestimmendes Klassifikationsprinzip wählt er aus und modifiziert er, was der Körper physiologisch wie psychologisch aufnimmt, verdaut und assimiliert, woraus folgt, daß der Körper die unwiderlegbarste Objektivierung des Klassengeschmacks darstellt [...] (Bourdieu 2018a, S. 307).“

Der Körper als die *unwiderlegbarste Objektivierung des Klassengeschmacks* ist folglich durch und durch von Kultur, Sozialisation und sozialer Gruppe geprägt, was gleichermaßen durch die optische Erscheinung und das Benehmen offenbar wird (Gugutzer 2013, S. 71). Somit zeigt sich in der Erscheinung häufig auch die Position im Feld. Im Umkehrschluss hat die Position im Feld Auswirkungen auf den Körper und macht diesen zum Ziel soziokultureller Aushandlungsprozesse. Bourdieu beschreibt fundamentale Unterschiede in der Beziehung zum Körper zwischen den sozialen Gruppen. Während soziale Gruppen mit wenig Kapital den Körper als Werkzeug betrachten und folglich Sportarten bevorzugen, die den Körper an seine Grenzen bringen, wird von den kapitalstarken sozialen Gruppen der Körper eher als Selbstzweck betrachtet, der für das Überleben notwendig ist und daher beispielsweise durch Training und sportliche Betätigung gesund gehalten werden muss. Während für die erstere Beziehung kompetitive Elemente wichtig sind, spielen diese im zweiten Fall keine dominante Rolle (Bourdieu 1978, S. 838). Gruppen mit hohem ökonomischem Kapital, aber eher niedrigem kulturellem Kapital, bevorzugen teure Sportarten, die es ermöglichen zusätzliches soziales Kapital zu generieren (Christensen und Carpiano 2014, S. 14). Daraus folgt, dass durch die gruppenspezifische Sozialisation und Konstruktion des Körpers soziale Unterschiede inkorporiert sind mit der Konsequenz, dass Disparitäten als selbstverständlich wahrgenommen werden (Gugutzer 2013, S. 72). Dies trifft auch auf Übergewicht und Adipositas als zunächst äußerliche Erscheinungsformen zu (vgl. Hahn 2011, S. 38).

Im Kontext des Körperselbstbildes ist die Adoleszenz eine bedeutsame Einflussgröße. Während dieser Phase verändert sich der kindliche Körper hin zu dem eines Erwachsenen. Dieser Wandel hat gravierende Wirkungen auf das Körperbewusstsein und kann als

beunruhigend empfunden werden und die Akzeptanz der neuen Umstände erfordert Zeit (Hähne und Dümmler 2008, S. 94). Einen Zusammenhang zwischen Körperseלבild und dem Selbstwertgefühl bei Jugendlichen zu postulieren ist daher naheliegend und konnte vielfach nachgewiesen werden. Dabei scheint die Korrelation zwischen der Zufriedenheit mit der eignen Körperform sogar stärker zu sein als bei anderen Einflussfaktoren wie Beliebtheit oder schulischer Erfolg (Roth 2002, S. 153) und ist abhängig von der Position im Feld. Interessant sind diesbezüglich die Ergebnisse einer quantitativen Befragung von zehn- bis elfjährigen Kindern. Bereits in diesem Alter geben 28,5% der Kinder an eine Diät durchgeführt zu haben. Dabei gibt es einen statistisch signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit dieser Angabe und dem angestrebten Schulabschluss. Zudem zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bei Gymnasiast:innen stärker ausgeprägt ist (Bittlingmayer 2008, S. 161–169).

Häufig führen nicht der Wunsch zur Verbesserung der Gesundheit, sondern gesellschaftlich-kulturell bedingte Schönheitsideale und Vorurteile dazu, dass der Wunsch zur Gewichtsreduktion entsteht. Hieraus ergibt sich, dass einige Formen des Gesundheitshabitus nur vorgeblich zu Erhalt und Förderung der Gesundheit geeignet sind und eher als Praktiken der Disziplinierung des Körpers betrachtet werden können, in der Körper und Geist scheinbar opponieren (Schroer und Wilde 2016, S. 262). Gerade das Stereotyp der faulen, unmotivierten, willensschwachen Dicken vermittelt den Betroffenen den Eindruck mit mehr Disziplin, Selbstbeherrschung und Willenskraft könnten sie Normalgewicht erreichen. Ein Scheitern wird folglich als persönliches Versagen (Jung et al. 2017, S. 147) und nicht als Versagen des Gesundheitssystems oder der Therapie wahrgenommen. Hieraus kann sich eine Negativspirale entwickeln, die zu einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt (Jung et al. 2017, S. 140–141).

### 3.1.1.3 Schlankheit als Schönheitsideal

Die äußere Erscheinung hat in der westlichen Kultur seit einigen hundert Jahren eine hohe Relevanz und wird häufig als Spiegel des Charakters bewertet. Dies gilt seit dem 17. Jahrhundert insbesondere für Frauen, deren Schönheit ein Symbol für Tugendhaftigkeit und hohen gesellschaftlichen Stand darstellte. Im 19. Jahrhundert rückte die Gesundheit stärker in den Fokus und Schönheit wurde als Zeichen von Gesundheit etabliert. Im konsequenten Umkehrschluss wurde Gesundheit ein Merkmal der Schönheit (Jutel 2006, S. 2273). In vielen Abhandlungen zu Übergewicht und Adipositas wird auf den Wandel des Schönheitsideals vom Embonpoint als Wohlstandssymbol zu Schlankheit rekuriert (vgl. bspw. Zwick 2011, S. 74–75; Rose und Schorb 2017, S. 7; Schubert 2019, S. 50). Es wird argumentiert, dass in Zeiten, in denen in westlichen Gesellschaften geringes Einkommen nicht zwangsläufig mit Hunger assoziiert ist, Belebtheit kein Symbol des Wohlstandes mehr ist. Abgrenzungskriterien einkommensstarker Gruppen sind jedoch weiterhin erforderlich, dementsprechend werden gut

Situierte nun vom schlanken Körper symbolisiert (Klotter 2008, S. 27; Kreisky 2008, S. 156). Wie aus der Darstellung der historischen Auseinandersetzung mit Übergewicht und Adipositas (Kapitels 1.1.1) hervorgeht, ist das weitverbreitete Topos vom sich wandelnden Schönheitsideal nur bedingt historisch belegt. Maßgeblicher Unterschied scheint die Ausprägung des Übergewichts zu sein. Allerdings ist die Festlegung von bestimmten Grenzwerten, die als schön galten, kaum umsetzbar, da die Messung des Gewichts erst ab Ende des 19. Jahrhunderts populär wurde. Fest steht, dass sicherlich diejenigen Personen, die nach heutigen Maßstäben als adipös gelten, seit der Antike von medizinischen Fachleuten als krank klassifiziert werden. Ob Übergewicht als historisches Phänomen betrachtet werden kann und wie es zeitgenössisch bewertet wurde, ist hingegen strittig.

Bereits ab dem 18. Jahrhundert wurden Zurückhaltung und Kohibition zunehmend idealisiert. Der schlanke Körper wurde somit zum Symbol von Zivilisiertheit und Disziplin. Ihren Ursprung nahm die Schlankheit als erstrebenswerte Körperform in den Adelskreisen. Gleichzeitig richtete sich der Fokus zunehmend auf die Pathologisierung und Pathogenese von (extremem) Übergewicht. Seitdem setzte sich Schlankheit als erstrebenswerter Typus der ressourcenstarken Bevölkerungsgruppen zunehmend durch und wurde ab etwa 1850 zu einem Trend, der parallel die Entstehung und Blüte der Kurorte beförderte. Die ressourcenschwachen Bevölkerungsteile hatten demgegenüber in dieser Zeit kaum Möglichkeiten übergewichtig zu werden, da Nahrung für sie nicht immer ausreichend zu Verfügung stand. Dies änderte sich mit dem Fortschritt der Industrialisierung, der die körperlichen Anforderungen der Arbeit senkte und energiedichte Nahrungsmittel preiswert für alle verfügbar machte (Schorb 2015, S. 28–30). Eine Illustration des sich wandelnden Schönheitsideals ist die bereits seit hundert Jahren stattfindende Wahl zur *Miss America*. Im ersten Jahr des US-amerikanischen Schönheitswettbewerbes (1921) hat die Gewinnerin einen BMI von  $20,4 \text{ kg/m}^2$  (Schorb 2015, S. 36) und der mittlere BMI dieses Jahrzehnts beträgt  $21,8 \text{ kg/m}^2$ .<sup>32</sup> Während sich zu Beginn der Misswahlen in den 1920er Jahren noch deutlich im Normalgewicht liegende Gewinnerinnen durchsetzen, sank deren BMI und erreichte in den 1980er Jahren seinen Tiefpunkt mit einem Median von  $17,9 \text{ kg/m}^2$ , welcher laut der Gewichtsklassifikation der WHO im Bereich des Untergewichts ( $18,5 \text{ kg/m}^2$ ) liegt. In den darauffolgenden Jahrzehnten steigt der durchschnittliche BMI wieder auf das Niveau der 1950er/60er Jahre. Leider konnte nicht ermittelt werden, wie sich der BMI der Gewinnerinnen des Miss-America-Wettbewerbes nach 2003 entwickelt hat. Die zunehmende öffentliche Kritik an Schönheitswettbewerben im Allgemeinen und den übertriebenen Schlankheitsidealen lassen vermuten, dass im 21. Jahrhundert eher ein Trend zu einem höheren BMI zu verzeichnen sein könnte. Durch die Berechnung lassen sich Tendenzen bezüglich des Geschmacks

---

<sup>32</sup> Genauere Angaben zur Quelle und Berechnung können Anhang 3 entnommen werden.

zumindest im US-amerikanischen Raum abbilden. Aufgrund der kulturellen Nähe zu Europa ist anzunehmen, dass hier ähnliche Schönheitsideale vorherrschten, die Darstellung fußt jedoch lediglich auf anekdotischer Evidenz. Während der idealtypische Körper im Verlauf des letzten Jahrhunderts schlanker zu werden scheint, steigt der durchschnittliche BMI der Gesamtbevölkerung (Schorb 2015, S. 36).

Neben Schlankheit können etliche weitere Schönheitsparameter identifiziert werden, davon einige, die häufiger thematisiert werden, meist mit geschlechtsspezifischen Unterschieden. Auffällig ist insbesondere, dass das männliche Ideal ein größeres Spektrum umfasst als das weibliche. Weibliche Gesichter werden in der Regel als attraktiv kategorisiert, wenn sie dem Kindchenschema entsprechen, sexuelle Reifezeichen und Jugendlichkeitsmerkmale haben (Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 41). Strittig ist, warum sich das Ideal spätestens seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert stärker auf Frauenkörper als auf Männerkörper bezieht. Es kommt zum einen in Betracht, dass als Gegenbewegung zur Emanzipation der Frau, deren Schwäche betont werden sollte, um die männliche Vormachtstellung zumindest auf körperlicher Ebene zu bewahren. Demgegenüber könnte sie auch als Ausdruck der Emanzipation gewertet werden, da weibliche Schlankheit dem männlichen Körper ähnlicher ist (Schorb 2015, S. 30). Bourdieu argumentiert hingegen, dass die sozial konstruierten Geschlechterunterschiede die männliche Dominanz reflektieren und als natürlich gegeben wahrgenommen werden. Der weibliche Körper wird somit als Gegenfolie zum männlichen Körper betrachtet. Frauen erfahren ihren Körper, als wäre er für andere gemacht, er wird zum Objekt der Blicke und Diskurse anderer. Daraus folgt, dass Frauen stärker als Männer an die gesellschaftlichen Normen des Körperbildes der jeweiligen Klasse gebunden sind (Christensen und Carpiano 2014, S. 14). In den 70er beobachtet Boltanski, dass die Charakteristiken von Schönheit zwischen den Klassen differieren. In den höheren Klassen sei eine schlankere Silhouette als in den niedrigeren Klassen das Ideal (Boltanski 1976, S. 163). Es ist denkbar, dass sich diese differierenden Einschätzungen bis heute erhalten haben und ein Teil der höheren Prävalenzen von Übergewicht in Kreisen mit niedrigem SES hierdurch plausibilisiert werden kann. Bemerkenswert ist, dass die geschlechtsspezifischen Zuschreibungen zu männlich und weiblich (vgl. bspw. Hähne und Dümmler 2008, S. 96) Parallelen zu denjenigen aufweisen, die Bourdieu für die Arbeiterklasse im Vergleich zur herrschenden Klasse beschreibt. Der männliche Körper wird analog zu dem der beherrschten Klasse instrumentalisiert. Er muss funktionsfähig und belastbar sein und an sein Limit geführt werden. Demgegenüber steht der weibliche oder Körper der herrschenden Klasse als Selbstzweck, der gesund und schön gehalten werden muss. Dies wirkt sich auch auf die Ernährung aus, wobei Männer und beherrschte Klasse zu hochkalorischen, fettreichen, fleischlastigen Speisen tendieren, Frauen und herrschende Klasse hingegen mehr Obst, Gemüse und Nahrungsmittel mit geringer Energiedichte verzehren. Allerdings sind dabei die Dominanzverhältnisse

invertiert: die herrschende Klasse und Männer vertreten gegenüber ihren jeweiligen Pendanten die kapitalreicheren Positionen im Feld. Weshalb Frauen und Menschen mit wenig Kapital größerem sozialen Druck ausgesetzt sein könnten, den Idealen zu entsprechen.

Der Einfluss des Habitus und somit des Geschmacks auf Schönheitsideale und Körpermodellierungsstrategien wurde bereits im Zusammenhang mit der Darstellung des Gesundheitshabitus thematisiert (Kapitel 2.3.3) und ist schon in jungen Jahren empirisch nachweisbar. Die Analyse der empirischer Daten zeigt, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen schlankere Körper als Norm beziehungsweise Ideal wahrnehmen (Schiek 2011, S. 209–210; Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 53; Roth 2002, S. 152). Nicht nur die Idealvorstellungen vom eigenen Körper sind abhängig von der Geschlechtsidentität, sondern auch der Grad der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Mädchen weisen grundsätzlich eine geringere Akzeptanz ihres Körpers auf als Jungen (Roth 2002, S. 151–152). Die Körperbilder und somit auch die Strategien zum angestrebten Ideal zu kommen, sind für Mädchen und Jungen unterschiedlich. Während bei männlichen Jugendlichen der Muskelaufbau im Fokus steht, ist es bei weiblichen der Gewichtsverlust. Diese unterschiedlichen Strategien werden unter anderem durch mediale Botschaften, das Elternhaus und den Freundeskreis vermittelt (McCabe et al. 2010, S. 158). Stigmatisierung von Gewicht und ein Körperideal, das dünne Silhouetten bevorzugt, ist unter weiblichen, kaukasischen Jugendlichen mit höherem SES am weitesten verbreitet. Somit spielt in Freundschaften dieser Gruppe verglichen mit anderen Gruppen das Körpergewicht die größte Rolle, was zu einem stärkeren Effekt des BMI bei der Auswahl der eigenen Freunde beziehungsweise vor allem Freundinnen führt (Simpkins et al. 2013, S. 10). Darüber hinaus werden bei Mädchen geringere Werte für internale körperliche Kontrollüberzeugung festgestellt. Mädchen glauben also ihren Körper in geringerem Maße beeinflussen zu können als Jungen (Roth 2002, S. 160). Hierfür sind verschiedene Erklärungsansätze denkbar. Ein habitusbezogener wäre, dass Frauen idealtypisch analog zu Personen aus kapitalschwachen Gruppen zu einer passiven Haltung erzogen werden, die mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung korreliert und somit auch mit einer geringeren Einschätzung eigener Kontrolle.



### 3.1.2 Institutionalisierte Versorgung von Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Der Schwerpunkt der gesundheitliche Regelversorgung von Adipositas liegt auf Prävention und Public Health und eine adäquate gesundheitliche Versorgung ist stark abhängig vom Kapitaleinsatz der Betroffenen. Adipositas gilt als eine Erkrankung, die in erster Linie Personen in niedrigen sozialen Positionen betrifft, die in beschlussfähigen Gruppen zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung regelhaft nicht vertreten sind und denen weniger Kapital für Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. Die formelle institutionalisierte Versorgung von Adipositas ist Teil der Prävention und insbesondere der Rehabilitation als Tertiärprävention wird hierbei eine große Bedeutung zugemessen (Warschburger 2018, S. 296). Sie erfolgt in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen ambulant oder stationär. Beide Formen können über Krankenkassen oder DRV finanziert werden, wobei bei ambulanten Schulungen häufiger Krankenkassen, bei stationären häufiger die DRV als Leistungsträger auftreten (Holl 2018b, S. 243–244). Bereits 2007 erhob die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dass ergänzend zu den präventiven Maßnahmen etwa 700 Public Health Maßnahmen pro Jahr durchgeführt wurden (Böhler et al. 2012, S. 4–5). Kinder stehen häufig im Fokus von Adipositasinterventionen, denn erstens gelten sie als leichter beeinflussbar und zweitens ist das Verständnis der Bevölkerung für die Notwendigkeit ökonomischer Aufwendungen hier im Allgemeinen hoch (Schorb 2015, S. 303).

Im Laufe der letzten hundert Jahre können verschiedene Adipositastherapieparadigmen<sup>33</sup> nachgezeichnet werden, die jeweils dem Zeitgeist entsprechende Therapieformen widerspiegeln. Zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts wurde die Gewichtsreduktion in den Vordergrund der Therapie gestellt. Für stationäre Maßnahmen wurde folglich eine kalorienarme Kost nahe an der Nulldiät verabreicht. Ab den 1970er Jahren erheben sich erste Stimmen gegen Abnehmen als Therapieform der Adipositas. Denn aus dem Schlankheitsideal der Gesellschaft ergeben sich nicht nur für dicke, sondern auch für dünne Menschen, die nur mit hohem Einsatz dünn bleiben können (*dünne dicke Leute*), psychische Belastungen. Die psychischen Folgen werden eher medikamentös behandelt als mit Ernährungsempfehlungen (Schorb 2015, S. 200–201). Zudem führte dieses Vorgehen nur sehr selten zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion, da hierfür die Diät nach dem stationären Aufenthalt weitergeführt werden müsste. Auf diesem extern gesteuerten verhaltensmodifikatorischen Ansatz aufbauend entwickelte sich eine wissenschaftliche Therapieform, die ihren Schwerpunkt in der Vermittlung von Kenntnissen an die Betroffenen und auf die Entwicklung gesundheitsförderlichen

---

<sup>33</sup> Die Unterscheidung der drei paradigmatischen Ansätze (verhaltensmodifikatorisch, wissenschaftlich und verständnisbasiert) entstand im Gespräch mit Thorsten Szydlík, dem ich für seine Anregungen und Überlegungen sehr dankbar bin.

Verhaltens hat. Erst in den letzten Jahren scheint sich mit dem verständnisbasierten Ansatz ein neues Paradigma anzubahnen, in dem das Verständnis des therapeutischen Personals für die Betroffenen zentral ist. Ziel ist es mit den Betroffenen auf Augenhöhe zu kommunizieren und gemeinsam Probleme zu verstehen und gegebenenfalls partizipativ therapeutische Lösungen und Strategien zu erarbeiten (Wabitsch und Moß 2019, S. 40; Ströbele-Benschop und Depa 2018, S. 314). Sowohl der wissens- als auch der verständnisbasierte Ansatz lösen sich zunehmend vom Gewicht als alleinigem Erfolgsmaßstab therapeutischer Behandlung. Stattdessen rücken Coping und Lebensqualität sowie multimodale, interdisziplinäre Therapien stärker in den Fokus (Wabitsch und Moß 2019, vgl.). Die Steigerung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität ist insbesondere für die Therapie Jugendlicher relevant, denn diese Gruppe leidet erwiesenermaßen unter vermindertem Selbstwertgefühl, (sozialen) Ängsten und einem negativen Körperselfbild. Die hohen Prävalenzen für Komorbiditäten im Bereich psychischer Erkrankungen, schlagen sich in den Rehatherapiestandards nieder, die es ermöglichen den erhöhten Bedarf nach psychologischen Interventionen abzudecken (Petermann et al. 2017, S. 89). Ohne die Bearbeitung der psychischen Begleiterkrankungen wird ein gesundes Leben und eine nachhaltige Gewichtsreduktion als unwahrscheinlich betrachtet (Liné et al. 2016, S. 322). Zudem werden den Betroffenen Strategien vermittelt, mit Diskriminierungserfahrungen umzugehen (*Coping-Strategien*), da es unwahrscheinlich erscheint, dass die kulturell verankerte gesellschaftliche Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas in naher Zukunft überwunden werden kann. So soll erreicht werden, dass die Prävalenz psychischer Komorbiditäten reduziert und die Lebensqualität von Menschen mit Adipositas erhöht wird (Luck-Sikorski 2017, S. 93). Teil der Coping-Strategien sind in der Regel das Erlernen von Bewältigungsmöglichkeiten, Akzeptanz- und Achtsamkeitsschulungen, die den Betroffenen helfen sollen, sinnvolle Therapieziele zu setzen. Gewichtsreduktionsziele werden in dieser Auseinandersetzung als hinderlich betrachtet, da sie das negative Körperselfbild verstärken. Stattdessen wird empfohlen, die Gewichtsreduktion den Betroffenen als Nebeneffekt gesundheitsbewussten Ernährungs- und Bewegungsverhaltens zu vermitteln (Jung et al. 2017, S. 148; McCabe et al. 2010, S. 162). Die zusätzlichen psychischen und physischen Herausforderungen, denen Jugendliche mit Adipositas ausgesetzt sind, sollen in der Therapie ebenfalls Berücksichtigung finden. Die Patient:innen sollen lernen, ihr inkorporiertes Verhalten zu artikulieren und ihren Körper wieder als Teil des Selbst zu betrachten (Liné et al. 2016, S. 330). Der beschriebene Paradigmenwechsel vollzieht sich zunächst auf der Ebene der Behandlungsempfehlungen, die auf wissenschaftlicher Basis erarbeitet werden. Der wissensbasierte Ansatz wird bereits seit einigen Jahren auch in der Versorgungspraxis angewandt, der verständnisbasierte wird hingegen noch nicht regulär umgesetzt. Das Gewicht als Maßstab der Erfolgsmessung ist trotz der Ergänzung zusätzlicher Kriterien weiterhin dominant und erscheint sowohl bei den Betroffenen als auch beim therapeutischen Personal vollständig internalisiert. Offensichtlich stellt es

eine große Herausforderung dar, sich gedanklich vom Gewicht als pathogenetisches Kernproblem zu lösen und stattdessen die Salutogenese im Sinne eines gesundheitsförderlichen Verhaltens und eines positiven Körperbildes zu fokussieren (Jung et al. 2017, S. 140). Dies steht im Einklang sowohl mit der Habitus- als auch der Feldtheorie, denn Behandlungsstrategien und therapeutische Konzepte sind ebenfalls beeinflusst von Aushandlungsprozessen, die über die Zeit nur langsam zu Veränderungen führen.

Als weiteres Element des Paradigmenwechsels kann der Übergang von Empfehlungen zur individuellen Verhaltenstherapie hin zu langfristig ausgelegten Public Health Strategien (Verhältnisprävention) betrachtet werden (Wabitsch und Moß 2019, S. 73; Haverkamp 2018, S. 497; Platte et al. 2014, S. 187). Diese Maßnahmen sollen berücksichtigen, dass die Entstehung von Adipositas multifaktoriell ist. Neben persönlichen Merkmalen (beispielsweise Genetik, Gesundheitsverhalten) spielen viele Umweltfaktoren eine Rolle (beispielsweise Verhalten der Eltern, Verfügbarkeit von Bewegungsräumen). Es wird angenommen, dass für eine erfolgreiche Prävention und Therapie diese Faktoren möglichst umfangreich abgedeckt werden müssen. Dazu gehört beispielsweise das Familiensystem in die Therapie einzubeziehen (Müller et al. 2011, S. 110) oder durch gesundheitspolitische Maßnahmen Wohnquartiere so zu gestalten, dass sie gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen (Wabitsch und Moß 2019, S. 73). Je nach Formulierung der Empfehlungen kann der Eindruck entstehen, dass die Forderung von Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene lediglich bei der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit helfen soll. Hierdurch würde die Verantwortung langfristig erneut auf die individuelle Ebene verlagert.

Die S3-Leitlinie kann aufgrund ihres verbindlichen Charakters als zentrales Werk für Empfehlungen zu Therapie und Prävention von Adipositas im Kinder- und Jugendalter herangezogen werden (vgl. Kapitel 1.1.2). Sie listet verschiedene Elemente, die bei einer Adipositastherapie als notwendig erachtet werden. Hierzu zählen: individuelle Zielparameter, Motivation, Familienorientierung, Verhaltensänderungen (Ernährung, Bewegung, Bildschirmmedienkonsum) und Beratung beziehungsweise Schulung. Allerdings geben die Autor:innen der Leitlinie an, dass eine Empfehlung auf Basis der vorliegenden Metaanalysen schwer sei, da die untersuchten Studien häufig methodische Mängel aufwiesen. Zudem sei das Feld divers und nicht immer deutlich, welche Merkmale der sozialen Ungleichheit einen Einfluss auf die Ergebnisse haben (Wabitsch und Moß 2019, S. 22).

Die Leitlinie spiegelt den wissensbasierten Ansatz wider, es werden weder Coping-Strategien noch partizipative Elemente explizit aufgeführt, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass die Studien und Artikel, auf deren Basis die Leitlinie entwickelt wurde, vor dem Paradigmenwechsel entstanden sind. Bevor näher auf die Inhalte der Leitlinie eingegangen wird, ist die zugrundeliegende Datenbasis näher zu betrachten (Abbildung 10). Anschließend werden die Inhalte der Leitlinie dargestellt und mit aktuellen Studienergebnissen und Empfehlungen kontrastiert.

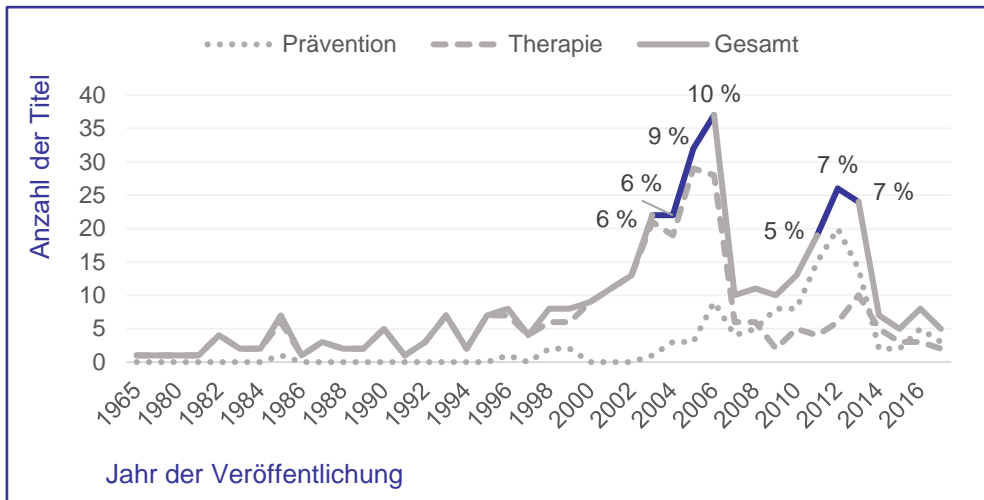


Abbildung 10: Veröffentlichungsjahre der in der S3-Leitlinie zitierten Literatur (eigene Darstellung)

Wie bei allen Leitlinien stellt eine systematische Literaturrecherche in Kombination mit Expert:innenbefragungen die Basis für die Ausführungen und Empfehlungen dar. Der älteste einbezogene Artikel wird im Abschnitt Therapie zitiert und ist aus dem Jahr 1965, die jüngsten von 2017, der Median aller Veröffentlichungsjahre liegt im Jahr 2005. Etwa ein Drittel (38 %) der Artikel im Abschnitt Therapie wurde zwischen 2003 und 2006 (Median: 2004), knapp die Hälfte der Artikel im Abschnitt Prävention (46 %) zwischen den Jahren 2011 und 2013 (Median: 2011) veröffentlicht.<sup>34</sup> Die beiden Hochpunkte der Veröffentlichungsjahre sind durch die Publikationszeiträume der Vorgängerversionen der Leitlinie erklärlich, denn die S1-Leitlinie wurde 2009 (Wabitsch und Moß 2009) und die S2-Leitlinie 2015 (Wabitsch und Kunze 2015) veröffentlicht. In der S2-Leitlinie wurde der Bereich Prävention ergänzt. Dennoch ist es bemerkenswert, dass sich die aktuellen

<sup>34</sup> Die Literaturverzeichnisse der S3-Leitlinie werden nach Kapiteln getrennt geführt. Insgesamt werden 420 Artikel zitiert, davon 311 im Abschnitt Therapie und 109 im Abschnitt Prävention. Nach Dublettenbereinigung verbleiben 364 Titel (256 im Abschnitt Therapie und 108 im Abschnitt Prävention), die in die Auswertung einbezogen wurden. Eine vollständige Liste der dublettenbereinigten Kurztitel (Autor:innen, Jahr) findet sich in Anhang 2.

Empfehlungen zur Therapie von juveniler Adipositas größtenteils auf Studien stützen, die im Schnitt zwanzig Jahre alt sind. Hierin zeigt sich, dass trotz des Ideals der wissenschaftlichen Aktualität praktische Handlungsempfehlungen an die Stabilität des Habitus gebunden sind und somit Innovation nur über einen längeren Zeitraum wirksam werden kann. Der Schwerpunkt der Empfehlungen liegt auf individuellen Maßnahmen wie Verhaltenstherapie (Wabitsch und Moß 2019, 38–40) oder in Einzelfällen medikamentöser Therapie (Wabitsch und Moß 2019, S. 47) beziehungsweise chirurgischen Eingriffen (Wabitsch und Moß 2019, S. 51–52). Damit entsprechen die Empfehlungen dem Zeitgeist der 2010er Jahre, in denen auch von anderen Autor:innen individualisierte, multimodale, familienorientierte Maßnahmen gefordert wurden (Platte et al. 2014, S. 188–189; Böhler et al. 2012, S. 99; Ball et al. 2012, S. 1).

Der Behandlungsbedarf beziehungsweise die empfohlenen therapeutischen Maßnahmen sind abhängig von der Ausprägung des Übergewichts und gegebenenfalls vorliegenden Komorbiditäten. Bei Präadipositas ohne Begleiterkrankungen liege kein direkter Behandlungsbedarf vor, es wird jedoch empfohlen, darauf zu achten, das Gewicht zu halten. Liegen Adipositas oder Komorbiditäten vor, müssten therapeutische Maßnahmen ergriffen werden. Begleiterkrankungen werden gemäß der Indikation behandelt, für die Behandlung von Adipositas wird eine Verbesserung der Energiebilanz durch eine Erhöhung der körperlichen Aktivität empfohlen. Zusätzlich solle die Zufuhr hochkalorischer Lebensmittel reduziert, die Nahrungsaufnahme im Allgemeinen allerdings nicht eingeschränkt werden, da der sich im Wachstum befindende Körper Nahrungsenergie für eine gesunde Entwicklung benötige (Holl 2018b, S. 242–243). Die Maßnahmenempfehlungen spiegeln, indem sie auf individueller Ebene ansetzen, den starken gesellschaftspolitischen Fokus auf der Eigenverantwortlichkeit von Betroffenen von Adipositas und Übergewicht wider (vgl. Schorb 2015). Folglich gilt die Motivation zur Gewichtsreduktion als Schlüsselfaktor für langfristige Therapieeffekte (Hampel et al. 2019, S. 2) und es wird angenommen, dass es sich positiv auf die Therapietreue auswirkt, wenn sowohl die juvenilen Betroffenen als auch deren Eltern Motivation zur Teilnahme aufbringen (Farnesi et al. 2019, S. 5). Therapieerfolge werden als abhängig davon betrachtet, ob die Motivation für die Gewichtsreduktion auf intrinsische Faktoren wie Gesundheitsförderung beziehungsweise Wohlfühlen oder auf extrinsische Faktoren wie Diskriminierung beziehungsweise soziale Ausgrenzung zurückzuführen ist (Jung et al. 2017, S. 148). Somit kann Motivation als exemplarisch für erwartete Eigenverantwortung gelten. Gemäß dem Idiom „der Wille zählt“ wird von den Betroffenen erwartet durch Ehrgeiz und Disziplin das Ziel der Gewichtsreduktion zu erfüllen. Die Weigerung von Personen in niedrigeren Feldpositionen ihre Ernährung gemäß den Empfehlungen von Ernährungsinitiativen und Public Health Maßnahmen anzupassen, könnte Ausdruck der Verteidigung eigener gruppenspezifischer kultureller Werte (Schorb 2008, S. 118) oder in Bourdieus Worten: des Geschmacks „als Körper gewordene Klasse“ sein

(Bourdieu 2018a, S. 307). Solange in Präventionsprogrammen die Position der Teilnehmenden im Feld nicht berücksichtigt wird, ist demzufolge der Nutzen für diejenigen mit niedrigeren Positionen eingeschränkt. Um die Position adäquat einzubeziehen, müssten die Maßnahmen statt der Lebensstiländerung der Einzelnen, verstärkt das Umfeld in den Fokus nehmen (Hensen 2011, S. 216). Während bei Public Health Maßnahmen auf bestimmte Gruppen oder die Allgemeinbevölkerung gezielt wird, ist bei manifester Erkrankung die Individualebene im Fokus. Im ersten Fall haben sich die Zielgruppen noch nicht des Fehlverhaltens schuldig gemacht, im Falle einer manifestierten Erkrankung ist die mangelnde Selbstdisziplin offenbar und somit wird ein personenbezogener Ansatz verfolgt. Kinder sind hierbei ein Sonderfall, da die Ursache für die Entstehung der Erkrankung bei den Eltern verortet wird, weswegen deren Einbezug in die Maßnahme empfohlen wird. Diese Strategie wird verfolgt, obwohl Adipositas ein gutes Beispiel für fehlende langfristige Erfolge bei der Verhaltensprävention ist und kann somit als Ausdruck symbolischer Gewalt gewertet werden (Haverkamp 2018, S. 495). Konsequenz dieser Herangehensweise ist, dass Eliminationsstrategien häufig lediglich auf Individualebene entwickelt werden (Barlösius und Philipps 2011, S. 181). Dies gilt für Public Health Angebote, Adipositasrehabilitation und bariatrische Chirurgie. Interventionen auf Meso- oder Makroebene sind selten. Diskutierte, aber in Deutschland bislang nicht umgesetzte Beispiele sind Zuckersteuer oder Werbeverbote. Der Nutri-Score setzt ebenfalls auf gesellschaftlicher Ebene an, hat aber den Nachteil, dass seine Interpretation undurchsichtig und die Kennzeichnung freiwillig ist.

Die Autor:innen der S3-Leitlinie sehen in den Eltern Schlüsselfiguren zur Behandlung von juveniler Adipositas. Während bei Jugendlichen eine gemeinsame Intervention mit den Eltern empfohlen wird, könnten bei Kindern die Eltern unter Umständen alleinige Zielgruppe der Maßnahmen sein (Wabitsch und Moß 2019, 42–43). Wichtig ist nicht nur die auf Nährstoffbasis ausgewogene Ernährung als Teil der Gesundheitsförderung zu betrachten, sondern auch das Essverhalten, den Kontext beziehungsweise die Sozialisation mit allen Regeln und Normen einzubeziehen (Schmidt 2018, S. 105). Diese Empfehlung basiert auf dem Grundsatz „niemand ist alleine krank“ (Thyen 2010, S. 218) und der Abhängigkeit des Körperselbstbildes vom Habitus. Freunde und Familie in die Intervention einzubinden, könnte daher die Effektivität der Maßnahme erhöhen (Sperlich 2016, S. 50) und wird von Jugendlichen zum Teil explizit gewünscht (Warschburger 2018, S. 298–299). Zudem werden in der Kindheit verinnerlichte Vorurteile häufig auch im Erwachsenenalter nicht oder nur eingeschränkt reflektiert, daher wird es als besonders wichtig erachtet bereits Kleinkindern ein differenziertes Menschenbild zu vermitteln, in dem die physische Gestalt keine Rückschlüsse auf den Charakter ermöglicht (Deuschle und Sonnberger 2011, S. 175). Im Zusammenhang mit präventiven Maßnahmen wird empfohlen die Möglichkeit zu schaffen, Geschlechterklischees zu durchbrechen, was die

Thematisierung und Infragestellung gängiger Idealvorstellungen und Normen erfordert (Schiek 2011, S. 216). Einige Eltern formulieren Barrieren, die die Inanspruchnahme und Therapietreue von Maßnahmen der Gewichtsreduktion beeinflussen können. Neben organisatorischen Faktoren die Termine betreffend, können auch finanzielle relevant sein. Finden die Termine in der Klinik an Wochentagen während der regulären Arbeits- und Schulzeit statt, kann dies ein Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme sein. Das Fahren weiter Strecken sowie kostenpflichtige Parkplätze und Kinderbetreuungskosten für die Geschwister können zudem für Familien mit niedrigem Einkommen eine Herausforderung sein (Farnesi et al. 2019, S. 4–5). Dies zeigt das die Formalisierung informeller Gesundheitsversorgung nur bedingt möglich ist und der Erfolg weiterhin abhängig vom zur Verfügung stehenden Kapital ist.

Es existieren nicht ausreichend empirische Daten, um den Einfluss der Zufuhr beziehungsweise die Auswahl von Nährstoffen und Mahlzeiten sowie von Verhaltensweisen abschließend zu klären. Aus diesem Grund spricht die S3-Leitlinie bei ernährungstherapeutischen Elementen nur von mäßiger Evidenzstärke (Wabitsch und Moß 2019, S. 30). Sie stellt fest, dass diese ohne begleitende Angebote nur eine geringe Wirkung besitzen. Fasten und starre Diätpläne werden abgelehnt (Wabitsch und Moß 2019, S. 29–30). Gleiches gilt für die Bewegungstherapie und Maßnahmen zur Reduktion der Nutzungsdauer von Bildschirmmedien, die ebenfalls lediglich als Therapieelement und nicht als eigenständige Therapieform betrachtet werden (Wabitsch und Moß 2019, S. 66). Zeitlich limitierte Sportprogramme werden zugunsten einer Steigerung der Alltagsaktivität abgelehnt. Für sportliche Aktivität im Allgemeinen gilt, dass sie dem Grad der Adipositas angepasst sein sollte (Wabitsch und Moß 2019, S. 33–35). Hiermit wendet sich die Leitlinie explizit gegen den verhaltensmodifikatorischen Ansatz. Das gezügelte Essen, das noch in den sechziger Jahren als therapeutischer Ansatz verbreitet war, gilt heute selbst als Essstörung und drückt die psychologischen Folgen von permanent kontrolliertem Essen und lebenslangen Diäten aus. Gegenwärtige Ansätze versuchen situatives, intuitives Essverhalten zu etablieren (Schorb 2015, S. 61). Unabhängig davon, ob sich Expert:innen für oder gegen Diäten aussprechen, ähneln sich die Ernährungsempfehlungen überraschend stark. Wichtig sei eine Ernährungsumstellung, je nach Ausrichtung mit weniger Fett, weniger (monosacchariden) Kohlenhydraten oder weniger Kalorien (Schorb 2015, S. 206). Neben dem naheliegenden Einfluss der eigenen Ernährung sind Korrelationen von Nährstoffzufuhr durch die Mutter während der Schwangerschaft sowie durch die Entscheidung für oder gegen das Stillen und späterer Adipositas bekannt. Die kausalen Wirkungszusammenhänge konnten durch die Forschung bislang noch nicht geklärt werden. Im späteren Kindheitsverlauf wird die optimierte Mischkost empfohlen, hierbei werden reichlich ungesüßte Getränke und pflanzliche, mäßig tierische und sparsam zuckerhaltige Lebensmittel konsumiert. Diese Empfehlungen sind auch durch Kinderbetreuungseinrichtungen umzusetzen, daher

erscheinen Präventionsmaßnahmen in diesen Einrichtungen effektiv (Wabitsch und Moß 2019, S. 61–63). Das Erreichen einer negativen Energiebilanz ist in aktuellen Empfehlungen weiterhin zu finden beispielsweise durch den Verzehr von niedrigkalorischer Nahrung in Verbindung mit Bewegung (Hampel et al. 2019, S. 2). Die Tatsache, dass Jugendliche mit Übergewicht bei sportlichen Aktivitäten häufig nicht mithalten können, führt allerdings zu Frustration und letztlich zur Vermeidung körperlich anstrengender Bewegung. Beispielsweise ist Vereinssport häufig auf Wettbewerb ausgerichtet, was für adipöse Kinder und Jugendliche nachteilig sein kann, wenn ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Es wird daher empfohlen bei der Wahl der Sportart darauf zu achten, dass sie die Stärken der Betroffenen abbildet. Dies ist beispielsweise bei kraftbetonten Sportarten der Fall (Holl 2018b, S. 243).

Obwohl der Medienkonsum im Durchschnitt in der Gruppe der Jugendlichen mit Adipositas höher liegt als in der Vergleichsgruppe, ist die Gruppe in ihrem Nutzungsverhalten heterogen (Wulff und Wagner 2016, S. 290). Es werden folglich Therapieangebote empfohlen, die dem Umstand, dass unter adipösen Jugendlichen Bildschirmmedienkonsum einen großen Teil der täglichen Beschäftigung ausmacht, Rechnung tragen und Mediens Schulungen inkludieren (Wulff und Wagner 2016, S. 290). Das RKI stellt im Themenblatt zur Verfügbarkeit von Bildschirmmedien fest, dass sich vor einem Bildschirm sitzend nachweislich weniger bewegt wird als bei anderen Aktivitäten und häufiger Nahrung konsumiert wird, deren Energiedichte besonders hoch ist. Daher wird die Reduktion von Bildschirmzeit als vorbeugender Schritt gegen Adipositas empfohlen (RKI 2020e, S. 1). Fraglich ist, ob diese pauschale Empfehlung noch dem Alltag der Jugendlichen entspricht, es scheint, als müsste stärker zwischen den verschiedenen Geräten und der jeweiligen Anwendung differenziert werden, um Prävention opportun zu gestalten. Als informelle Institution der Gesundheitsversorgung kann das Internet Jugendliche durch Informationen, Bewegungsangebote, Rezepte oder soziale Kontakte unterstützen. Gerade für Personen, die aufgrund offensichtlicher Stigmata und den damit einhergehenden Vorurteilen Probleme mit Gleichaltrigen haben, können Kontakte im Internet, denen das Stigma nicht offenbart werden muss, soziale Unterstützung bieten, die zur Bewältigung der Auswirkungen einer Erkrankung wie Adipositas notwendig ist. Als formalisierte Variante kann das Internet für die Adipositastherapie nutzbar gemacht werden. Die S3-Leitlinie nimmt hierzu wie folgt Stellung:

„Interaktive elektronische Interventionen können als Zusatz oder alleinige Intervention zur Prävention oder Behandlung von Adipositas und/oder Adipositas-assoziiertem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Die meisten Studien berichteten über günstige Änderungen im Ernährungs- und/oder Bewegungsverhalten bei den Teilnehmern digitaler Interventionen [...] (Wabitsch und Moß 2019, S. 60).“

Angesichts der veralteten Quellen und unter Betrachtung der schnelllebigen Entwicklung computer- und internetbezogener Technologie, können die Ausführungen der



Leitlinie zu internetbasierten Ansätzen nur unter Vorbehalt als Referenz herangezogen werden. Medien im Allgemeinen gelten als Sozialisationsinstanzen und können durch die Aufbereitung der Berichterstattung zur Verfestigung von Stereotypen beitragen. Im Falle von Adipositas ist die Darstellung simpler monokausaler Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und Krankheitsentstehung sowie entsprechend unidirektionaler Lösungsstrategien (mehr Bewegung, weniger Essen) vorurteilsfördernd, dies gilt sowohl für Berichterstattungen in Zeitungen und Fernsehen als auch für Beiträge in Onlineausgaben und sozialen Medien (Luck-Sikorski 2017, S. 90). Durch das Internet können Vorstellungen und Meinungen leichter, preisgünstiger und umfassender verbreitet werden, als das mit Printmedien oder durch das Fernsehen möglich war. Diese Tatsache führt nicht zwangsläufig zur Internalisierung der gezeigten Ideale, trotzdem wird empfohlen vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen, die jungen Menschen einen verantwortungsvollen, umsichtigen Umgang mit Medien und dem Internet ermöglichen (Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 54). Ein explizit benannter Vorteil der Nutzung digitaler Technologien ist die Stärkung der Selbstwirksamkeit (Empowerment) von Betroffenen innerhalb der Therapie. Beispielsweise durch Verbesserung der Kommunikation, indem Informationen und Wissens Elemente bereitgestellt werden sowie Selbstbeobachtung und Selbsteinschätzung während und nach der Rehabilitationsmaßnahme. Schließlich können sie die Kommunikation zwischen Betroffenen untereinander oder Betroffenen und Leistungserbringern erleichtern. Für die Leistungserbringer ergibt sich der Vorteil einer zeitversetzten Betreuung über räumliche Grenzen hinweg (Farin-Glattacker et al. 2019, S. 166–174). Die Internetnutzung spielt für adipöse Jugendliche eine große Rolle in der Freizeitgestaltung (Wunderer et al. 2022, S. 87), folglich ist für Jugendliche eine Vermeidung sozialer Medien kein gangbarer Weg. Selbst wenn sich in einigen Fällen der Wunsch danach einstellt, würde diese Strategie in der Regel soziale Ausgrenzung bedeuten. Stattdessen sollte das Erlernen eines adäquaten Medienverhaltens im Vordergrund stehen (Wunderer et al. 2020, S. 95–96). Dabei könnten soziale Onlinenetzwerke zum Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen dienen. Darüber hinaus muss sowohl das Nutzungsverhalten im therapeutischen Setting diskutiert werden als auch der Transport von Lerninhalten, Monitoring und Training ermöglicht werden. (Wulff und Wagner 2018a, S. 315). Dies kann beispielsweise in Form von Anleitungsvideos (Kochen/Bewegung), Ernährungs- und Bewegungsmonitoring sowie der Interaktion mit anderen betroffenen Jugendlichen geschehen (Wulff und Wagner 2016, S. 290). Neben der größeren Unabhängigkeit von zeitlichen und räumlichen Faktoren wird die Erweiterung des methodischen Repertoires als Vorteil internetbasierter Interventionen genannt (Wulff und Wagner 2016, S. 289). Im Rahmen der Nachsorge könnten digitale Angebote dazu beitragen den Therapieerfolg zu sichern. Hierzu ist beispielsweise ein Austausch unter den Betroffenen dienlich. Außerdem wird angenommen, dass auf diese Weise die Lebensrealität der Jugendlichen besser einbezogen werden kann (Wulff und Wagner 2018b, S. 312). Ein systematischer

Literaturreview aus dem Jahr 2020 zeigt, dass internetbasierte Interventionen den vor Ort Lösungen nicht überlegen sind. Vergleicht man jedoch diese Interventionen mit Kontrollgruppen, die keine Maßnahme erhalten haben, zeigt sich auch für die digitalen Maßnahmen ein Effekt. Zudem erzielen internetbasierte Interventionen bessere Kurzeffekte als Interventionen vor Ort. Die Autoren kommen somit zu dem Schluss, dass sich internetbasierte Maßnahmen vor allem für diejenigen Personengruppen eignen, die keinen Zugang zu Maßnahmen vor Ort haben. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aktueller deutscher Studien (Knapp et al. 2020). Darüber hinaus wird Motivation der Betroffenen als ein entscheidender Faktor für den Erfolg oder Misserfolg der Intervention benannt (Beleigoli et al. 2019, S. 8). Die Ergebnisse decken sich somit mit den oben ausgeführten Empfehlungen für vor Ort Angebote.

Die Meinungen bezüglich der Auswirkungen des Internets auf Sozialkontakte differieren hingegen. Einerseits bietet die überregionale Vernetzung die Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen, andererseits kann ein Verlust an Kontakten postuliert werden, da die Zeit im Internet als fehlende Zeit für Personen außerhalb des Internets wahrgenommen wird. Eine dritte Position geht von gleichbleibenden Sozialkontakten aus, da die verschiedenen Formen nicht in Konkurrenz zueinander stehen, sondern miteinander verschränkt sind (Hofer 2012, S. 294). Ebenso ambivalent kann die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen mit Funktionen, die eine Messung und Auswertung bestimmter Parameter wie Schlafverhalten, Ernährung oder sportliche Betätigung (Selftracking) erlauben, betrachtet werden. Einerseits bieten sie die Möglichkeit, die Nutzer:innen bei gesundheitsbewusstem Verhalten zu unterstützen, andererseits ist eine missbräuchliche Nutzung bis hin zu einer Art Suchtverhalten möglich. Insbesondere in der Adoleszenz, einer Phase in der viele Verhaltensweisen und die Selbstwahrnehmung für das Erwachsenenleben geprägt werden, kann der Konsum von Selftracking unerwünschte oder schädliche Verhaltensweisen fördern, die sich im Erwachsenenalter nur schwer ablegen lassen (Reifegerste und Karnowski 2020, S. 104). Für die zum Teil kontinuierliche Messung und Verfolgung von gesundheitsbezogenen Daten wie sportliche Aktivität, Schlaf, Ernährung, Gewicht oder Herzfrequenz gibt es verschiedene Begriffe, die zum Teil synonym verwendet werden. Unter ihnen sind (digitale) Selbstvermessung, Lebensprotokollierung, Selftracking oder Quantified Self. Ihnen gemeinsam ist, dass durch Sensoren oder die händische Eingabe in einer App vordefinierte Parameter protokolliert werden. Dies ermöglicht unter anderem die Festlegung bestimmter Ziele auch über einen langen Zeitraum. Grundsätzlich ist diese Form der Selbstvermessung nicht neu, sie wird bereits seit einigen Jahrzehnten für chronische Erkrankungen verwendet. Studien belegen, dass sich durch den Gebrauch von Selftrackinganwendungen tatsächlich das Gesundheitsverhalten verbessern kann. Zumindest ist eine Motivationssteigerung erkennbar. Demgegenüber stehen kritische Stimmen, die vor einer übermäßigen Anwendung des Selftrackings warnen. Denn Selftracking

könnte bei übermäßiger Nutzung insbesondere Jugendliche dazu veranlassen, sich zu stark zu kontrollieren und falsche Körperbilder zu entwickeln (Reifegerste und Karnowski 2020, S. 104–105). Nachteilig für internetbasierte Interventionen ist die im Vergleich zu Angeboten vor Ort geringere Adhärenz (Lippke et al. 2017, S. 282), Barrieren durch datenschutzrechtliche Vorschriften und die Akquise von geeignetem Fachpersonal beziehungsweise dessen Ausbildung (Wulff und Wagner 2018b, S. 312). Denn sobald der Umgang mit und das Verständnis von digitalen Medien zwischen therapeutischem Personal und Betroffenen stark differiert, kann dies zu Problemen führen. Unter diesem Aspekt ist es notwendig die Medienkompetenz bei therapeutischem Personal zu stärken, um die konsumierten Inhalte und das Nutzungsverhalten mit einer positiven Grundhaltung zu reflektieren und in die Therapie einbeziehen zu können (Wunderer et al. 2020, S. 95–96). Aus Perspektive der Betroffenen kann der Kontakt zum therapeutischen Personal vor Ort als persönlicher und die festen Termine nicht als einschränkend, sondern als disziplinierend empfunden werden. Daher wird häufig empfohlen, eine flächendeckende Versorgung durch parallele Angebote beider Formen zu gewährleisten (Knapp et al. 2020, S. 476–479).

Neben den Therapieformen vor Ort oder digital werden die Dauer der Intervention sowie die Vor- und Nachteile des ambulanten beziehungsweise stationären Settings diskutiert. Die S3-Leitlinie postuliert, dass Programme, die lediglich auf kurzzeitige Gewichtsreduktion abzielen und nicht auf eine langfristige Verhaltensänderung in der Regel nur eine geringe Langzeitwirkung haben. Rehabilitationsmaßnahmen würden gute Effekte erzielen, können allerdings in ihrer Langzeitwirksamkeit ebenfalls eingeschränkt sein (Wabitsch und Moß 2019, S. 24–25). Die Umgebung der stationären Rehabilitation wird hierbei als *optimierte Umwelt* gerahmt. Sie sei eher für ältere Kinder und Jugendliche geeignet und zeige noch bis zu sechs Monate nach Maßnahmeende Effekte, die jedoch bei fehlender Nachbetreuung verloren gingen (Wabitsch und Moß 2019, S. 45). Aus soziologischer Perspektive ist die stationäre Rehabilitation ein Beispiel für eine totale Institution (Goffman 2017). Diese Eigenschaft der Rehabilitationsklinik wirkt auf den Behandlungserfolg und steigert ihn im Vergleich zum ambulanten Setting. Demgegenüber ist die ambulante Therapie stärker als Form der Selbstdisziplinierung etabliert, die exemplarisch für den Panoptismus der Disziplinarmacht steht (Foucault 2021, S. 271). Betroffene, die ohne institutionelle Einbindung eine dauerhafte Gewichtsreduktion erwirken, stellen die Idealform der panoptischen Disziplinarmacht dar, in der keine Kontrolle durch disziplinierend wirkende Institutionen erforderlich ist (Möller 2008, S. 2772). Bereits seit langem gibt es hinreichende Belege dafür, dass medizinische Rehabilitation im Bereich Adipositas unabhängig vom Alter der Betroffenen lediglich kurzzeitige Wirkungen erzielt (Kaps 2013, S. 108), nur bei etwa einem Fünftel bis einem Siebtel der Betroffenen gilt der Therapieerfolg als langfristig (Hampel et al. 2019, S. 2; Wulff und Wagner 2016, S. 284; Kaps 2013, S. 29; Böhler et al. 2012, S. 89–92). Im Bereich

der ambulanten Rehabilitation wird positiv hervorgehoben, dass Flexibilität und Verzahnung mit dem alltäglichen Umfeld im ambulanten Setting stärker als im stationären gegeben sind (Fahrenkrog et al. 2020, S. 251–252). Aus der Perspektive der Feldtheorie ist die geringe Langzeitwirkung beider Formen der Rehabilitation durch die Stabilität des Habitus erklärlich. Eine Umstellung des inkorporierten Gesundheitsverhaltens ist hierdurch lediglich in Einzelfällen nicht jedoch in nennenswertem Ausmaß zu erwarten.

Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation mit der Indikation Adipositas spielt in der S3-Leitlinie eine untergeordnete Rolle. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass „nach Expertenmeinungen [...] an eine stationäre Behandlung eine ambulante Nachsorge angeschlossen werden [sollte] (Wabitsch und Moß 2019, S. 45).“ Ähnliche Empfehlungen werden auch von anderen Forschenden formuliert. Nachsorge soll vorrangig zur Verbesserung der nachhaltigen Erfolgsquote dienen (Jolivet et al. 2017, S. 151; Böhler et al. 2012, S. 104). Aus der Idee mit Hilfe von Nachsorge den Therapieerfolg zu sichern und sich dabei auf die in der stationären Reha erlernten Wissensvorräte zu beziehen, ergibt sich auch die Forderung, die Motivation zu berücksichtigen (Hampel et al. 2019, S. 4). Die weit überwiegende Mehrheit der Betroffenen wünscht sich nach Abschluss der Reha einen Austausch untereinander und etwa ein Drittel einen Austausch mit dem therapeutischen Personal aus der Klinik via sozialer Medien (Wulff und Wagner 2018b, S. 309). Erfolgskriterien für Nachsorge im Kinder- und Jugendbereich könnten die Entwicklung von Kooperationen, Interoperabilität und die Verfügbarkeit von Ressourcen sein (Ritter et al. 2018, S. 498). Im Zusammenhang mit der Feldtheorie würde durch Nachsorgemaßnahmen das vorhandene Sozialkapital (beispielsweise Schule, Freunde, Eltern oder Gleichaltrige) in Gesundheitskapital transformiert und so die Nachhaltigkeit der Rehabilitation verbessert. Zudem kann die Nachsorge eine Anpassung des Gesundheitshabitus begünstigen, da durch sie verfügbares kulturelles Kapital in inkorporiertes umgewandelt werden kann.

Als letztes Element der institutionalisierten Versorgung von Übergewicht und Adipositas können in den Schnittmengen des Feldes der Gesundheit zu anderen Feldern Formen der informellen Versorgung identifiziert werden. Beispielsweise kann die Lebensmittelindustrie als Akteur des ökonomischen Feldes von Präventionsmaßnahmen betroffen sein. Zudem können einzelne Firmen zu Akteuren der Prävention werden, wenn sie sich beispielsweise für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Werbung oder eine Lebensmittelkennzeichnung entscheiden (Eichhorn und Nagel 2010, S. 14). Das dominante Kapital im Feld der Wirtschaft ist ökonomisches Kapital, das handlungsleitend ist, folglich werden vorrangig ökonomisch begründete Entscheidungen getroffen und Maßnahmen nur dann umgesetzt, wenn sie einen wirtschaftlichen Vorteil versprechen. Dies ist unter anderem gegeben, wenn Verbraucher:innen sich bewusst für gesündere Nahrungsmitteln entscheiden. Zunehmend werden auch die Möglichkeiten des Internets genutzt, um die Betroffenen zu erreichen und untereinander zu vernetzen

(Ströbele-Benschop und Depa 2018, S. 314). Je nach Nutzung des Internets können gesundheitsförderliche oder gesundheitsgefährdende Faktoren identifiziert werden. Für das Einkaufen und Spielen im Netz kann beispielsweise eine Korrelation mit depressiver Symptomatik nachgewiesen werden, während die Nutzung zu kommunikativen Zwecken protektiv wirken könnte (Haverkamp 2018, S. 485).

### 3.2 Kollektive Akteure im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas

Einige Akteure aus dem Feld der Gesundheit wurden bereits im Rahmen der Darstellung des Adipositas-Epidemie-Diskurses benannt. Die hierbei postulierten monokausalen Wirkungszusammenhänge (vgl. bspw. Günther 2013), die durch ihre Einfachheit sehr einprägsam und leicht reproduzierbar sind, können reale Konsequenzen für das gesellschaftliche Bild von Übergewicht und Adipositas haben. Die Akteure des Feldes der Gesundheit formen jedoch zusätzlich auf eine spezifische Weise die Wahrnehmungen von juvenilem Übergewicht und juveniler Adipositas. Basierend auf den Positionen im Feld und durch die Wirkung symbolischer Gewalt wird nicht nur bestimmt, was als normal und was als deviant gilt, sondern auch was als Fakt wahrgenommen wird (Waldschmidt 2007, S. 35). Devianz und Norm sind folglich dialektisch verbunden und somit interdependente Elemente des Aushandlungsprozesses (Klöppel 2007, S. 49). Ab wann Übergewicht als pathologisch gilt, wird bestimmt durch die einflussreichen Gruppen im Feld der Gesundheit. Hierbei sind medizinische Akteure ebenso relevant wie Akteure der Interessensverbände, Selbsthilfeverbände oder Politik. Eine untergeordnete Rolle spielen hingegen die individuellen Einschätzungen der Betroffenen. Insbesondere die medizinische Diagnose ist in der Regel nicht abhängig vom Leidensdruck, sie beruft sich – wie von der WHO festgelegt und in der ICD dokumentiert – auf den BMI als Surrogatmarker.

Während in Kapitel 3.1.1.1 der Fokus auf den verschiedenen Positionen im Diskurs lag und exemplarisch für einen Aushandlungsprozess stand, dient die Beschreibung der Akteure, die im Diskurs um Übergewicht und Adipositas auftreten, unter anderem der Kontextualisierung der Ergebnisse der Datenanalyse. Denn erst durch die Darstellung der Ansichten, Konfliktlinien und Allianzen wird deutlich, welche Zwecke verfolgt werden und welche Fragen hierbei im Vordergrund stehen. Wie bereits dargestellt wurde, ist ein öffentlichkeitswirksamer Risikodiskurs vor allem dann zu erwarten, wenn Interessen von Akteuren mit hohen Positionen berührt sind. Im Falle des Diskurses um das Risiko von Adipositas wäre zu erwarten gewesen, dass es sich um einen Spezialdiskurs des Feldes der Gesundheitsversorgung handelt und somit besonders Leistungserbringer und Leistungsträger betroffen sind. Allerdings sind durch die Maßnahmen, die Öffentlichkeitswirksamkeit und die ökonomischen Aspekte Akteure weiterer Felder betroffen. So profitieren beispielsweise die Akteure der Nahrungsmittel- und Pharmaindustrie, indem sie Produkte zur Unterstützung bei Gewichtsreduktion anbieten, wissenschaftliche Forschungsinstitute, die Forschungsgelder erhalten, Akteure der Politik, die die Wählergunst mit Gegenmaßnahmen gewinnen, der Medien, die berichten, sowie Anbieter von Selbsthilfe, präventiven oder kurativen Maßnahmen, um nur einige zu nennen (Seitz und Zwick 2011, S. 263). Je mehr einflussreiche Akteure von dem anhaltenden Risikodiskurs profitieren, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit, dass

Lösungen für die Herausforderungen gefunden werden (Seitz und Zwick 2011, S. 275). Im Folgenden werden die relevanten Akteure verschiedener Felder näher betrachtet.

Politische Akteure befinden sich in ihrem Umgang mit Adipositas in einem Zielkonflikt. Einerseits sind sie gehalten reglementierend zum Wohl der Bürger einzugreifen, andererseits sind Ressourcen begrenzt. Dies gilt in besonderem Maße, wenn wirtschaftliche Einbußen für einflussreiche Unternehmen zu erwarten sind. Eine Lösung dieses Konfliktes bietet die Symbolpolitik, in der befristete und somit verhältnismäßig kostengünstige Projekte öffentlichkeitswirksam umgesetzt werden. Der tatsächliche Nutzen dieser Maßnahmen ist allerdings häufig gering (Seitz und Zwick 2011, S. 273). Wenig überraschend hat die parteipolitische Ausrichtung einen großen Einfluss auf die empfohlenen Maßnahmen zur Eindämmung von Übergewicht und Adipositas. Während bei progressiver politischer Ausrichtung (beispielsweise Grüne, SPD) eher auf staatlich-regulierende Maßnahmen wie die Lebensmittelampel gesetzt wird, fokussieren Konservative (beispielsweise CDU, CSU) die individuelle Verantwortlichkeit und Schulung (Schorb 2015, S. 265). Schwindende Gesundheit der Bevölkerung, wie durch das Adipositas-Epidemie-Narrativ prognostiziert, ist aus sozialstaatlicher Perspektive ein finanzielles Risiko, da sie unter dem Verdacht steht mit erhöhten Kosten für das Gesundheitssystem und gegebenenfalls mit geringeren Steuereinnahmen einherzugehen. Eine Lösung für diese Herausforderung wird in nationalen Aktionsplänen gesucht (Schorb 2015, S. 282). Das von Renate Künast 2004 ins Leben gerufene Bundesprogramm zur Förderung gesunder Ernährung steht aufgrund seines alarmistischen Tones und seiner teilweise stigmatisierenden Formulierungen exemplarisch für eine normative Ernährungspolitik. Es steht außerdem für eine Transformation des zuvor als privat verstandenen zum öffentlich diskutierten Körper (Mühlich 2008, S. 109–110). Der gegenwärtig umgesetzte deutsche Aktionsplan IN FORM ähnelt in seiner Argumentationsstruktur anderen nationalen Aktionsplänen. Hauptursache für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas sei die schlechte Energiebilanz und die adipogene Umwelt (Schorb 2015, S. 248), die vor allem durch Bewegungsmangel entstünde. Er ist im Vergleich zu früheren politischen Programmen differenzierter, was der vergleichsweise hohe BMI von 30, ab dem eine Gesundheitsgefährdung postuliert wird, sowie die Verweise auf Essstörungen (Anorexie, Bulimie) und Mangelernährung im Alter belegen (Schorb 2015, S. 239). Eine Korrelation zwischen Einkommen und Übergewicht wird eher auf geringe Disziplin und Bildung als auf die höheren Kosten von Lebensmitteln mit geringer Energiedichte zurückgeführt (Schorb 2015, S. 243). Teil des Aktionsplans sind folglich Maßnahmen zur Aufklärung der Bürger:innen. Inspiriert von den Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums (Crammond und Carey 2017, S. 90), kommen darüber hinaus politische Schritte in Betracht, die auf gesellschaftlicher Ebene wirken. Hierzu zählen beispielsweise eine Zuckersteuer, Werbeverbote oder Ernährungsstandards in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen (Eichhorn und Nagel 2010, S. 12). Diesem

Vorgehen liegt die Hypothese zu Grunde, dass bei bestimmtem Essverhalten Analogien zu Sucht gebildet werden können und somit ähnliche Präventionsstrategien Wirkung zeigen könnten. Diese Annahme ist jedoch umstritten (Platte et al. 2014, S. 187–188).

Akteure des ökonomischen Feldes kommen auf verschiedenen Ebenen mit Übergewicht und Adipositas in Berührung. Einerseits stellt Adipositas einen wirtschaftlichen Faktor dar, andererseits können Gegenmaßnahmen von Wirtschaft und Industrie ökonomisch nutzbar gemacht werden oder Gewinneinbußen bedeuten. Adipositas ist als Erkrankung durch ihre Komorbiditätsstruktur für die Gesundheitssysteme ein relevanter Kostenfaktor. Dies wird unter anderem ersichtlich durch den *morbiditätsorientierten Risikoausgleich* (Morbi-RSA) der GKV. Seit 1994 werden zwischen den Krankenkassen Ausgleichszahlungen für Versicherte geleistet, die schwerer erkrankt sind als andere. In diesem Zusammenhang wurde der Mehrbedarf für Adipositas berechnet, dieser beläuft sich auf 863,73 € pro Jahr (Bischoff 2018b, S. 26–28). 2003 schätzte das RKI die Kosten, die dem Gesundheitswesen in Deutschland aufgrund von Adipositasfolgeerkrankungen entstehen, auf etwa acht beziehungsweise 14 Milliarden Euro. Andere Zahlen liegen deutlich höher, ursächlich dafür ist häufig, dass alle durch Fehlernährung entstehenden Kosten zusammengenommen werden (Schorb 2015, S. 121). Eine systematische Literaturübersicht aus dem Jahre 2018 schätzt die durch Übergewicht und Adipositas verursachten Kosten auf 22,19 beziehungsweise 22,96 Milliarden Euro für Erwachsene. Qualität und Vergleichbarkeit der Studien werden allerdings als heterogen eingeschätzt, was die Interpretation der Ergebnisse erschwert und zu einem hohen Verzerrungsrisiko führt. Den größten Einfluss auf die Kosten hat laut der Analyse die Anzahl und Selektion der assoziierten Erkrankungen. Zudem wurden je nach gewähltem Ansatz (Top-Down oder Bottom-Up) unterschiedliche Faktoren ermittelt und es bleibt unklar, welcher der Schätzwerte als realistischer betrachtet werden kann. Dennoch kommen die Autor:innen zu dem Schluss, dass Übergewicht und Adipositas nennenswerte Ausgaben verursachen, wenn auch unklar ist, wie hoch die Kostendifferenz genau ist. Für Kinder und Jugendliche konnten allerdings keine erhöhten Kosten nachgewiesen werden (Konnopka et al. 2018, S. 477–480). Es wird angenommen, dass diese Kosten mit effektiven Präventionsmaßnahmen eingespart werden können (Bischoff 2018b, S. 26–28), somit ergibt sich für die Begründung der Notwendigkeit von Maßnahmen gegen Adipositas neben dem zu steigernden Gesundheitskapital mit dem ökonomischen Kapital eine weitere Argumentationslogik mit starkem Bezug zum Wirtschaftsfeld.

Die Akteure der Lebensmittelindustrie haben hingegen ein Interesse an einer moderaten Darstellung der Folgen von Übergewicht und Adipositas, da sie an der fortlaufenden Vermarktung energiedichtere Lebensmittel interessiert sind. Somit ist das gängige Motiv nicht, die Gesundheitsgefahren bestimmter Lebensmittel herauszustellen, sondern frei nach dem Motto „die Dosis macht das Gift“ für eine ausgewogene Ernährungsweise zu werben und die Multifaktorialität der Entstehung von Adipositas zu betonen (Schorb



2015, S. 187). In der Auseinandersetzung über die Deutungshoheit bezüglich der Entstehung von Übergewicht und Adipositas sowie geeigneter Gegenmaßnahmen sind Akteure der Lebensmittelindustrie allerdings benachteiligt, denn es gibt Allianzen zwischen Pharmaindustrieakteuren und medizinischen Fachgesellschaften mit denen symbolisches Kapital einhergeht (Schorb 2015, S. 196). Die Vernetzung zwischen Pharmaindustrie und den wissenschaftlich orientierten Fachgesellschaften für Adipositasforschung ist eng, wodurch Interessenkonflikte gerade dann unterstellt werden können, wenn Studien und Kongresse durch Pharmaunternehmen finanziert werden. Trotzdem beeinflussen die Fachgesellschaften durch ihre beratenden Tätigkeiten und Lobbyarbeit die Medikamentenzulassungen, Behandlungskostenübernahmeentscheidungen und Gesetzgebung. Was sicherlich unter anderem auf den hohen gesellschaftlichen Status der medizinischen Akteure zurückzuführen ist (Schorb 2015, S. 110–111).

Akteure der Wissenschaft produzieren eine umfangreiche Daten- und Studienlage zu adipositasrelevanten Einflussfaktoren. Dabei differieren Qualität und Umfang allerdings stark (Varnaccia et al. 2017, S. 98–99) und sind zum Teil abhängig vom Kontext der wissenschaftlichen Disziplin oder der Einbindung in verschiedene Felder. Nahezu jedes Land und jeder Kontinent hat gegenwärtig eine Organisation, die sich schwerpunktmäßig mit der Erforschung von Adipositas beschäftigt. In Deutschland ist dies die Deutsche Adipositasgesellschaft, die sich unter dem Dach der EASO (European Association for the Study of Obesity) beziehungsweise der IASO (International Association for the Study of Obesity) mit anderen europäischen und internationalen Verbänden zusammenschließt. Diese Vereinigungen können als Lobbygruppen betrachtet werden. Die dort tätigen – in der Regel medizinischen – Expert:innen beraten Politik, Industrie sowie Gesetzgebung und haben maßgeblichen Einfluss auf die Wahrnehmung von Adipositas, deren Ursachen und Gegenmaßnahmen. Derzeit hat sich der Fokus vom jeweiligen Verhalten der Individuen auf übergewichtsförderliche Umweltfaktoren verschoben. Die Gewichtsreduktion gilt hier allgemein als therapeutischer Goldstandard (Schorb 2015, S. 103–105). In den Ernährungswissenschaften herrscht hingegen Uneinigkeit, ob die seit den 1980er Jahren verbreitete Empfehlung einer fettarmen und kohlenhydratreichen Ernährung tatsächlich als ausgewogen gelten kann. Die Gegenbewegung empfiehlt kohlenhydratarme (ketogene) Kost, da sie der natürlichen (steinzeitlichen) Ernährungsweise der Menschen eher entspreche. Die Argumentationsstrukturen beider Thesen gleichen sich sehr, sie unterscheiden sich lediglich im beigemessenen Stellenwert tierischer Fette in einer ausgewogenen Ernährung (Schorb 2015, S. 173–176). Im sportwissenschaftlichen Diskurs werden als Lösung für die Reduktion des Adipositasrisikos staatliche regulatorische Maßnahmen von der Verteuerung als ungesund proklamierter Lebensmittel durch die Erhebung von Steuern bis zur Erhöhung des schulsportlichen Pensums gefordert. Letztlich ist der weit überwiegende Teil als

Individualmaßnahmen zu klassifizieren und somit werden die Einzelnen in die Pflicht zur Behebung eines gesellschaftlichen Problems genommen. Dies entspricht der gouvernementalen Biopolitik nach Foucault (2021), die einerseits durch die *Praktik des Selbst* (Selbstsorge/Selbstdisziplin) und andererseits durch das staatliche Eingreifen zum Zweck der *Normalisierung der Bevölkerung* gekennzeichnet ist (Günther 2013, S. 18–19).

Das RKI als politiknaher Wissenschaftsakteur hat die Aufgabe, mit Hilfe wissenschaftlicher Forschung Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Es wird postuliert, dass der Konsum bestimmter Lebensmittel über staatliches Eingreifen reguliert werden kann. Hierbei seien zwei Varianten denkbar. Zum einen können durch Steuern Lebensmittel, deren Verzehr nicht gewünscht ist, verteuert werden, zum anderen können durch Zuschüsse und Förderung als gesund geltende Lebensmittel preislich konkurrenzfähig gemacht werden (RKI 2020b, S. 2). Das RKI empfiehlt zudem neben der Aufklärung von Eltern bezüglich der Auswirkungen von Bildschirmmediennutzungszeiten, Maßnahmen zu ergreifen, die auf die Minderjährigen ausgerichtet sind und die Anwendung von Spielen mit einem höheren Aktivitätslevel befördern. Als Policy-Maßnahme wird ein Werbeverbot für Lebensmittel mit hoher Energiedichte empfohlen (RKI 2020e, S. 2). Neben einem präventiven Ansatz auf Individualebene beziehungsweise durch Sensibilisierung für gesundheitsbezogene Themen, sollten nach Ansicht des RKI Möglichkeiten geprüft werden, das Lebensumfeld gesünder zu gestalten, indem beispielsweise kostenfreie Bewegungsmöglichkeiten in Wohngebieten geschaffen werden (RKI 2020a, S. 2).

Weitere Akteure in der Forschung zu Adipositas finden sich in den Sozialwissenschaften insbesondere in Soziologie, Geschichtswissenschaft und Disability Studies. Mit den sogenannten Fat Studies etabliert sich zudem eine Spezialdisziplin, die ihren Schwerpunkt auf die Beforschung von Adipositas setzt. Fat Studies setzen sich akademisch mit Personen auseinander, die übergewichtig oder adipös sind. Ihr Schwerpunkt liegt dabei nicht auf der gesundheitswissenschaftlich-medizinischen, sondern der sozialwissenschaftlichen Ebene (Schorb 2015, S. 232–233). Im wissenschaftlichen Kontext der Fat Studies überwiegen Autorinnen. Dies scheint in der Nähe zum Forschungsbereich Genderstudies und Feminismus begründet zu sein (Rose und Schorb 2017, S. 10). Sie setzen sich in der Regel kritisch und machttheoretisch mit aktuellen Diskursen und Maßnahmen auseinander. Der Krankheitswert und die Therapie von Adipositas sowie konkrete Handlungsempfehlungen werden lediglich am Rande thematisiert. Anhand der diversen Interessen und fachlichen Kontexte wissenschaftlicher Forschung wird erneut deutlich, dass trotz des Grundsatzes der Neutralität und Objektivität, der den Goldstandard wissenschaftlicher Forschung bildet, wissenschaftlich Tätige als Personen in ihrer Wahrnehmung und ihren Schlussfolgerungen kulturell geprägt sind. Als exemplarischer Beleg für dieses Postulat können die Reaktionen etablierter Wissenschaftler:innen auf die Publikation der Studie von Flegal et al. (2005) dienen, der im Folgenden kurz skizziert wird. Im medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen Diskurs bilden sich

ab den 2000er Jahren zwei Lager. Diejenigen, die Übergewicht und Adipositas für ein hohes Gesundheitsrisiko mit potenzieller Todesfolge hielten, und diejenigen, die nicht nur der Dramatisierung widersprachen, sondern moderates Übergewicht sogar als möglichen Schutzfaktor identifizierten. (Schorb 2015, S. 161). Der wissenschaftliche Aushandlungsprozess scheint derzeit noch nicht vollständig abgeschlossen zu sein, hat allerdings an Dynamik verloren. Übergewicht und Adipositas gelten weiterhin unbestritten als Ursache für kardiovaskuläre Erkrankungen. Allerdings gibt es ebenso eine umfangreiche Evidenz, dass die Prävalenzen von kardiovaskulären Erkrankungen bei übergewichtigen und adipösen Menschen zwar höher sind, die Mortalität jedoch geringer. Diese Studienergebnisse sind Teil der Forschung zum Adipositas-Paradox. Die Ursachen für dieses Phänomen sind noch nicht abschließend geklärt, es wird jedoch vermutet, dass zum einen der BMI als Messgröße für diese Zusammenhänge nicht geeignet ist und zum anderen, dass der Gesundheitshabitus einen größeren Einfluss auf die Sterblichkeit haben könnte als das Körpergewicht (Tutor et al. 2023, S. 3). Ähnliche Ergebnisse konnten Studien zu Lungenresektionen und Schlaganfälle statistisch nachweisen (Vadlakonda et al. 2023; Kinter et al. 2021). Sepsis ist ein Beispiel für Erkrankungen, bei denen die Mortalität zwar bei adipösen Menschen reduziert ist, dies allerdings darauf zurückgeführt wird, dass Menschen mit niedrigerem Gewicht ein erhöhtes Sterberisiko haben (Gao et al. 2023). Autor:innen, die zum Adipositas-Paradox forschen, weisen in der Regel darauf hin, dass die negativen Auswirkungen von Adipositas die positiven überwiegen. (Vadlakonda et al. 2023). Dies spricht für die diskursive Dominanz derjenigen, die von Adipositas als einer schwerwiegenden Erkrankung sprechen, welche sich auch als Lehrmeinung etabliert hat. Die Schätzung von Flegal und ihrem Team, die 2005 veröffentlicht wurde, ermittelte Mortalitätswerte, die zwischen siebzig und neunzig Prozent unterhalb des von vorherigen Studien postulierten Wertes lagen. Zudem wurde festgestellt, dass ein nach WHO-Maßstab klassifiziertes Übergewicht ältere Menschen vor Sterberisiken schützen könnte (Schorb 2015, S. 159). Diese Erkenntnis war auch 2005 nicht neu, bereits 1999 wurde darauf hingewiesen, dass das Paradigma, welches für übergewichtige Menschen besagt, dass Abnehmen zu einer höheren Lebenserwartung führt, nicht berücksichtigt, dass es Fälle geben kann, in denen moderates Übergewicht als protektiver Faktor wirken kann (Jutel 2006, S. 2274). Die Veröffentlichung von Flegal und ihrem Team viel in die Hochzeit des Adipositas-Epidemie-Deskurses. In der folgenden Auseinandersetzung zeigte sich auch im wissenschaftlichen Diskurs, die emotionale Haltung, die diesem Diskurs zu eigen ist. Die Ergebnisse von Flegal und ihrem Team wurden nicht als Teil eines wissenschaftlichen Austauschs, sondern auf persönlicher Ebene durch diskreditierende persönliche Angriffe verarbeitet. Die Emotionalität der Debatte und die Argumentation ad hominem entspricht nicht den Erwartungen an wissenschaftlicher Diskurse, die nach den Regeln des Feldes objektiv-neutral zu führen sind. Dies deutet darauf hin, dass hierbei der im wissenschaftlichen Feld erlernte Habitus mit demjenigen des Feldes der Gesundheit konfligiert. Es stehen

somit die symbolischen Ordnungen zweier Felder im Widerstreit. Die öffentlich geführte Debatte zog zudem eine mediale Inszenierung nach sich und demzufolge erscheint es plausibel, dass der wissenschaftliche Habitus unterlag. In der Konsequenz erschienen wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse, die dem Paradigma der Gesundheit im Einklang mit Schönheit widersprechen, falsch und die Debatte verschob sich vom wissenschaftlichen in das Feld der Gesundheit und folgt den dort etablierten diskursiven Regeln (vgl. Jutel 2006, S. 2273). Die sich um Flegals Artikel entwickelnde Diskussion zeigt nicht nur, dass das Feld der Wissenschaft nicht zwingend homogene Meinungen vertritt, es zeigt auch eine Konfliktlinie zwischen Wissenschaft und Wirtschaft. Einer der größten Kritiker von Flegals Studienergebnissen war zu dieser Zeit im US-amerikanischen Raum als Ernährungsexperte populär, seine wissenschaftlichen Erkenntnisse verarbeitete er auch in populärwissenschaftlicher Form. Ihm kann somit ein wirtschaftliches Interesse unterstellt werden, Flegals Erkenntnisse zu kritisieren (Flegal 2021).<sup>35</sup> Ähnliche Konflikte können sich ergeben, wenn wissenschaftliche Forschung von der Pharma- oder Lebensmittelindustrie finanziert wird. Zudem können sich bei journalistischen Übersetzungen wissenschaftlicher Forschungsergebnisse Ungenauigkeiten ergeben, die die Interpretation der Ergebnisse verzerren. Exemplarisch kann hier die mediale Verarbeitung der Studien von Amler und Eddins beziehungsweise McGinnis und Foege genannt werden, die zum Ziel hatten, die Mortalität von ernährungs- und bewegungsbezogenem riskantem Gesundheitsverhalten zu prognostizieren. Aus den hierbei ermittelten Zahlen wurden in der journalistischen Umsetzung die jährlich durch Übergewicht und Adipositas verursachten Todesfälle (Schorb 2015, S. 157).

Eine nicht zu vernachlässigende Personengruppe im Feld der Gesundheitsversorgung sind die institutionalisierten oder nicht institutionalisierten Betroffenen selbst. Ein bedeutender Akteur in diesem Zusammenhang ist die *Fat-Acceptance-Bewegung*. Sie geht mutmaßlich auf die 1969 gegründete Lobbyorganisation National Association to Aid Fat Americans (NAAFA, heutzutage National Association for the Advancement of Fat Acceptance) zurück und hat sich zum Ziel gesetzt, die Diskriminierung von Menschen mit Übergewicht oder Adipositas aus der Welt zu schaffen. Bei den Forderungen und Aktivist:innen gibt es eine große Schnittmenge zur Anti-Diät-Bewegung. Allerdings geht es in der Fat-Acceptance-Bewegung nicht um den gesundheitlichen Kontext, sondern um die öffentliche Wahrnehmung von Personen mit Übergewicht oder Adipositas. Sie beschäftigen sich daher weder mit Ursache noch Wirkung von Übergewicht beziehungsweise Adipositas. Als ein Teil des Engagements erfolgt eine meliorative Amplifikation bestimmter Begriffe wie dem englischen Wort *fat*. Dieses Vorgehen ist von anderen Antidiskriminierungsbewegungen bekannt. Zwei Personengruppen, die selbst bei

---

<sup>35</sup> Eine detaillierte, wenn auch einseitige Darstellung der damaligen Debatte ist bei Flegal (2021) nachzulesen. Flegal ist außerdem eine der Autor:innen der Studie von (Cole et al. 2000), die die von der IOTF empfohlenen internationalen Referenzwerte für juvenile Adipositas ermittelt.

positiven Deutungen aus dem Raster der Anti-Diät-Bewegung fallen, nämlich Menschen mit extremer Adipositas und diejenigen, die nach allen Kriterien gesundheitsschädigendes Verhalten aufweisen, finden durch die Fat-Acceptance-Bewegung Zuspruch. Denn Ziel der Bewegung ist es, aufzuzeigen, dass dicke Menschen in den Augen der Öffentlichkeit wesentlich kritischer bewertet werden als dünne, die dieselben Verhaltensmuster oder ähnliche Handicaps aufweisen. Aus feministischer Perspektive sind zumindest die frühen Ansätze der NAAFA kritikwürdig. Zum einen spielten männliche Personen, die sich von dicken Frauen sexuell angezogen fühlen eine bedeutende Rolle, zum anderen werden durch Modeveranstaltungen heteronormative Vorstellungen befördert. Zudem ist die NAAFA eher eine unpolitische Vereinigung, für feministische Aktivist:innen ist daher fraglich, wie mit dieser Haltung gesellschaftspolitische Ziele umgesetzt werden können. Aus dieser Unzufriedenheit heraus gründete sich der *Fat Underground*, dessen Engagement explizit politischer Natur ist. Bislang konnte keine der Gruppen ihr Ziel umsetzen. Die Diskriminierung von Personen mit Übergewicht oder Adipositas und deren Bild in der Öffentlichkeit ist seit den 1960er Jahren nahezu unverändert (Schorb 2015, 206–214). Aus feldtheoretischer Perspektive könnte dies auf niedrige Feldposition der Betroffenen zurückzuführen sein, denen sowohl ökonomische Ressourcen als auch symbolisches Kapital fehlt (Schorb 2015, S. 221). Selbst die mediale Vermarktung von Aktivist:innen der Fat-Acceptance-Bewegung hat nur einen geringen Einfluss auf ihr symbolisches Kapital. Trotz der Steigerung der Popularität der in der Bewegung vertretenen Ansichten, hält sich ihr politischer Einfluss in Grenzen (Schorb 2015, S. 222). Von medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Seite wird die Fat-Acceptance-Bewegung für ihre mangelnde Auseinandersetzung und Verharmlosung der gesundheitlichen Folgen von Adipositas kritisiert. Die Empfehlung der Fat-Aktivist:innen sich mit dem eigenen Gewicht gut zu fühlen, wird auch aus sozialwissenschaftlicher Perspektive problematisiert, denn auf diese Weise wird die Verantwortung aus dem *herrschenden Schlankheitsdispositiv* auszubrechen, erneut bei den Individuen verortet, was unter den gegebenen Machtverhältnissen unmöglich erscheint (Schorb 2015, S. 218). Neben der Fat-Acceptance-Bewegung gibt es eine Vielfalt an weiteren Gruppierungen. Große Überschneidungen gibt es beispielsweise mit der sogenannten Body-Positivity, die statt dem Schönheitsideal die Vielfalt menschlicher Körperformen und Selbstliebe in den Fokus stellen, Übergewicht ist hierbei allerdings nur eine von vielen devianten Körperformen, die adressiert werden. Ähnlich wie bei Fat-Acceptance kann der Aufruf zur Selbstliebe für junge Menschen entlastend wirken oder zu unerreichbarem Ziel und somit zur Belastung werden (Wunderer et al. 2022, S. 86–87). Eine aus psychologischer Sicht konstruktivere Form des Umgangs mit dem Schönheitsideal hat die Bodyneutrality-Bewegung, die sich dafür einsetzt, die Rolle des Körpers für die eigene Identität zu verringern (Wunderer et al. 2022, S. 87).

Abschließend ist die Perspektive jugendlicher Akteure zu diskutieren. Werden Jugendliche nach ihrer Definition von Gesundheit befragt, wird deutlich, dass auch von ihnen die im Adipositasdiskurs dominanten Gesundheitsvorstellungen antizipiert werden. Dies beinhaltet die monokausale Ursachendarstellung (Energiebilanz), Körperzentrierung und Selbstverantwortung (Rail 2009, S. 145–146). Sowohl normalgewichtige als auch übergewichtige Kinder und Jugendliche benennen als Ursachen für Übergewicht falsche Ernährung und zu wenig Bewegung. Nicht thematisiert werden hingegen somatische Ursprünge wie genetische Prädispositionen oder Erkrankungen. Klar formuliert werden somit auch Möglichkeiten Gewichtsverlust herbeizuführen: gesünder Essen und mehr Sport treiben. Weder bei der Ursachenbenennung noch bei den Abnehmstrategien unterscheiden sich die Aussagen von übergewichtigen und normalgewichtigen Kindern und Jugendlichen (Barlösius und Philipps 2011, 190–191). Aus Interviews mit Jugendlichen wird deutlich, dass eine starke Verbindung zwischen Körperform und Gesundheit hergestellt wird. Gesund sein bedeutet vor allem nicht dick zu sein, allerdings werden auch andere optische Merkmale wie zu dünn oder hässlich sein benannt. Andere Perspektiven werden nahezu ausschließlich von Betroffenen benannt, wenn beispielsweise ein Junge, der selbst mobilitätseingeschränkt ist, klarstellt, dass Gesundheit für jeden Menschen etwas anderes bedeutet (Rail 2009, S. 147–148). Interessant ist, dass die Gesundheitswahrnehmung dem von der WHO beschriebenen salutogenetischen Modell ähnelt, in dem Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein allgemeines Wohlbefinden ist. In einem wesentlichen Punkt – dem somatischen Fokus – unterscheidet sich die Wahrnehmung der Jugendlichen jedoch von der Definition der WHO. Während die WHO Gesundheit als holistisches Konstrukt aus psychischen, physischen und sozialen Elementen betrachtet (WHO 1986), sehen die Jugendlichen lediglich die körperlichen Aspekte. Gesundheit wird von den befragten Jugendlichen darüber hinaus häufig mit Schönheit gleichgesetzt. Hierbei zeigen sich die gängigen Geschlechterdifferenzen in den Idealen (Rail 2009, S. 148).

### 3.3 Übergewicht- und adipositasrelevantes Kapital

Während die gesellschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas bereits in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich erläutert wurden, wurde auf die detaillierte Darstellung der möglichen Ursachen von Übergewicht und Adipositas bislang verzichtet. Adipositasrelevantes Kapital steht in engem ungerichtetem Zusammenhang mit der allgemeinen Ressourcenverteilung im Feld. Es kann auf die Entstehung von Adipositas wirken und Adipositas kann die Kapitalakkumulation negativ beeinflussen. Einleitend werden verschiedene Positionen dargestellt, die die bereits aus dem vorangegangenen Kapitel bekannten Akteure im Ursachendiskurs vertreten (Kapitel 3.3.1). Im Anschluss werden die Zusammenhänge zwischen Übergewicht beziehungsweise Adipositas und den Formen des Kapitals im Feld der Gesundheit (Gesundheitskapital in Kapitel 3.3.2; Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug in Kapitel 3.3.3; Gesundheitshabitus in Kapitel 3.3.4) dargestellt.

#### 3.3.1 Kapital als Faktor der Entstehung von Übergewicht und Adipositas

Die Entstehung von Übergewicht und Adipositas gilt als multikausal, was eine komplexe, multiperspektivische Darstellung möglicher Ursachen und deren Zusammenhänge notwendig macht (Kaps 2013, S. 106). Als ungeklärt gelten insbesondere nicht die individuellen Ursachen, sondern der bevölkerungsweite Anstieg der Prävalenzen (Schorb 2015, S. 125). Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Einflussfaktoren auf die Entstehung von Übergewicht und Adipositas zu kategorisieren. Sie können beispielsweise in exogen (außerhalb des Körpers liegende) und endogen (innerhalb des Körpers liegende) Faktoren unterteilt werden. Der Schwerpunkt des öffentlichen Diskurses liegt auf exogenen Ursachen wie Fehlernährung und Bewegungsarmut (Schorb 2015, S. 61). Ebenso lassen sich die Therapieformen in exogene und endogene kategorisieren, je nachdem ob ein Behandlungserfolg durch Verhaltensänderung also der Anpassung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens oder durch Medikamenteneinnahmen beziehungsweise chirurgische Eingriffe gewährleistet werden soll (Schorb 2015, S. 66). Das RKI entwickelte im bevölkerungsweiten Monitoringprojekt *AdiMon*, das bis Ende 2020 vom RKI durchgeführt wurde, acht Kategorien für Indikatoren von Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Adipositas (1), Biologie (2), Verhalten (3), Verhältnisse (4), Vor und nach der Geburt (5), Psychosoziales (6), Kontext (7) und Maßnahmen (8). Diese leiten sich aus einem Ursache-Wirkungsmodell (Abbildung 11) ab, das für das Projekt konstruiert wurde (Varnaccia et al. 2017, S. 94; Lehmann et al. 2020, S. 7).

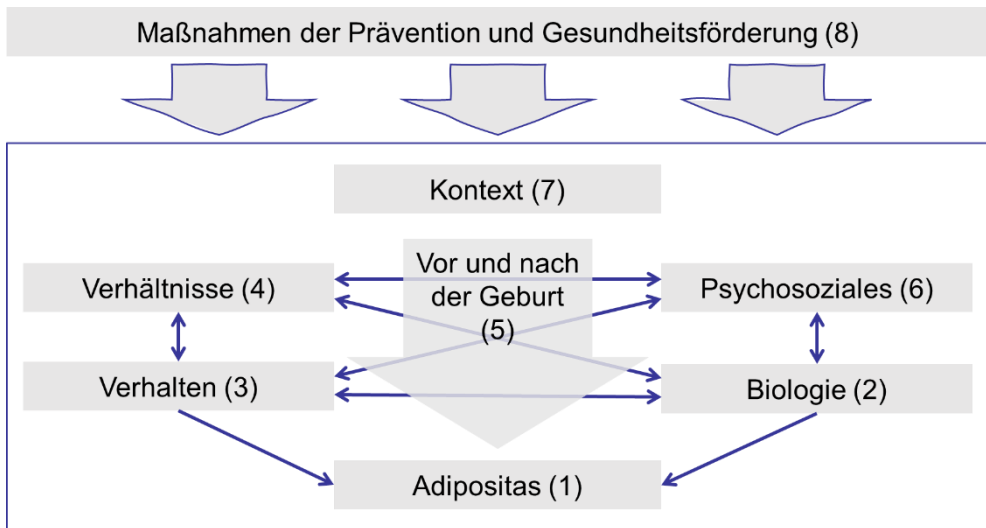


Abbildung 11: Ursache-Wirkungsmodell AdiMon (eigene Darstellung nach Lehmann et al. 2020, S. 7)

Als Indikatoren aus dem Bereich Adipositas werden die Verbreitung von Adipositas bei drei- bis sechsjährigen und Einschulungskindern aufgeführt. Hierzu liegen bereits die Ergebnisse aus der KiGGS-Studie (2. Welle) vor. Etwa 2 % der Drei- bis Sechsjährigen und zwischen 2,8 % und 5,6 % (je nach Bundesland) der Einschulungskinder adipös sind. Der Indikatorbereich Biologie sollte genetische, hormonelle und mikrobiologische Faktoren sowie Erbkrankheiten umfassen. Bisher fehlt hierzu jedoch die Datenbasis. Im Bereich Verhalten liegen bereits eine große Anzahl an Indikatoren vor, zu allen gibt es bereits Monitoringdaten. AdiMon nennt: Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung, Prävalenz geringer körperlicher Aktivität, Prävalenz sportlicher Aktivität, Mitgliedschaften in Sportvereinen (Anzahl), Mitgliedschaften in Sportvereinen (Anteil), Häufigkeit des Fernsehens, Reichweite und Dauer des Fernsehens, Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke, Obst- oder Gemüseverzehr, Verzehr von Fast Food, Verzehr von Süßwaren, Verzehr von Knabberartikeln, Energieaufnahme, Nährstoffverteilung, Proteinaufnahme, Ballaststoffaufnahme, Energiedichte der Nahrung, Ernährungsmuster, Durchschnittliche Schlafdauer, Erreichen der Schlafempfehlung und Verbreitung von Schlafschwierigkeiten. Für den Bereich Verhältnisse steht ebenfalls bereits eine große Bandbreite an Indikatoren auf der Homepage zur Verfügung. Die Indikatoren D. 1.1 bis D. 1.5 bilden die Verhältnisse in Kitas ab. Die Indikatoren D. 1.6 bis D. 1.16 bilden in erster Linie das Verhalten der Eltern ab (Fernsehen, Essen, Sport). Weitere Indikatoren sind die Qualität von Kinderlebensmitteln und der Verbraucherpreisindex ausgewählter Lebensmittelgruppen (D. 2.1) sowie Kindersportbekleidung, Kindersportfahrzeuge und Schwimmbadbesuche (D. 3.11). Auch die Verfügbarkeit von Spielmöglichkeiten im Freien (Sportplätze, Spielplätze, Grünanlagen) stellen jeweils Indikatoren dar (D. 3.1 bis D. 3.7). Für die Indikatoren, die in den Bereich vor und nach



der Geburt fallen sind Adipositas, Diabetes und Rauchen in der Schwangerschaft sowie Geburtsgewicht, Stillquote und -dauer und das Erreichen der WHO-Stillempfehlung aufgeführt. Die Relevanz psychosozialer Faktoren auf die Entwicklung kindlicher Adipositas wird als sehr hoch eingestuft. Dennoch liegt bislang nur ein Indikator in diesem Bereich vor: Elterliche Wahrnehmung des kindlichen Körpergewichts. Der Bereich Kontext besteht gegenwärtig aus drei Indikatoren: Armutsrisikoquote, Kinder in Bedarfsgemeinschaften und Bildungsstand der Eltern. Abschließend sind Maßnahmen als Indikatorenbereich zu nennen. H 1.1 bis H 1.3 beziehen sich auf GKV-unterstützte Maßnahmen in Kitas. Darüber hinaus werden Kontext, Inhalte, Methodik und Multimodalität von Präventionsmaßnahmen als relevant bezeichnet (Jordan et al. Laufzeit: 2015-2020).

Neben der umfassenden Darstellung adipositasrelevanter Indikatoren durch das RKI können je nach Perspektive und Disziplin der Akteure die Position und gesetzten Schwerpunkte der Ursachendarstellung insgesamt fünf Paradigmen identifiziert werden: das medizinische, das soziokulturelle, das evolutionäre, das umweltbezogene und das psychologisch-verhaltensbezogene (Karasu 2016, S. 85). Während die Darstellung des RKI lediglich die möglichen Ursachen listet, werden in den Paradigmen Argumentationsstrategien verfolgt.

Im soziokulturellen Paradigma werden Übergewicht und Adipositas vorrangig als gesellschaftliche Erkrankung betrachtet. Die Entstehung wird als multifaktoriell beschrieben, allerdings nicht somatisch-internal, sondern sozial-external. Die äußere Erscheinung kann hierbei als Charakteristikum der sozialen Gruppe firmieren und zum Exklusionsmerkmal werden. Die als sozial-external definierten Faktoren sind vielfältig. Eine der drastischsten Positionen wirft Menschen mit Adipositas vor, Verbrechen gegen die Gesellschaft zu begehen, indem sie Kosten für alle verursachen, und das ästhetische Empfinden durch ihre non-konforme Erscheinung belasten. In religiösen Darstellungen steht Adipositas mit der Todsünde der Völlerei in enger Verbindung. Betroffene werden dementsprechend als unmoralisch, lasterhaft diskreditiert. Diese Sicht spiegelt sich idiomatisch in Phrasen und Begriffen wie *Ernährungssünde*, *kleine Sünde*, *süße Versuchung wider*, die vor allem aus werbenden Kontexten bekannt sind. Demgegenüber stehen Positionen, die diese Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas verurteilen. Die Psychiaterin Sylvia R. Karasu zitiert dazu den US-amerikanischen Supreme Court:

„The notion of stigmatizing a person because of a disease or addiction is offensive at the outset ... if we allowed sickness to be made a crime and permitted sick people to be punished for being sick. This age of enlightenment cannot tolerate such barbarous action (Karasu 2016, S. 88).“

Aktivist:innen wehren sich ebenfalls gegen Vorverurteilungen und ziehen den Krankheitswert von Adipositas in Zweifel. Sie konstatieren, dass es sich bei erhöhtem Körpergewicht primär um ein optisches Merkmal statt eines pathologischen Zustandes handelt.

Unter dem Motto *health at every size* wird die Ansicht vertreten, dass der Lebenswandel, die Ernährung beziehungsweise das Bewegungsverhalten als Schutzfaktoren stärker gegen Erkrankungen wirken als Schlankheit (Karasu 2016, S. 88–89). Das soziokulturelle Paradigma spiegelt sich in den AdiMon-Indikatoren Kontext und Verhältnisse. Als Kontextfaktoren werden der SES sowie der Migrationshintergrund thematisiert. Wie bereits umfassend dargestellt wurde, haben ökonomische (beispielsweise Konsum) und bildungsbezogene (beispielsweise Gesundheitskompetenz) Merkmale einen Einfluss auf die Adipositasprävalenz. Somit überrascht es kaum, dass auch die meritokratische Triade als Konglomerat dieser Elemente als Einflussfaktor genannt wird. Diese Disparitäten sind auch die argumentative Grundlage für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Migrationshintergrund und Adipositas (Lehmann et al. 2020, S. 10–11). Zwar werden bei AdiMon ebenso kulturelle Merkmale als gegebenenfalls adipositasbegünstigend dargestellt, es ist jedoch fraglich, wie dies bei der Vielfältigkeit der Personengruppe mit Migrationshintergrund statthaft sein soll. Unter dem Oberbegriff Verhältnisse werden die Begriffe Lebenswelten und kommerzielle Faktoren gefasst. Den Begriff Lebenswelten verstehen die Forschenden „im Sinne abgrenzbarer, sozialer Systeme“ und beschrieben „Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (Lehmann et al. 2020, S. 7)“. Für die Entstehung von Adipositas werden als lebensweltliche Faktoren zunächst die Eltern mit ihrem jeweiligen Ernährungs- und Bewegungsverhalten genannt. Darüber hinaus gibt es Belege dafür, dass die Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten im Familienkreis ein Protektivfaktor ist. Als bislang bei Maßnahmen wenig berücksichtigt wird die Wohnumgebung genannt, deren strukturelle Voraussetzungen (beispielsweise Bewegungs- und Einkaufsmöglichkeiten, Sicherheit) ebenfalls Einfluss auf das Adipositasrisiko haben können. Neben lebensweltlichen werden kommerzielle Faktoren aufgeführt. Sowohl die Verfügbarkeit als auch die Kosten für die Nutzung von Bewegungsmöglichkeiten oder den Einkauf können zur Adipositasentstehung beitragen (Lehmann et al. 2020, S. 7–8). Eine weitere soziokulturelle Position vertritt Schorb, der als Kontrastfolie zu den gängigen Deutungen einer adipogenen Umwelt und Kultur als Auslöser für die Gewichtszunahme in der Bevölkerung seit den 1980er Jahren argumentiert, dass im 20. Jahrhundert die ideale Silhouette immer dünner wurde, was dazu geführt habe, dass immer mehr Menschen diesem Bild nacheiferten und dieses Ziel durch Diäten zu erreichen hofften – mit gegenteiligem Ergebnis. Die Auswirkungen der adipogenen Umwelt und Kultur sollen dabei nicht geleugnet, sondern lediglich ergänzt werden (Schorb 2015, S. 204). Außerdem kann die Argumentation, dass eine unausgewogene Studienlage und somit eine mögliche Verzerrung in der Gesundheitsforschung dadurch entsteht, dass schlanke Menschen seltener auf mögliche medizinische Risikofaktoren untersucht werden, als Teil des soziokulturellen Paradigmas gefasst werden (Schorb 2015, S. 46). Schließlich kann auch Bourdieus Ansatz einen Beitrag zu den Positionen im soziokulturellen Paradigma leisten. Menschen sind nicht nur Teil einer, sondern sehr vieler sozialer

Gruppen, die alle einen eigenen Habitus ausbilden. Während die Zugehörigkeit zu Gruppen mit niedrigem SES lediglich einen Prävalenzunterschied von wenigen Prozentpunkten ausmacht, können beispielsweise Gruppenzugehörigkeiten, die von Hobbys bestimmt werden, einen deutlich größeren Einfluss haben. Beispielsweise ist der Anteil der Menschen mit Übergewicht in der Gruppe der Brettspielenden sicherlich um ein Vielfaches höher als in der Gruppe der Freizeitfußballspielenden. Beide Hobbys sind nicht dezidiert mit der Position im Feld verbunden, so dass die Herleitung von Kausalzusammenhängen auf Basis anderer Kriterien erfolgen muss. Ähnlich kann für das Geschlecht als weitere Gruppe argumentiert werden, durch deren Zugehörigkeit ein bestimmtes Gesundheitsverhalten habituiert wird (Hahn 2011, S. 43).

Positionen des evolutionären Paradigmas sehen Adipositas weniger als Erkrankung, sondern als Epiphänomen evolutionärer Adaption. Diese umfasst die Entstehung einer positiven Energiebilanz, die grundsätzlich auf physikalischen Gesetzen der Thermodynamik beruht. Gemäß dem ersten Hauptsatz der Thermodynamik (Energieerhaltung) wird die in Form von Kilokalorien aufgenommene Energie in andere Energieformen beispielsweise Bewegung umgewandelt. Nicht verbrauchte Energie wird in Fett umgewandelt. Allerdings ist zu beachten, dass menschliche Körper sich in ihrer Fähigkeit zur Energieumwandlung stark unterscheiden. So kann die Zufuhr einer bestimmten Kalorienmenge bei einem Menschen zu Gewichtszunahme bei einem anderen zum Erhalt des gegenwärtigen Körpergewichts oder sogar zur Gewichtsabnahme führen. Der vereinfachte monokausale Zusammenhang einer positiven Energiebilanz als Ursache für Adipositas wäre demzufolge zu kurz gegriffen. Für diese somatischen Anlagen werden sowohl individuelle genetische als auch anthropologisch universelle evolutionär entwickelte Faktoren verantwortlich gemacht. Bei genetischen Ursachen ist davon auszugehen, dass viele Gene mit geringer Effektstärke gemeinsam zu einer Prädisposition für Adipositas führen. Als anthropologische Universalie kann hingegen die grundsätzliche Fähigkeit des menschlichen Körpers zur Energiespeicherung in Form von Fett betrachtet werden, die einen evolutionären Vorteil darstellt, um Phasen mit geringem Nahrungsmittelangebot und somit Mangelernährung zu überbrücken. Natürliche Selektionseffekte könnten insbesondere bei schwangeren Frauen mit ausgeprägterer Fettspeicherfähigkeit gewirkt haben, indem diese einen Überlebensvorteil gegenüber anderen hatten. Übergewicht ist zudem ein Schutzfaktor bei lebensbedrohlichen Infektionen, die bei Menschen mit größeren Fettreserven seltener zum Tod führen. Außerdem sind sexuelle Selektionseffekte denkbar, wenn Übergewicht als kulturelles Merkmal von Prestige und Gesundheit betrachtet und somit Personen mit diesem Merkmal eher als Sexualpartner ausgewählt wurden (Karasu 2016, S. 89–90). Im Kontext der Forschungstätigkeit des RKI wird im Zusammenhang mit dem evolutionären Paradigma die Möglichkeit einer Erklärung durch natürliche und soziale Selektion diskutiert. Geht man von einer natürlichen oder sozialen Selektion aus, wäre fehlende

Gesundheit ein negativer Einfluss auf den Erfolg, den ein Individuum in der Gesellschaft hat. Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen wäre durch ihre Einschränkung der Zugang zu höheren sozialen Schichten regelmäßig verwehrt. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen der natürlichen und der sozialen Selektion, wobei erstere für eine genetische oder biologische Prädisposition sprechen würde. Die soziale Position im Feld wäre dann ein Nebenprodukt der jeweiligen Erkrankung. Diese These scheint fragwürdig, da ohne eine Beschreibung der in den Positionen im Feld vorherrschenden Gene eine Einschätzung über deren Wirkung unmöglich ist. Die These einer sozialen Selektion scheint plausibler, da nachweislich für Erkrankte Barrieren bestehen, die den Erwerb einer guten Bildung und eines guten Berufes hemmen. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass auch soziale Selektion für eine alleinige Erklärung des Zusammenhangs nicht ausreichend ist (Richter 2005, S. 108–113). Schwangerschaft und frühe Kindheit werden im Projekt AdiMon unter dem Einflussfaktor vor und nach der Geburt gefasst und können ebenfalls dem evolutionären Paradigma zugeordnet werden. Hohes Übergewicht der Mutter zu Beginn der Schwangerschaft sowie eine starke Gewichtszunahme während der Schwangerschaft sind Risikofaktoren für die Entstehung von Adipositas beim Kind. Weitere Merkmale sind Diabetes und Rauchen in der Schwangerschaft. Negative Auswirkungen können zudem ein hohes Gewicht bei der Geburt oder eine rapide Zunahme in den Monaten nach der Geburt sein. Demgegenüber wird Stillen allgemein als Protektivfaktor verstanden (Lehmann et al. 2020, S. 9). Die sozialwissenschaftliche Kritik an der Energiebilanztheorie kann ebenfalls dem evolutionären Paradigma zugeordnet werden. Schorb schreibt hierzu die Energiebilanztheorie sei in ihrer Simplität kaum haltbar, da sie nicht ausreichend berücksichtigt, dass die aufgenommene Energie unterschiedlich verstoffwechselt wird (Schorb 2015, S. 51–52).

Im Vordergrund des umweltbezogenen Paradigmas stehen Umwelteinflüsse. Es postuliert eine adipogene Umgebung, der sich die Einzelnen nicht entziehen können. Ein hohes Maß an Technologisierung führt dabei zu Bewegungsarmut und das Überangebot hochkalorischer Lebensmittel zu Fehlernährung. Die Lebensmittelindustrie setzt darüber hinaus Fehlanreize indem überwiegend energiereiche Lebensmittel beworben werden und Fertigprodukten ein hoher Zuckeranteil zugesetzt wird. Ein weiteres Element, das einen niedrigen Energieaufwand befördert, ist die Unabhängigkeit von starken Temperaturschwankungen durch Heizungen und Klimaanlage. Einen starken medizinischen umweltbezogenen Faktor bilden Viren. Das Adenovirus 36 steht unter dem Verdacht die Adipositasinzidenz in den vergangenen zwei Jahrzehnten beeinflusst zu haben (vgl. bspw. Da Silva Fernandes et al. 2021; Ponterio und Gnessi 2015). Darüber hinaus werden epigenetische Einflüsse und die Belastung durch Schadstoffe diskutiert (Karasu 2016, S. 90–91). Die Argumentation im AdiMon-Projekt weist ebenfalls auf diese Komponente hin. Neben einer genetischen Prädisposition werden viele Umweltfaktoren genannt. Beispielsweise die leichte Verfügbarkeit von hochkalorienhaltigen Nahrungs-

mitteln, das Umfeld (Familie, Schule, Freunde, Wohnen) und alles umspannend gesamtgesellschaftliche Einflüsse, die auf das jeweilige Umfeld wirken (Lehmann et al. 2020, S. 2–3). Eine weitere Darstellung des RKI zeigt, dass Personen mit niedrigerem SES gesundheitsgefährdenderen Wohn- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind, somit erhöht sich für diese Personen das Risiko bestimmter Erkrankungen, dasselbe gilt für (dauerhafte) *Stressoren*. Welche Wirkung Stressoren entfalten, ist von der individuellen Resilienz der Betroffenen abhängig. Sie können auf zwei Arten wirksam werden: Zum einen durch eine direkte Belastung des Immunsystems oder der Psyche und zum anderen durch gesundheitsgefährdende Bewältigungsstrategien (Richter 2005, S. 117–129). Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive steht Schorbs Beschreibung endogener Einflussfaktoren diesem Paradigma nahe. Als endogene Einflüsse gelten hier zuvorderst chronische Erkrankungen, die genetisch begründet sind. Dazu zählen beispielsweise Hypothyreose, Morbus Cushing, das Polyzystische Ovar-Syndrom (PCOS), der hypothalamische Symptomkomplex, das Prader-Willi-Syndrom und das Bardet-Biedl-Syndrom. Zudem können Übergewicht und Adipositas als Nebenwirkung verschiedener Medikamentenklassen wie Psychopharmaka, Antiepileptika und Antidiabetika beziehungsweise Steroide auftreten. Letztlich kann auch eine genetische Prädisposition für Adipositas diskutiert werden (Schorb 2015, S. 61–63). Zudem existierten viele Deutungen, worauf der weltweite Anstieg der Übergewichtsprävalenzen zurückzuführen sei. Zwei in den USA weit verbreitete Thesen beziehen sich auf die Lebensmittelindustrie. Sie benennen zum einen Fast-Food-Ketten, die zu günstigen Preisen Nahrung mit hoher Energiedichte zugänglich machen, zum anderen die Erfindung beziehungsweise zunehmende Verbreitung von High Fructose Corn Sirup (HFCS) und Palmöl. Beide Entwicklungen seien auf die US-amerikanische Agrarpolitik zurückzuführen, die durch ihre Subventionierungsstrategie die Überproduktion von Mais fördert, was sowohl das oben genannte Süßungsmittel als auch indirekt Fleisch verbilligt, da er als preiswertes Futtermittel eingesetzt werden kann (Schorb 2015, S. 126–136).

Je stärker im Kontext des psychologisch-verhaltensorientierten Paradigma argumentiert wird, desto eher werden genetische oder somatische Ursachen für Adipositas verneint. So wird Adipositas primär zu einer psychischen Störung, die mit Hilfe von Verhaltenstherapie behandelt werden kann. Häufig werden dabei Vergleiche zu Abhängigkeits-erkrankungen gezogen, was insbesondere auf die sogenannte Binge Eating Störung zutrifft. Obwohl die Entstehung von Adipositas regelmäßig eine starke psychische Komponente hat, wurde sie nicht in die fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) aufgenommen, was zeigt, dass das medizinische Paradigma, das somatische Ursachen fokussiert, etwas dominanter ist. Die benannte starke psychische Komponente umfasst beispielsweise emotionales Essen als Coping-Strategie oder Selbstregulationsstörungen (Karasu 2016, S. 92–93). Das RKI findet ebenfalls Belege für diese Ursachen. Unter dem Faktor Psychosoziales werden im

AdiMon-Projekt Merkmale subsummiert, die Kinder und Jugendliche selbst oder deren Eltern und Peergroup betreffen. Die Evidenz für die wechselseitige Auswirkung psychischer Erkrankungen sowie negativer Erlebnisse und Erfahrungen ist schwach. Obwohl Korrelationen zwischen Depression, Mobbing- oder Gewalterfahrungen, Stress und Selbstwertgefühl in verschiedenen Studien aufgezeigt werden können, herrscht ein Defizit an plausiblen Erklärungsgrundlagen. Von Seiten des sozialen Umfeldes sind zunächst die Eltern zu betrachten, deren Einfluss auf die Entstehung juveniler Adipositas als groß eingeschätzt wird. Sie stellen mit ihrem gesundheitsbezogenen Lebensstil, ihrer Einschätzung bzgl. Übergewicht und ihrer Gesundheitskompetenz entweder einen Protektiv- oder einen Risikofaktor dar. Viele Studien beschäftigten sich auch mit dem Einfluss der Peergroup, für konkrete Aussagen hierzu wird die Evidenz allerdings als schwach eingeschätzt (Lehmann et al. 2020, S. 9–10). Bereits in der frühen Kindheit bis zum Schulalter könnten maßgeblichen Einflussfaktoren für die Entstehung von Adipositas wirksam werden (Varnaccia et al. 2017, S. 91). Allerdings sind die Prävalenzen von Adipositas im Vorschulalter noch sehr gering und steigen erst mit zunehmendem Alter bis zur Altersgruppe der 14-17-Jährigen an. Je älter die Kinder sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Übergewicht auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt (Lehmann et al. 2020, S. 3). In anderen Zusammenhängen wird ebenfalls das gesundheitsrelevante Verhalten verantwortlich gemacht. Denn Zigarettenkonsum, Ernährung und Sport sind im Erwachsenenalter durch bedeutende Unterschiede zwischen den Statusgruppen gekennzeichnet. Es ist wahrscheinlich, dass diese eine Wirkung auf die Morbidität der jeweiligen Gruppe haben, die Effekte sind jedoch nicht groß genug, um den Zusammenhang hinreichend zu erklären. Diverse Studien zeigten, dass nach Nivellierung des Gesundheitsverhaltens ein messbarer Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bestehen bleibt. Zudem bestehen Unterschiede in Morbidität und Mortalität, die nicht auf Erkrankungen, die durch gesundheitsrelevantes Verhalten entstehen oder verhindert werden, zurückgeführt werden können (Richter 2005, S. 114–117). Schob formuliert die These, dass in den dreißiger Jahren psychoanalytische Ansätze zur Entstehung von Adipositas beliebt gewesen seien. Hierbei wurde sie als Folge traumatischer Kindheitserfahrungen oder problematische Eltern-Kind-Beziehungen beschrieben. Diese Herangehensweise bietet allerdings keine Erklärung für die zunehmende bevölkerungsweite Verbreitung und wurde von verhaltenstherapeutischen Ansätzen abgelöst (Schorb 2015, S. 56–57). Gelegentlich wird Adipositas außerdem als Folge von Esssucht beschrieben. Verantwortlich dafür könnte die übermäßige Verwendung süchtig machender Stoffe (Fett, Salz, Zucker) durch die Lebensmittelindustrie sein, die damit ihren Umsatz steigert. Die Lösung des Problems wäre eine stärkere Stigmatisierung bestimmter Nahrungsmittel und die gesellschaftliche Sanktionierung des Überangebots an Speisen (Schorb 2015, S. 183).

Im Fokus des medizinischen Paradigmas stehen die pathologischen Aspekte von Adipositas. Die Wahrnehmung von Adipositas als Erkrankung ist bereits in der Antike belegt. Trotzdem ist deren Klassifikation als Erkrankung oder Behinderung Gegenstand von Aushandlungsprozessen. Die derzeit stärkere Position vertritt die Ansicht, dass bei Adipositas zwar nicht von einer Behinderung gesprochen werden kann, sie jedoch einen Krankheitswert besitzt, dessen Ursachen multifaktoriell sind. Spätestens seit Anfang des 20. Jahrhunderts herrscht im medizinischen Paradigma Einigkeit, dass die Ursache in der Regel eine positive Energiebilanz über einen längeren Zeitraum ist. Welche Faktoren für dieses Missverhältnis ursächlich sind und ob für sie eher das Individuum oder die Gesellschaft verantwortlich gemacht wird, ist Teil einer historischen Entwicklung, die in Kapitel 1.1.1 ausführlich betrachtet wurde. Grundsätzlich ist – wie bei multikausalen Erkrankungen verbreitet – eine Tendenz zu beobachten, Schuldzuweisungen an die Betroffenen zu richten (Karasu 2016, S. 85–88).

Ein Ansatz, der von keinem der genannten Paradigmen angemessen abgebildet wird, ist die Erklärung der Entstehung von Adipositas durch Artefakte der Datenauswertung. Dieser Erklärungsansatz gründet sich auf der Annahme, dass sowohl Gesundheit als auch die Position im Feld repräsentiert durch die meritokratische Triade durch Fehler im Untersuchungsdesign zu ungenau oder falsch beschrieben wurden, so dass sie einen künstlichen Zusammenhang erzeugen, der sich in der Realität nicht wiederfindet. Diese Annahme ist in ihrer reinen Form empirisch nicht belegbar, da genügend unterschiedliche Messungen vorliegen, um Zusammenhänge deutlich zu machen. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass komplexe Konstrukte wie die Position im Feld oder Gesundheit bei quantitativen Forschungsansätzen über Operationalisierung konstruiert werden. Die Form der Konstruktion ist abhängig von der Position der Akteure und hat einen nennenswerten Einfluss auf die Interpretation der Ergebnisse (Richter 2005, S. 106–108).

### 3.3.2 Übergewicht, Adipositas und Gesundheitskapital

Aus den Ausführungen im vorangegangenen Kapiteln wird deutlich, dass Gesundheitskapital sowohl eine materielle (genetische) als auch eine symbolische (soziokulturelle) Komponente hat. Folglich ist eine zentrale Frage des Zusammenhangs zwischen Übergewicht beziehungsweise Adipositas und Gesundheitskapital diejenige nach dem Einfluss biologisch-genetischer gegenüber soziokulturellen Faktoren. Bereits im Rahmen der Erläuterung des evolutionären Paradigmas wurde auf die These eingegangen, dass Übergewicht und Adipositas genetisch veranlagt sind. Es gilt als gesichert, dass es eine genetische Prädisposition für Adipositas gibt. Hinweise darauf geben beispielsweise Zwillingsstudien und DNS-Analysen (Platte et al. 2014, S. 184). Am häufigsten wird Adipositas durch polygene Formen der biologischen Prädisposition aufgeklärt. Das bedeutet, dass keine singuläre Veranlagung vorliegt, sondern mehrere. Dennoch wird von einem großen Einfluss erblicher Faktoren ausgegangen, die statistisch ca. 50 bis 80

Prozent der Körpergewichtsvarianz aufklären. In jüngeren Jahren scheinen diese Prädispositionen eine größere Rolle zu spielen als im höheren Alter, in welchem Umwelt und Epigenetik stärker zum Tragen kommen (Hinney und Swienty 2018, S. 46). Der relativ geringe Einfluss identifizierter Risikoallele kann durch die menschliche Neigung, phänotypisch ähnliche Partner zu wählen, verstärkt werden (Platte et al. 2014, S. 184). Adipositas kann die Partnerauswahl einschränken, sofern das gängige Schönheitsideal übergewichtige Menschen diskriminiert. Dies könnte dazu führen, dass Menschen mit hohem BMI überwiegend Partnerschaften miteinander eingehen (Kaps 2013, S. 24). Diese These setzt allerdings voraus, dass übergewichtige Menschen bereit sind, bei der Partnerwahl über die geltenden Schönheitsideale in Bezug auf Gewicht hinwegzusehen. Als weitere biologische Einflussfaktoren gelten Hormone, die Darmflora, Komorbiditäten, Virusinfektionen, Nebenwirkungen von Medikamenten sowie die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit. Obwohl die körperliche Leistungsfähigkeit trainiert werden kann, gibt es auch biologische beziehungsweise genetische Marker, die die Leistungsfähigkeit beeinflussen (Lehmann et al. 2020, S. 8–9). Als neurobiologische Risikofaktoren werden verminderte präfrontale Aktivität, ein vermindertes Volumen der grauen Substanz sowie Dopamin-assoziierte Polymorphismen benannt. Wobei strittig ist, wie der Kausalzusammenhang gerichtet ist, also ob Übergewicht die Folge oder die Ursache der neurobiologischen Auffälligkeiten ist (Platte et al. 2014, S. 184–185). Schließlich stellt die Set-Point-Theorie einen Bezug von Veranlagung zu Adipositas her. Sie geht von einem genetisch bedingten Körpergewicht aus, das durch die Kalorienaufnahme nur in einem engen Rahmen beeinflusst wird, da sich der Grundumsatz je nach Energieaufnahme verringert oder erhöht (Schorb 2015, S. 53–54). Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse ist es diskutabel, ob von einem inhärenten, angeborenen Gesundheitskapital ausgegangen werden kann, welches die Entstehung von Übergewicht und Adipositas und somit die daraus folgenden Defizite hemmt. Zur Beantwortung dieser Frage können die einleitenden Überlegungen zu Kapitel 2.3.1 herangezogen werden. Gesundheitskapital und Gesundheit sind nicht kongruent und Krankheit kann nicht als fehlendes Gesundheitskapital verstanden werden. Aus feldtheoretischer Perspektive ist folglich zu argumentieren, dass Menschen in hohen Feldpositionen trotz vorliegender genetischer, biologischer oder physiologischer Prädispositionen entweder keine Adipositas entwickeln oder durch Adipositas nicht dieselben Einschränkungen erleben wie Personen in niedrigeren Positionen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Gesundheit und äußere Erscheinung miteinander verbunden sind, woraus eine Gesundheitsästhetik erwächst, in der ein bestimmtes Aussehen Wohlbefinden repräsentiert, das auf dem Willen zur Selbstverbesserung fußt (Jutel 2005, S. 119). „Der ‚schöne‘ Körper wird zur Bioaktie mit hoher Gewinnerwartung (Kreisky 2008, S. 148)“ und somit zum symbolischen Kapital. Gesundheit wird folglich als ein Zustand wahrgenommen, der sichtbar ist (Jutel 2005, S. 120). Dies ist sowohl problematisch für diejenigen, die sich gesund fühlen, aber als krank gelesen werden, wie Menschen mit



Übergewicht oder offensichtlicher Behinderung, als auch für diejenigen, die eine unsichtbare Krankheit oder Behinderung haben und deren Leiden daher nicht wahrgenommen wird. So können Erkrankungen unerkant bleiben, wenn Gewichtsverlust bei Menschen mit Adipositas positiv konnotiert ist. Eine zu enge Verbindung zwischen Schlankheit und Gesundheit kann darüber hinaus zu Praktiken führen, die gesundheitsschädlich sind wie beispielsweise Null-Diäten oder Steroidkonsum (Rail 2009, S. 151). Aufgrund von Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion fehlt es Menschen mit Übergewicht und Adipositas an symbolischem Kapital, denn optische, körperliche Kriterien können ein Faktor für beruflichen Erfolg sein, was die Diskrepanzen bei der körperbezogenen Zufriedenheit zwischen Personen mit niedrigem und hohem kulturellen Kapital erklären könnte (Bittlingmayer 2008, S. 161–169). Diese Transformation ist die Konsequenz der neoliberalen Vereinnahmung des Körpers als Kapital, denn sie schafft eine Abhängigkeit des Körperkapitals von ökonomischen Mitteln. Steht kein ökonomisches Kapital zum Tausch zur Verfügung, kann Körperkapital analog zu ökonomischem Kapital mit harter Arbeit und Selbstdisziplin erworben werden. Diese leistungsorientierte Sichtweise wird als Kern des Neoliberalismus verstanden (Kreisky 2008, S. 149).

Letztendlich folgt hieraus eine beeinträchtigte gesundheitsbezogene Lebensqualität für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder geringem Körperkapital. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird üblicherweise in die Bereiche physisch und psychosozial unterteilt. Nicht erst Adipositas, sondern bereits Übergewicht kann beide Bereiche negativ beeinflussen. Physisch durch eingeschränkte Beweglichkeit und Fitness, psychosozial durch Probleme bei sozialer Interaktion und Selbstbewusstsein, depressive Symptomatik sowie ein negatives Körperselbstbild (Tsiros et al. 2017, S. 3124–3125). Diese Korrelation ist im Vorschulalter noch nicht zu messen, gewinnt aber in den darauffolgenden Lebensjahren zunehmend an Bedeutung (Tsiros et al. 2017, S. 3120). Der Einfluss von Adipositas auf das psychische Wohlbefinden erscheint groß. Studien belegen, dass Angaben zum Wohlbefinden von Personen, die von juveniler Adipositas betroffen sind, schlechter ausfallen als bei anderen chronischen Erkrankungen inklusive Krebs (Kaps 2013, S. 101–102). In vergleichenden Studien zeigt etwa ein Drittel der Befragten erhöhte Werte für psychischen Auffälligkeiten. Dies trifft insbesondere auf die Werte Ängstlichkeit beziehungsweise Depressivität mit 29,9 % zu, deren Wert in der Normstichprobe lediglich bei 15 % liegt (Hampel und Stachow 2020, S. 249–250). Abschließend wird deutlich, dass ein direkter Zusammenhang zwischen den verschiedenen Aspekten von Gesundheitskapital und Übergewicht beziehungsweise Adipositas hergestellt werden kann. Die Wahrnehmung der beiden Grenzen zwischen Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas sind fließend und abhängig vom Status der Akteure. Adipositas beeinflusst die Kapitalaggregation in einem Maß, das durch die Feldposition bedingt ist.

### 3.3.3 Übergewicht, Adipositas und Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug

Bildung und Armut als kulturelles und fehlendes ökonomisches Kapital stellen bedeutsame Einflüsse auf die Prävalenz juveniler Adipositas dar. Neben dem sozialen Umfeld sind sie die am häufigsten genannten Faktoren sogenannter sozialer Ungleichheit. Ihr Einfluss erstreckt sich auf weite Teile des Gesundheitssystems. Sie beeinflussen nicht nur die Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu erkranken, sondern auch die Prävalenzen einiger anderer Erkrankungen sowie die gesundheitliche Versorgung im Allgemeinen. Soziale Disparitäten verschärfen durch ihre weitreichenden Konsequenzen nicht nur die Risiken, sie können auch den Effekt präventiver und kurativer Maßnahmen vermindern und die Versorgungseffizienz einschränken. In Ländern mit hohem Bruttoinlandsprodukt (BIP) sind Übergewicht und Adipositas Phänomene, die vor allem bei Personen mit niedrigem Einkommen auftreten. In Ländern mit geringem BIP ist das Gegenteil der Fall. Dies wird darauf zurückgeführt, dass in wirtschaftlich schlechter gestellten Ländern Armut häufig mit Unterernährung einhergeht, während in wirtschaftlich erfolgreichen Ländern strukturelle Barrieren (Lebensmittelpreise unverarbeiteter, kalorienarmer Lebensmittel; sichere Bewegungsräume) zu dieser Ungleichverteilung von Körpergewicht führen. Wechseln sich finanziell bedingt Phasen sehr geringer und Phasen erhöhter Nahrungsaufnahme ab, führt dies zu dem aus Diäten bekannten Jo-Jo-Effekt. Demgegenüber werden auch Thesen diskutiert, die einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen Übergewicht und Feldposition sehen, denn Übergewicht kann ein Auslöser für soziale (Abwärts-)Mobilität sein (Schorb 2015, S. 79–85). In der Regel korreliert ökonomisches Kapital statistisch negativ mit dem BMI. Grund hierfür scheint nicht energieärmeres Essen, sondern eine intensivere körperliche Freizeitaktivität zu sein. Dies stützt Bourdieus Forschungsergebnisse, die Personen mit hohem ökonomischem Kapital denselben Geschmack für hochkalorische Lebensmittel wie Personen mit wenig Kapital zuschreiben (Christensen und Carpiano 2014, S. 19).

Eine konservative Deutung der gegenwärtig als adipogen verstandenen Kultur, ist die Proklamation einer kulturellen Entwicklung, die an die Stelle der Werte Disziplin und Genügsamkeit, Selbstverwirklichung und Genuss setzt. Zusätzlich würde die Entwicklung durch den Wegfall der traditionellen Familie, in der die Mutter als Hausfrau für das leibliche Wohl der Familie sorgt, begünstigt (Schorb 2015, S. 136–142). Unabhängig davon, ob diese Argumentation als plausibel erachtet wird, ist der Einfluss von Familie, Freunden und Gleichaltrigen auf den Gewichtsstatus und die Entstehung von Adipositas unbestritten. In Bourdieus Konzept ist dieser Einfluss dem kulturellen oder sozialen Kapital zuzuordnen. Beeinflussen Adipositas oder Übergewicht hingegen die Fähigkeit Freundschaften zu schließen negativ (Ströbele-Benschop und Depa 2018, S. 322–323), fällt dies in den Bereich des symbolischen Kapitals. Um die eigene Gesundheit zu erhalten oder bei einer Krankheit wiederherzustellen, sind soziale Beziehungen hilfreich, allerdings haben nicht alle Menschen Zugang zu kapitalstarken Personen-

kreisen, die das größte Unterstützungspotenzial bieten. Zugangsbarrieren für diese Kreise sind nicht lediglich durch fehlendes ökonomisches, sondern auch kulturelles und gegebenenfalls symbolisches Kapital bestimmt (Hartung 2011, S. 250–251). Das familiäre Umfeld hat dabei für Kinder den größten Einfluss, denn durch die Familie wird Normalität geprägt. Erst später in ihrer Entwicklung erleben sie, dass es abweichendes Verhalten, Nahrungsmittelangebot und abweichende Traditionen geben kann (Schmidt 2018, S. 94). Der Zusammenhang zwischen regelmäßig eingenommenen Familienmahlzeiten und BMI-SDS bei Kindern und Jugendlichen ist vielfach belegt worden und es werden verschiedene Gründe dafür diskutiert. Zum einen könnte durch die gemeinsam verbrachte Zeit das Familienklima positiv beeinflusst und Einsamkeit reduziert werden. Einsamkeit wiederum wird als Einflussfaktor für die Entstehung von Depressionen und emotionalem Essen angeführt. Zum anderen könnten die Eltern eine Vorbild- und Kontrollfunktion einnehmen (Müller et al. 2011, S. 100). Im Falle der Eltern als Kontrollinstanz ist dies als kulturelles Kapital zu verstehen. Im Rekurs auf die bisherigen Erkenntnisse ist hierzu allerdings zu bemerken, dass der zweite Punkt nur dann positive Effekte zeitigen würde, wenn Eltern erstens ein gesundheitsförderliches Essverhalten haben und zweitens die elterliche Kontrolle nicht zu den oben genannten negativen Auswirkungen führt. Zudem steigt die statistische Wahrscheinlichkeit für Übergewicht bei Menschen, die mit Personen in engen Kontakt stehen, die übergewichtig sind (Alvarez et al. 2017, S. 24; Simpkins et al. 2013, S. 9). Dies wird zum einen damit erklärt, dass Gruppenmitglieder sich gegenseitig beeinflussen können, nehmen eine oder mehrere Personen an Gewicht zu, kann dies zur Anpassung sozialer Normen führen, nun wird ein höheres Gewicht als sozial akzeptabel betrachtet, wodurch ein gruppenspezifisches Ernährungs- und Bewegungsverhalten habituiert werden kann (Salvy und Bowker 2014, S. 10). Dies könnte ursächlich für die höhere Nahrungsaufnahme der Einzelnen in einer Gruppe aus übergewichtigen Jugendlichen sein (Salvy und Bowker 2014, S. 12). Zum anderen konnten verschiedene Studien eine Homophilie also Ähnlichkeiten in Aussehen und Handlungen unter Freunden feststellen. Diese Ähnlichkeiten können sich auf gesundheitsrelevante Faktoren wie den BMI, das Bewegungsverhalten und die Mitgliedschaft in Sportvereinen beziehen. Fraglich ist, ob dieser Zusammenhang mono- oder bidirektional ist und im ersten Fall, in welche Richtung er wirkt. Die Selektionstheorie besagt dabei, dass Menschen sich ihnen ähnliche Personen als Freunde aussuchen, die Anpassungstheorie, dass sich Menschen in Freundschaften ähnlicher werden. (Simpkins et al. 2013, S. 2–3). Es gibt zudem empirische Belege dafür, dass Jugendliche mit hohem BMI mit einer höheren Wahrscheinlichkeit reziproke und somit engere Freundschaften eingehen als diejenigen mit niedrigerem BMI. Diese Ergebnisse könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Stigmatisierung von Übergewicht Jugendliche mit hohem Gewicht dazu zwingt, engere Freundschaften einzugehen, in denen symbolisches Kapital eine geringere Rolle spielt (Simpkins et al. 2013, S. 11). Für Jugendliche, die Gewicht reduzieren möchten, kann sich der Einfluss

des gleichaltrigen Umfelds und der Freunde negativ auswirken, wenn Habitus und somit Gesundheitsverhalten des Umfeldes sich vom eigenen unterscheidet. Dasselbe kann für Eltern gelten, deren Einfluss in dieser Lebensphase allerdings zunehmend geringer wird (Azar et al. 2020, S. 5). Es kann gezeigt werden, dass während bei normalgewichtigen männlichen Jugendlichen das Körperbild auch von den Medien und der pubertären Entwicklung abhängig ist, ein Einfluss dieser Faktoren bei übergewichtigen nicht nachweisbar ist. Lediglich die Einschätzung von Freunden und Familie scheinen die Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie den Abnehmwunsch zu prägen (McCabe et al. 2010, S. 162). Die Bedeutung des kulturellen Kapitals zeigt sich auch darin, dass der Migrationshintergrund ein weiterer Einflussfaktor bei der Entstehung von Übergewicht sein kann. Am deutlichsten ist der Prävalenzunterschied bei Kindern mit türkischem Migrationshintergrund statistisch nachzuweisen (Zwick 2011, S. 84; Ottova und Richter 2008, S. 260). Ein Bias für den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Migrationsgeschichte entsteht durch Feldposition und somit das verfügbare Kapital betroffener Personen. Ursächlich könnten jedoch auch kulturelle Unterschiede insbesondere in Form von differierenden Schönheitsidealen sein (Schorb 2015, S. 85–86).

Das interessanteste Gesundheitskapital im Zusammenhang mit Adipositas ist der Gesundheitshabitus, obwohl dieser zum kulturellen Kapital zu zählen ist, wird er im folgenden Kapitel analog zum Vorgehen in Kapitel 2.3 als eigenständige Kapitalsorte betrachtet.

### 3.3.4 Übergewicht, Adipositas und Gesundheitshabitus

Die Äquivalenz von gesundheitsbezogenem Lebensstil beziehungsweise Gesundheitsverhalten in der gegenwärtigen Gesundheitsforschung und dem Gesundheitshabitus gilt gleichermaßen für die Zusammenhänge mit Übergewicht und Adipositas. Der Einflussfaktor Verhalten setzt sich im Projekt AdiMon aus den Elementen Ernährung, Bewegung und Schlaf zusammen, darüber hinaus wird indirekt auf die Einflüsse des Nutzungsverhaltens von Bildschirmmedien eingegangen. Grundsätzlich gehen die Autor:innen der Studie gemäß dem medizinischen Paradigma davon aus, dass bei einer dauerhaft positiven Energiebilanz das Risiko für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas erhöht ist. Als Nahrungsmittel mit hoher Energiedichte gelten kohlenhydrat- (insbesondere Monosaccharide), protein- und fettreiche Lebensmittel. Fast Food und zuckerhaltige Getränke gelten als besonders nachteilig, da bis zum Eintreten eines Sättigungsgefühls (Hunger sowie Durst) hohe Mengen an Energie aufgenommen werden. Neben der Ernährung werden die Auswirkungen von Bewegung auf die Energiebilanz beschrieben. Vorrangig relevant ist hierbei die alltägliche Bewegung. Je häufiger regelmäßig sitzende Tätigkeiten beispielsweise die Nutzung von Bildschirmmedien ausgeführt werden, desto niedriger ist der Energieverbrauch. Zudem können

verschiedene Studien angeführt werden, die einen Zusammenhang zwischen der Nutzung von Bildschirmmedien und dem sogenannten *Snacking* herstellen, bei dem energiereiche Lebensmittel nicht als Mahlzeit, sondern nebenbei konsumiert werden. Als letzter verhaltensbezogener Faktor wird Schlaf diskutiert. Wird regelmäßig wenig geschlafen, kann dies Auswirkungen auf den Organismus haben, die das Adipositasrisiko erhöhen (Lehmann et al. 2020, S. 6–7). Bei der Interpretation des Zusammenhangs zwischen Gesundheitshabitus, Übergewicht und Morbidität ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Gesundheitshabitus nicht das Übergewicht die Ursache für eine erhöhte Morbidität und Mortalität sein könnten. In diesem Falle wären sowohl Übergewicht als auch Morbidität und Mortalität die Folge des Gesundheitshabitus (Jutel 2006, S. 2274). Interessant ist, dass die Kenntnis von stereotypem Verhalten einen direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben kann, was durch ein psychologisches Experiment belegt werden konnte, in dem Personen mit Adipositas nach der inhaltlichen Auseinandersetzung mit Gewichtsstigmata dazu neigten, mehr zu essen und sich weniger zu bewegen (Luck-Sikorski 2017, S. 88). Jugendliche setzen zudem häufig Gesundheitsverhalten mit Gesundheit gleich (Rail 2009, S. 150).

Der soziale Aspekt des Habitus spiegelt sich in der Korrelation zwischen elterlichem Gewicht und dem Gewicht ihrer Kinder wider, die vielfach belegt werden konnte (Chung et al. 2018, S. 2). Neben genetischen Prädispositionen wird die Vorbildfunktion der Eltern für diesen Zusammenhang verantwortlich gemacht (Müller et al. 2011, S. 107). Beispielsweise ist ein starker Einfluss des mütterlichen Bildungsniveaus auf die Adipositasprävalenz nachweisbar (Iguacel et al. 2021, S. 150). Das RKI sieht Eltern als Verhaltensvorbilder, deren Gesundheitsverhalten einen direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Kinder hat. Die Empfehlungen der WHO bezüglich körperlicher Aktivität sowie Obst- und Gemüseverzehr werden von weniger als der Hälfte der deutschen Eltern erreicht, was sich demzufolge auf die Entstehung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auswirkt (RKI 2020a, S. 2). Die Stärke des elterlichen Einflusses auf das Gesundheitsverhalten könnte mit der Intensität der Bindung zwischen Eltern und Kindern zusammenhängen, je stärker Kinder mit ihren Eltern solidarisieren, desto schwerer wiegt das elterliche Verhalten (Alvarez et al. 2017, S. 22). Der Einfluss elterlichen beziehungsweise familiären Gesundheitsverhaltens auf das Gesundheitsverhalten der Kinder ist folglich unstrittig. Dabei ist allerdings nicht nur die Vorbildfunktion entscheidend. Ein ausgeprägtes Kontrollverhalten in Bezug auf Ernährung sowie Nahrungsmittel als Belohnung können eine ungünstige Ernährungsweise befördern. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Studienergebnisse in dieser Hinsicht nicht eindeutig sind (Platte et al. 2014, S. 185–186). Familiäre Strukturen und das Zusammenspiel elterlichen und kindlichen Verhaltens scheinen als multidimensionale Einflussfaktoren zu komplex für eindeutige Studienergebnisse zu sein. Im Folgenden werden daher die verschiedenen Dimensionen einzeln aufgegriffen und

diskutiert. Gemäß den Ansätzen der im Diskurs dominanten Energiebilanz-Theorie, die ein Missverhältnis (positive Energiebilanz) zwischen Ernährung und Bewegung verantwortlich macht, werden Essverhalten und körperliche Aktivität betrachtet. Als dritter Aspekt wird der Einfluss von Internet und Medien diskutiert, der im medizinischen Paradigma ebenfalls in engem Zusammenhang mit der Energiebilanz steht. Die Positionen des medizinischen Paradigmas zu den Wirkungen des Gesundheitshabitus in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität und Medien werden durch die Interpretationen anderer Paradigmen ergänzt.

Wie bereits geschildert wurde, ist der elterliche Einfluss auf die Ernährung beziehungsweise das Essverhalten des Kindes zwar groß, die Studienlage bezüglich der Ursachen aber uneindeutig. Aus psychologischer Perspektive führen Fehlanreize dazu, dass den Kindern das als natürlich angenommene Hunger- beziehungsweise Sättigungsgefühl verloren geht (Schmidt 2018, S. 96). Es kann zudem belegt werden, dass in Relation zum BMI-SDS der Vergleichsgruppe der BMI-SDS derjenigen Jugendlichen, deren Essverhalten durch die Eltern stärker reglementiert wird, höher ist. Obwohl davon auszugehen ist, dass ein Teil dieses Zusammenhangs dadurch erklärt werden kann, dass vor allem diejenigen Eltern, deren Kinder übergewichtig sind, die Nahrungsaufnahme überwachen, gibt es Belege dafür, dass Kinder, deren Essverhalten streng kontrolliert wird, ein gestörtes Sättigungsgefühl und eine Neigung entwickeln können, Lebensmitteln mit hoher Energiedichte den Vorzug zu geben (Müller et al. 2011, S. 98–99). Wenn es um die Rezeption von Ernährungsregeln geht, berichten normalgewichtige und übergewichtige Jugendliche von Weisungen ihrer Eltern, die einzuhalten sind. Dabei benennen Normalgewichtige etwas mehr unterschiedliche Regeln als Jugendliche mit Übergewicht. Unabhängig vom Gewicht werden die Anweisungen von den Jugendlichen nicht als willkürlich, sondern als nachvollziehbar und sinnvoll betrachtet (Barlösius und Philipps 2011, S. 192–194). Nicht nur für Eltern können soziale Komponenten des Ernährungsverhaltens nachgewiesen werden. Essen Kinder und Jugendliche mit Übergewicht miteinander beziehungsweise mit Normalgewichtigen, können für die meisten dyadischen Varianten gemeinsamen Essens gegenseitige Einflussnahmen statistisch gemessen werden. Dies gilt altersunabhängig sowohl für den Jugendlichen bekannte als auch unbekannte Personen mit und ohne Übergewicht. Dabei spielt die soziale Erwünschtheit eine große Rolle. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht neigen dazu, sich in Menge und Art der konsumierten Lebensmittel an Normalgewichtigen zu orientieren. Der Einfluss ist größer, wenn es sich dabei um unbekannte Personen handelt (Salvy und Bowker 2014, S. 14–15). Grundsätzlich gilt dabei, wer einen guten Eindruck machen möchte, isst weniger. Es kann allerdings beobachtet werden, dass Jugendliche mit Adipositas beim Essen unter Fremden besonders zurückhaltend agieren (Salvy und Bowker 2014, S. 7). Ob dies Relikte bürgerlicher Ideale des 19. Jahrhunderts sind, die Disziplin und maßvollen Genuss als wesentliche Tugenden etabliert haben, oder ob die

Stigmatisierung von Adipositas so weit fasst, dass selbst ein Verhalten, das zu Übergewicht führen *könnte*, negativ konnotiert und sanktioniert ist, bleibt Spekulation. Es kann allerdings gezeigt werden, dass normalgewichtige Kinder und Jugendliche auch dann ohne Zeichen der Verunsicherung über ihren Nahrungsmittelkonsum und die Ernährungsgewohnheiten berichten, wenn sie sich nicht an die zuvor als gesund gerahmte Ernährungsweise halten. Demgegenüber versuchen Jugendliche mit Übergewicht mit ihren Aussagen einen Kontext für das Ausbrechen aus der gesunden Ernährungsweise herzustellen. Sie rechtfertigen oder begründen übermäßigen Konsum (Barlösius und Philipps 2011, S. 195–197). Beschreiben Jugendliche mit Adipositas ihren Umgang mit Essen, wird der Körper häufig als ein Organ mit eigenem Willen beschrieben, dem nicht widerstanden werden kann. Er agiert selbstständig, während das entkörperlichte Selbst beobachtend dem intensiven Gefühl des Kontrollverlustes ausgesetzt ist. In der Konsequenz ist für viele Betroffene der Wunsch groß, Zugang zum eigenen Körper zu finden und sich nicht nur gut im eigenen Körper, sondern auch gut mit sich selbst zu fühlen (Liné et al. 2016, S. 328–329).

Gelegentlich werden in quantitativen Studien keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Energieaufnahme zwischen Normalgewichtigen und Betroffenen festgestellt. Für dieses unerwartete Ergebnis könnte es mehrere Erklärungen geben. Erstens sind Selbstauskünfte mit einer gewissen Ungenauigkeit verbunden, zweitens könnte das Wissen um die soziale Erwünschtheit zu einem sogenannten *Underreporting* also zur Nennung niedrigerer als der tatsächlichen Werte führen und drittens könnten genetische Einflüsse eine Rolle spielen (Müller et al. 2011, S. 97–98). Bezüglich der ersten und zweiten Erklärung ist festzuhalten, dass die Aussagen von Jugendlichen bezüglich ihrer Nahrungsaufnahme häufig fehlerbehaftet sind. Die aufgenommene Menge an Nährstoffen und Nahrungsmitteln wird in Ernährungsprotokollen systematisch zu niedrig dokumentiert. Die tatsächliche Fehleinschätzung oder lückenhafte Erinnerung ist dabei genauso wahrscheinlich ursächlich wie der Wunsch nach Entsprechung einer Erwartungshaltung (sozial angepasste Antwort) (Kaps 2013, S. 100). Sofern Fehleinschätzung die Hauptursache ist, ist denkbar, dass die Diskrepanz zwischen wahrgenommenem und tatsächlichem Essverhalten eine entscheidende Determinante der Adipositasgenese darstellt. Denn es ist anzunehmen, dass die individuelle Wahrnehmung in hohem Maße abhängig vom Habitus ist und folglich ein enger Zusammenhang mit der sozialen Gruppe besteht. Indizien für die dritte Erklärung, die genetische Einflüsse aufführt, konnten beispielsweise in einer Langzeitstudie gefunden werden. Das Saugverhalten im Alter von drei Monaten diente hierbei als Prädiktor für Übergewicht im Schulalter und es wurden signifikante Unterschiede zwischen Kindern mit übergewichtigen und normalgewichtigen Eltern festgestellt (Platte et al. 2014, S. 183–184).

Darüber hinaus vermindern regelmäßige Mahlzeiten statistisch das Übergewichtsrisiko. Insbesondere bei Verzicht auf das Frühstück kann eine hohe Korrelation mit einem

hohen BMI-SDS ermittelt werden. Zudem gibt es einen schwachen negativen Zusammenhang mit der Zufuhr von Snacks zwischen den Mahlzeiten (Müller et al. 2011, S. 99–100). Die Richtung des Zusammenhangs ist allerdings unklar, denn Jugendliche mit höherem Gewicht könnten unter Umständen versuchen, durch eine Reduktion der Anzahl der Mahlzeiten regulierend auf ihr Gewicht einzuwirken. Im Vergleich zwischen Betroffenen und nicht Betroffenen ist herauszustellen, dass es auch normalgewichtige Personen gibt, die ein pathologisches Essverhalten zeigen. Darüber hinaus ist es schwierig für Essverhalten eine Norm festzulegen (Schorb 2015, S. 60). Neben kulturellem Kapital kann ökonomisches Kapital in einem direkten Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten stehen. Die Disparitäten im Ernährungsverhalten von Personen mit niedrigem und hohem SES könnten demzufolge auf Lebensmittelpreise zurückzuführen sein. Die Preise pro Kalorie von verarbeiteten Produkten mit hoher Energiedichte sind in vielen Fällen niedriger als die unbearbeiteter Lebensmittel wie Obst und Gemüse sowie von Lebensmitteln, deren Verzehr als gesund gilt. Zudem sind die Preise frischer Lebensmittel laut Verbraucherpreisindex 2019 seit 2015 überproportional gestiegen (RKI 2020b, S. 1). Medienberichte referieren allerdings häufig auf die Möglichkeit, sich trotz geringen Einkommens eine gesunde und ausgewogene Ernährung leisten zu können. Diese Argumentation lässt unberücksichtigt, dass bei Personen mit geringem ökonomischem Kapital ein überproportional hoher Anteil der monatlichen Ausgaben für Nahrungsmittel aufgewendet werden muss und hierbei zudem eine gewisse Flexibilität möglich ist. Für Nahrungsmittel vorgesehene Geld kann somit genutzt werden, wenn ungeplante Belastungen gedeckt werden müssen. Darüber hinaus ist unabhängig von der Feldposition der Restaurantbesuch ein gängiges Element der Freizeitgestaltung sowie der sozialen Teilhabe. Steht lediglich geringes ökonomisches Kapital zur Verfügung, ist der Besuch eines Fast Food Restaurants häufig die günstigste Alternative (Schorb 2008, S. 119–120).

Die Thermogenese ist in der Energiebilanz das Gegenstück zur Energiezufuhr durch Kalorienaufnahme. Sie benennt den Kalorienverbrauch bei körperlicher Aktivität und tritt in drei verschiedenen Formen auf: Grundumsatz, diätinduziert und aktivitätsinduziert. Über den Lebenslauf betrachtet, ist die aktivitätsinduzierte Thermogenese der größten Veränderung unterworfen, denn sie verhält sich umgekehrt proportional zum Lebensalter. Der Effekt wird jedoch durch Übergewicht beziehungsweise Adipositas verstärkt (Platte et al. 2014, S. 184). Dementsprechend gibt es eine Vielzahl an Belegen, dass sich körperliche Aktivität auf das Risiko für Übergewicht und Adipositas auswirkt. Allerdings können häufig keine direkten Zusammenhänge zwischen dem Bewegungsverhalten und dem BMI-SDS ermittelt werden. Dies könnte zum Teil durch die Schwächen des BMI, der keine Unterscheidung zwischen Muskelmasse und Fett ermöglicht, begründet sein. Da Muskeln eine höhere Dichte haben als Fett, können sehr sportliche Menschen einen höheren BMI aufweisen als Menschen, die sich nur wenig



bewegen. Es ist anzumerken, dass auch hier ein bidirektionaler Zusammenhang möglich ist. Menschen mit hohem Gewicht sind in den Möglichkeiten der Bewegungsausübung beschränkt und eine geringe sportliche Betätigung bedeutet einen niedrigen Energieverbrauch und kann somit die Entstehung von Übergewicht begünstigen (Müller et al. 2011, S. 102). Dennoch gibt es Belege dafür, dass dünne Menschen mit zu wenig Bewegung ein höheres Sterberisiko haben als Menschen mit Adipositas, die sich ausreichend bewegen (Jutel 2005, S. 114). Zudem scheint die körperliche Aktivität der Mutter in der Schwangerschaft Auswirkungen auf das spätere Adipositasrisiko des Kindes zu haben (Wabitsch und Moß 2019, S. 63). Das Bewegungsverhalten also die physische Aktivität wird im Kindes- und Jugendalter durch Freunde stärker beeinflusst als durch andere Personengruppen (Salvy und Bowker 2014, S. 10). Positive bewegungsbezogene Erlebnisse mit Gleichaltrigen und Freunden führen zu erhöhter sportlicher Aktivität, während negative Erlebnisse sowie soziale Ausgrenzung und gewichtsbezogene Diskriminierung diese verringern. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass gemeinsame positive Erfahrungen den Spaß an Sport und Bewegung im Allgemeinen erhöhen und demgegenüber negative Erfahrungen zu Vermeidung führen. Im Gegensatz zum Einfluss anderer Personen auf das Essverhalten, das bei unterschiedlichen Ernährungsweisen meist dazu führt, dass dem gesünderen Verhalten der Vorzug gegeben wird, nimmt beim Bewegungsverhalten in der Regel die aktivere Person das weniger aktive Bewegungsmuster an (Salvy und Bowker 2014, S. 18–19). Langfristig können allerdings keine Bezüge zwischen der Entwicklung des Bewegungsverhaltens und des BMI festgestellt werden (Simpkins et al. 2013, S. 10).

Die sportliche Aktivität unterscheidet sich je nach SES. Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit niedrigem Status treiben häufig weniger Sport als die Vergleichsgruppe. Dies könnte unter anderem darin begründet sein, dass Mitgliedschaften in Sportvereinen, Nutzung von Sportanlagen und Anschaffung von Sportbekleidung mit teils hohen Kosten verbunden sind (RKI 2020g, S. 1). Während die Preise für Vereinsmitgliedschaften inklusive der Aufnahmegebühren in den letzten Jahren weitestgehend stabil geblieben sind, sind die Preise für Eintritte ins Schwimmbad, Sportgeräte und -bekleidung deutlich gestiegen, was einkommensschwache Haushalte benachteiligt (RKI 2020g, S. 2). Studien zeigen, dass sich jüngere (11-13 Jahre) Menschen mit Adipositas und diejenigen mit höherer Bildung (Gymnasium) vergleichsweise mehr bewegen (Wulff und Wagner 2016, 2018a, S. 309). Hierbei wurde analog zu den Ergebnissen des RKI ermittelt, dass sich Jugendliche mit Adipositas am häufigsten gemeinsam mit ihren Freunden bewegen (64,7 %). Jungen und jüngere Personen übten häufiger sportliche Aktivitäten in Vereinen aus. Demgegenüber sind Hauptschüler:innen und Kinder von arbeitslosen Eltern seltener in Sportvereinen organisiert. Wer körperliche Aktivität im Rahmen von Sportvereinen ausübt, ist durchschnittlich aktiver als Personen aus der Vergleichsgruppe (Wulff und Wagner 2018b, S. 306–307). Sport zu machen kann für

junge Frauen mit Adipositas eine stärkere Herausforderung sein als für normalgewichtige. Neben der größeren physischen Anstrengung, die notwendig ist, um einen schwereren Körper zu bewegen, kommen psychische Hürden wie Schamgefühl, negatives Körperbild und Selbstwert hinzu (Liné et al. 2016, S. 327–328). Es ist denkbar, dass diese Hürden der Grund dafür sind, dass sowohl bei der allgemeinen körperlichen Aktivität als auch bei der Teilnahme an Veranstaltungen von Sportvereinen Mädchen weniger aktiv sind als Jungen (Wulff und Wagner 2018a, S. 310).

Als letztes Element des Gesundheitshabitus wird das Bildschirmmediennutzungsverhalten den Kontext von Übergewicht und Adipositas gebracht. Um die Relation zwischen Bildschirmmedien- beziehungsweise Internetnutzung und der Entstehung von Übergewicht sowie Adipositas bei Jugendlichen darzustellen, ist zunächst ein kurzer Überblick über deren Verbreitung notwendig. 2018 verfügten nahezu alle Haushalte, in denen Jugendliche mit Adipositas leben, über einen Fernseher. Etwas mehr als Dreiviertel dieser Jugendlichen haben einen eigenen Fernseher. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich bei PCs, wenn auch der Anteil jeweils etwas kleiner ausfällt, und bei Smartphones, wobei hier der Anteil der eigenen Geräte mit rund 90 % etwas höher liegt. Spielekonsolen sind ebenfalls in fast allen (80 %) der Haushalte vorhanden. MP3-Player und Tablets waren zum Zeitpunkt der Studie seltener. (Wulff und Wagner 2018a, S. 313). Die durchschnittliche Mediennutzungszeit liegt in der Personengruppe der Jugendlichen bei 7,5 Stunden pro Tag. Dabei ist allerdings zu beachten, dass mehrere Medien gleichzeitig genutzt werden können. Die längste Nutzungsdauer fällt auf Mobiltelefone mit und ohne Internetzugang mit 2,22 Stunden am Tag (Wulff und Wagner 2018a, S. 313). Das Nutzungsverhalten Jugendlicher mit Adipositas unterscheidet sich nur in wenigen Punkten von dem der jugendlichen Allgemeinbevölkerung, lediglich Spiele werden häufiger genutzt (Wulff und Wagner 2018b, S. 310). Die Differenzen bei Konsum, Verfügbarkeit und Nutzungsverhalten waren 2016 noch deutlich größer (Wulff und Wagner 2016, S. 290, 2016, S. 289–290). Insbesondere in älteren Studien wird das Mediennutzungsverhalten bei Familien mit niedrigem ökonomischen Kapital häufig wertend dargestellt (vgl. bspw. Zwick 2011, S. 82). Obwohl Zusammenhänge zwischen Mediennutzungsverhalten und Adipositas sowie Übergewicht abbildbar sind, sollte berücksichtigt werden, dass Nutzung und Verfügbarkeit auch strukturelle Ursachen haben können. Zum einen kann Technik als etwas empfunden werden, das man sich gönnt, zum anderen stellt es eine günstige Freizeitaktivität dar, die teurere Formen wie Urlaube ersetzt. Überwiegend dort, wo beide Eltern arbeiten müssen, um den Lebensunterhalt zu sichern, können Bildschirmmedien dazu dienen, die Kinder, die sich allein zuhause befinden, zu beschäftigen, wenn entweder aufgrund fehlender finanzieller Mittel oder strukturell bedingt keine Kinderbetreuung zur Verfügung steht. Schließlich fallen für Endgeräte häufig lediglich die Anschaffungskosten an, während beispielsweise Mitgliedschaften in Sportvereinen laufende Kosten mit langen Kündigungsfristen

verursachen. Werden Medien im Rahmen des umweltbezogenen Paradigmas in Zusammenhang mit der Energiebilanz-Theorie gebracht, wird argumentiert, dass Technologisierung die alltäglichen körperlichen Ansprüche reduziert und demgegenüber die psychosozialen Anforderungen steigen (Kreisky 2008, S. 152). Der Fernsehkonsum ist insofern ein gutes Beispiel für gesellschaftliche Einflussfaktoren auf die Entstehung von Adipositas, da Werbung das Kauf- und Konsumverhalten hin zu hochkalorischen Produkten, die signifikant häufiger beworben werden, beeinflusst (Platte et al. 2014, S. 185). Auch aus Perspektive des medizinischen Paradigmas kann die Zeit, die Kinder und Jugendliche vor Bildschirmen verbringen, die Entstehung von Übergewicht und Adipositas begünstigen. Als Ursachen für den Zusammenhang werden der damit einhergehende Verzehr und der Einfluss von Werbung auf den Konsum energiereicher Lebensmittel, der Zeitfaktor sowie die Bewegungsarmut dieser Tätigkeit benannt (RKI 2020e, S. 1). Ein Zusammenhang zwischen Bildschirmmedienkonsum und mangelnder Bewegung, kann empirisch allerdings nicht bestätigt werden, der Konsum von Nahrungsmitteln mit hoher Energiedichte hingegen schon (Müller et al. 2011, S. 101). Während eine Position die Korrelation zwischen Mediennutzung und Adipositasrisiko auf Snacking und mangelnde Bewegung zurückführt, die allerdings nicht empirisch nachweisbar ist (Wulff und Wagner 2018b, S. 310; Müller et al. 2011, S. 101; Russell und Buhrau 2015, S. 203), stellen andere wissenschaftliche Akteure psychologische Ursachen in den Vordergrund. Sie postulieren, die in den Medien vermittelten vollkommenen Verkörperungen des Menschen stünden in Zusammenhang mit der Entstehung von pathologischem Essverhalten und negativer Selbsteinschätzung des eigenen Körpers (Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 38).

Bei Personen mit gestörtem Essverhalten kann zudem beobachtet werden, dass diese in sozialen Medien häufig mit Gleichgesinnten zusammentreffen und sich intensiver mit Ernährung und physischer Gestalt beschäftigen (Wunderer et al. 2020, S. 90–91). So wie die Inhalte sozialer Medien eine Negativspirale auslösen können, in der unaufhörlich einem nicht erreichbaren Schönheitsideal nachgeeifert wird, können sie im umgekehrten Fall unterstützen, ein positives Körperbild zu entwickeln, indem auf die Vielfalt menschlicher Körper hingewiesen und vermittelt wird, dass sich der Wert eines Menschen nicht am gegenwärtigen Geschmack bemisst (Wunderer et al. 2020, S. 95). Idealvorstellungen und Leitbilder werden durch soziale Medien stärker als durch das Fernsehen oder Zeitschriften geprägt. Dies liegt in der Tatsache begründet, dass sie zum einen immer verfügbar und zum anderen interaktiv sind (Wunderer et al. 2022, S. 86). Soziale Medien spielen heutzutage im Sozialisationsprozess von Kindern eine wesentliche Rolle. Je höher der Medienkonsum ist, desto bedeutsamer ist ihr Einfluss auf die Vorstellungen des Kindes (Baumgartner-Hirscher und Zumbach 2019, S. 40). Wie schon im vorangegangenen Jahrzehnt bei Facebook, lassen sich auch heutzutage negative Einflüsse sozialer Medien nachweisen. Allen voran birgt Instagram mit seinem starken

Fokus auf grafische Darstellungen und Informationsvermittlung ein Risiko für die Entwicklung unerreichbarer Körperideale (Wunderer et al. 2020, S. 90). Dementsprechend ist es nicht überraschend, dass die Korrelationen zwischen Mediennutzung und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper auch empirisch belegt werden kann und in einigen Fällen Zusammenhänge mit Essstörungen nachgewiesen werden konnten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass nicht von einer Monokausalität auszugehen ist. Dennoch berichten Betroffene, dass die medialen Inhalte ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten geprägt haben (Wunderer et al. 2022, S. 86). Soziale Onlinenetzwerke scheinen in dieser Hinsicht analog zum Einfluss sozialer Gruppen im Allgemeinen zu funktionieren, somit kann die gegenseitige Beeinflussung hinsichtlich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie die Homophilie auch bei Online-Netzwerken festgestellt werden (Leroux et al. 2013, S. 2).

#### 4 ZWISCHENFAZIT: ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS IM SPIEGEL DER GESUNDHEIT

Zur Beantwortung der forschungsleitenden Frage, wie die soziale Position relevanter Akteure – und speziell ihre Einordnung im Feld der Gesundheit – ihre Wahrnehmung von juvenilem Übergewicht und juveniler Adipositas im Kontext von Gesundheit und Krankheit beeinflusst, wurden die Phänomene Übergewicht und Adipositas aus soziologischer Perspektive eingeordnet. Bourdieus Feldtheorie ermöglicht die Beschreibung und Interpretation der Positionen und Darstellungen der Akteure in Abhängigkeit von der Kapitalverteilung im Feld. Dabei wurde deutlich, dass soziale Position und soziales Gefüge einen wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmung und Krankheitslast von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen haben. Die Deutungshoheit bezüglich Krankheit und Gesundheit liegt bei Akteuren in hohen Feldpositionen, die zudem die Grundsätze der gesundheitlichen Versorgung aushandeln und deren Zielvorgaben definieren.

Adipositas und Übergewicht müssen als soziokulturelle Konstruktionen verstanden werden, deren Bedeutung im Kontext von Gesundheit und Krankheit ebenfalls kulturell geprägt ist. Krankheit als somatische Instanz steht dabei in einem reziproken Verhältnis zum Körperbild. Was als kranker oder gesunder Körper wahrgenommen wird, ist Element des kulturellen Kapitals. Dabei spielt der Habitus als Sonderform des kulturellen Kapitals eine entscheidende Rolle, denn er stellt eine eigen- und fremdreferenzielle Manifestation des Selbst dar. Dementsprechend stehen im Vordergrund der individuellen Gesundheitsförderung und -vorsorge häufig nicht der tatsächliche Erhalt der Gesundheit, sondern das Streben nach einem kulturell geprägten Körperkapital, das wahrgenommen wird als etwas, das durch die Disziplinierung des Körpers mittels Willenskraft erwirkt werden kann. In der Konsequenz leitet sich aus dieser Vorstellung das Bild der unmotivierten willensschwachen Dicken ab, die an der Disziplinierung scheitern. Hier können sowohl geschlechts- als auch kapital spezifische Diskrepanzen ermittelt werden. Bourdieu stellt heraus, dass das männliche Geschlecht aufgrund seines größeren Einflusses als Norm gelesen wird. Der weibliche Körper bildet dabei nur ein Pendant zum männlichen, wird somit über diesen Kontrast definiert und stärker objektiviert. Die Konsequenz dieser Wahrnehmung ist, dass Frauenkörper stärker reglementiert sind, was für Frauen bedeutet, dass deren Körperkapital schwerer zu erwerben und zu erhalten ist. Zudem ist ihr Kohärenzgefühl häufig reduziert, da sie stärker von ihrer Außenwirkung abhängig sind. Männliche Körper sowie die Körper sozialer Gruppen in niedrigen Feldpositionen werden hingegen als Werkzeuge wahrgenommen, Funktionalität und Belastbarkeit stehen im Vordergrund ihres Körperkapitals. Beide Eigenschaften werden als erwerbbar gerahmt und spiegeln sich im Gesundheitshabitus wider. Schönheit wurde als eine Sonderform des Körperkapitals beschrieben, denn obwohl sie an den Körper gekoppelt ist, stellt sie eine eigene Qualität dar. Sie wird

historisch als sichtbares Merkmal von Charakter und seit dem 19. Jahrhundert auch der Gesundheit rezipiert. Übergewicht und Adipositas als deviante Körperformen stehen somit im Kontext von Krankheit. Diese Sichtweise ist für Adipositas bereits seit der Antike belegt, ob dem Übergewicht derselbe Stellenwert zukommt, ist jedoch fraglich. Die Unterscheidung zwischen Übergewicht und Adipositas kann erst ab dem späten 19. Jahrhundert nachgewiesen werden, als die Messung und insbesondere die empirische Darstellung und Auswertung von medizinischen Größen an Relevanz gewinnt. In neuerer Zeit ist die Pathologisierung von Übergewicht als Vorstufe von Adipositas hingegen üblich. Analog zum idealisierten Körper ist auch die Definition von Schönheit abhängig von der sozialen Gruppe beispielsweise dem Geschlecht oder der Position im Feld. Sowohl männliche Silhouetten als auch Körper von Personen in niedrigeren Feldpositionen unterliegen weniger strengen Schlankheitsnormen. Die kulturelle Prägung ermöglicht folglich die emische wie etische Abgrenzung sozialer Gruppen anhand optischer Kriterien. Für Adoleszente, die bezüglich ihrer Rolle noch in der Entwicklung stehen, geht die kulturelle Prägung mit einer Erwartungshaltung an sich selbst und den eigenen Körper einher, die Druck erzeugen kann.

Es wurde darüber hinaus gezeigt, dass Körperkapital durch die neoliberale Aufwertung und kapitalistische Betrachtung des Körpers an Bedeutung gewinnt. Es entsteht der Eindruck, dass Körperkapital mit harter Arbeit und Disziplin erworben werden kann, obwohl dies unter Betrachtung der Aspekte sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nicht für alle Menschen gleichermaßen möglich ist. Für diejenigen, die trotz ihrer Bemühungen nicht die gewünschten Erfolge erzielen, beeinträchtigt diese Erfahrung die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden. Auch Menschen mit Übergewicht und Adipositas fehlt es an Körperkapital und somit an Kapital, das transformiert und akkumuliert werden kann. Es ist anzunehmen, dass diese Einschränkung Personen mit Adipositas besonders trifft, da diese Erkrankung nicht nur gesellschaftlich stigmatisiert ist, sondern auch als selbstverschuldet wahrgenommen wird. Die bei Adipositas nachweisbare Folge des neoliberalen Krankheitsverständnisses ist die Verlagerung der Krankheitsbewältigung in den privaten Bereich. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung sind dies auch die informellen Institutionen wie das Familiensystem, Freunde oder das Internet. Ihnen kommt eine zentrale Bedeutung für die Gesundheitsversorgung zu, denn sie gleichen die Defizite der formellen Versorgung aus.

Der beobachtbare Paradigmenwechsel in der Adipositastherapie verdeutlicht allerdings, dass die neoliberale Gesundheitsvorstellungen im Wandel begriffen sind. Denn es wird neuerdings ein Ansatz verfolgt, der stärker auf den Umgang mit der Erkrankung als auf die Heilung durch Gewichtsreduktion fokussiert. Ähnliche Entwicklungen sind im Bereich Public Health zu beobachten, wenn über die Umsetzung von Maßnahmen wie der Erweiterung von Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum oder der Zuckersteuer diskutiert wird, und somit Prävention und die Verantwortung für die Pathogenese aus

dem Privaten in die Öffentlichkeit verlagert werden. Bislang werden diese Maßnahmen jedoch lediglich diskutiert und nur in Einzelfällen oder als Modellprojekte umgesetzt.

Für das Feld der Gesundheit wurde neben dem Körperkapital spezifisches Kapital beschrieben, das in drei Formen – Gesundheitskapital, Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug und Gesundheitshabitus – existiert. Hierbei wirkt sich die Feldposition in zweierlei Hinsicht aus: zum einen ist der Einfluss genetischer Prädispositionen für Erkrankungen eingeschränkt, zum anderen verringern sich die Konsequenzen für die Betroffenen. Der Einfluss genetischer Prädispositionen ist mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht empirisch abbildbar, die Schwere der Folgen für die Betroffenen hingegen schon. Zu erwarten sind beispielsweise schlechtere Werte für psychisches Wohlbefinden, gesundheitsbezogene Lebensqualität, schulische Leistungen oder soziale Unterstützung bei Personen mit geringem ökonomischem und kulturellem Kapital. Sowohl das eigene als auch das elterliche kulturelle und ökonomische Kapital wirken sich zudem auf den Gesundheitshabitus und somit auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten aus. Gemäß Bourdieus Forschung unterscheidet sich dabei nicht nur das Verhalten von Personen mit hohem oder geringem Kapital im Allgemeinen, sondern auch von denjenigen mit hohem ökonomischem Kapital von denen mit hohem kulturellem Kapital.

Gelegentlich wird die Nutzung von Bildschirmmedien ebenfalls in Zusammenhang mit Gesundheit gebracht. Im Wirkungszeitraum von Bourdieu spielten diese noch eine untergeordnete Rolle. Heutzutage sind sie unter Jugendlichen so weit verbreitet und werden so intensiv genutzt, dass keine bedeutsamen Unterschiede im Zusammenhang mit der Feldposition und somit kein Einfluss auf die Adipositasgenese zu erwarten sind.

Die ausführliche Beschreibung des Feldes der Gesundheit war notwendig, um im folgenden Kapitel eine umfassende Sekundäranalyse vollziehen zu können. Denn die Feldtheorie zeigt, dass die Daten selbst sowie deren Interpretation und die von den Forschenden ausgesprochenen Handlungsempfehlungen jeweils von der Provenienz der forschenden Akteure abhängig sind. Somit kann durch die Inklusion der Positionen der Akteure eine multiperspektivische Darstellung des Interpretationsspektrums ermöglicht und eine kontextuelle Einordnung von Studiendesigns und Datensätzen vollzogen werden. Die genannten Überlegungen, Analysen und Erkenntnisse bezüglich Adipositas und Übergewicht bei Jugendlichen in Zusammenhang mit den Konzepten Bourdieus ermöglichen einen neuen Blick auf bereits existierende Daten. Im folgenden Kapitel 5 dienen sie dazu Hypothesen abzuleiten, zu operationalisieren und zu prüfen.

## 5 SEKUNDÄRANALYSE ANHAND DER DATENSÄTZE DER STUDIEN HBSC UND KIGGS

Sekundäranalysen als Analysen von Daten, die ursprünglich für eine andere Fragestellung erhoben wurden, sind mit gewissen Schwierigkeiten verbunden. Statt die Fragestellungen auf empirisch messbare Variablen und Items zu reduzieren, müssen hierbei die in den ausgewählten Datensätzen vorhandenen Variablen und Items anhand der betreffenden Fragestellung selektiert werden. Hierdurch verkehrt sich das Prinzip der Operationalisierung in gewisser Weise. Der entstehenden Unschärfe kann ausschließlich mit einer umfassenden Beschreibung des Auswahlverfahrens und der Hypothesengenerierung begegnet werden. Dementsprechend beginnt die vorliegende Sekundäranalyse mit der Ableitung der zu testenden Hypothesen aus den Ausführungen der vorangegangenen Kapitel (Kapitel 5.1). Im Anschluss werden die in den Hypothesen verwendeten Begriffe anhand der Variablen der Datensätze bestimmt (Kapitel 5.2). Erst dann kann mit der statistischen Analyse begonnen werden. In der Reihenfolge der Darstellung in Kapitel 3 ist zunächst die symbolische Ordnung des Feldes der Gesundheit zu nennen. Sie manifestiert sich in Bezug auf Übergewicht und Adipositas in geschlechts- und positionsspezifischen Differenzen. Insbesondere variiert die Wahrnehmung von Normalität und Norm, was sich im Körperselbstbild niederschlägt (Kapitel 5.1.1 und 5.3.1). Aus den Schlussfolgerungen der Feldanalyse in den vorangegangenen Kapiteln wird deutlich, dass Übergewicht und Adipositas zudem auf verschiedenen Ebenen mit Stigmatisierung und Stigmatisierungserfahrungen einhergehen. Dabei ist die Richtung des Einflusses abhängig vom Grad der Objektivität des Stigmas. Es ist zu erwarten, dass der altersadjustierte BMI die Mobbing Erfahrung und den Grad an sozialer Unterstützung beeinflusst, die ein Individuum erfährt. Aus der fehlenden sozialen Unterstützung und Mobbing Erfahrungen ergeben sich negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Menschen mit Übergewicht und Adipositas. Schließlich wird das Selbstbild von diesen Erfahrungen geprägt. Je mehr Faktoren dabei kumulieren, desto weniger Einfluss hat folglich die messbare Gewichtskategorie auf das Körperbild (Kapitel 5.1.2 und 5.3.2). Es konnte außerdem gezeigt werden, dass sich die institutionalisierte Versorgung von Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas im Laufe der Zeit verändert. Dies ist auf einen Therapieparadigmenwechsel zurückzuführen, in dem sich ein Wandel gesellschaftlicher Werte und Ansichten formiert, die die Therapie von Adipositas stärker im sozialen Kontext statt auf individueller Ebene betrachten. Dabei sind informelle Institutionen der Gesundheitsversorgung weiterhin relevant (Kapitel 5.1.3 und 5.3.3). Die Perspektiven der Akteure können lediglich indirekt in die Sekundäranalyse einfließen. Bei der Betrachtung der Ursachen und Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas lassen sich mehrere Argumentationslinien verfolgen, die die Verortung der Akteure im Feld widerspiegeln. Die fünf in Kapitel 3.3.1 dargestellten Paradigmen medizinisch, soziokulturell, evolutionär,



umweltbezogen und psychologisch-verhaltensbezogen identifizieren unterschiedliche Ursachen für die Entstehung von Adipositas und Übergewicht. Das soziokulturelle Paradigma, dem die meisten sozialwissenschaftlichen Abhandlungen inklusive Bourdieus Thesen zugeordnet werden können, weist hierbei auf die Bedeutung der Nähe von Schönheit und Gesundheit und die soziokulturellen Implikationen von Übergewicht und Adipositas hin, die als wesentlicher Teil der symbolischen Ordnung des Feldes der Gesundheitsversorgung betrachtet werden können. Die Studien des RKI – als Akteur in der Schnittmenge der Felder Gesundheit und Politik – sind hingegen eher dem medizinischen Paradigma zuzuordnen, das sich auf die Pathogenese und Handlungsempfehlungen für Prävention und Therapie fokussiert, denn diese Sicht ist anschlussfähig an die Anforderungen des politischen Feldes. Im Studien- und Fragebogendesign von KiGGS und HBSC spiegelt sich dieser Ansatz wider, denn sie ermöglichen die Ermittlung der Energiebilanz, indem sowohl körperliche Aktivität als auch Nahrungsmittelaufnahme erhoben werden. Als zentrale Elemente des medizinischen Paradigmas wurden in Kapitel 1.4 Themen als spezifisch oder relevant definiert. Die nachfolgende Abbildung 12 zeigt die Auswahl an Themen, die anhand der vorliegenden Datensätze operationalisiert werden können. Von den ursprünglich zwölf relevanten Themen verbleiben neun und von den 13 spezifischen fünf, die in die Datenanalyse einfließen können.

Thema	HBSC	KiGGS	AdiMon	AdiMon
Körperbild, Diätverhalten			relevant	
Körper-, Geburtsgewicht			relevant	
Adipositas				spezifisch
Einflussfaktor Eltern				spezifisch
Gemüsekonsum			relevant	
Obstkonsum			relevant	
Konsum Softdrinks			relevant	
Fast Food, Süßwaren				spezifisch
Sportliche Aktivität			relevant	
Körperliche Aktivität			relevant	
Körperliche Leistungsfähigkeit				spezifisch
Fernsehkonsument			relevant	
Nutzung Computer und Spielkonsole			relevant	
Verfügbarkeit von Bildschirmmedien				spezifisch

Abbildung 12: Auswahl Themen der Studien HBSC, KiGGS und AdiMon

Ursachen und Folgen, die anderen Paradigmen zugeordnet werden können, sind anhand der vorliegenden Daten schwerer zu erfassen. Sie können lediglich indirekt über die drei Formen des Kapitals im Feld der Gesundheit abgebildet werden. Diese sind insbesondere für das Verständnis der Krankheitslast von Übergewicht und Adipositas entscheidend. Der Einfluss von Gesundheitskapital als dasjenige Kapital, das die Auswirkungen einer Erkrankung prägt, zeigt sich in der Lebensqualität und Zufriedenheit erkrankter Personen. So ist zu erwarten, dass Jugendliche, denen viel Gesundheitskapital zur Verfügung steht, trotz Übergewicht oder Adipositas zufriedener sind und sich weniger gesundheitlich eingeschränkt fühlen als diejenigen mit weniger Gesundheitskapital (Kapitel 5.1.4 und 5.3.4). Es wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit sehr deutlich, dass jede einzelne der von Bourdieu selbst konzipierten Kapitalsorten Gesundheitsbezug und somit positiven wie negativen Einfluss auf Genese und Prävalenz von Übergewicht und Adipositas haben kann. Der Schwerpunkt der bisherigen wissenschaftlichen Betrachtungen liegt dabei auf ökonomischem und kulturellem Kapital. Weniger beachtet wurden bislang die Zusammenhänge mit sozialem und symbolischem Kapital (Kapitel 5.1.5 und 5.3.5). Schließlich ist der Gesundheitshabitus ein Faktor, der im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas betrachtet werden muss. Hier wird erneut die Relevanz der Gruppenzugehörigkeit deutlich, da der Habitus abhängig von Geschlecht und sozialer Position ist. Die von Übergewicht und Adipositas betroffenen Personen können darüber hinaus eine eigene soziale Gruppe mit gruppenspezifischem Habitus bilden (Kapitel 5.1.6 und 5.3.6).

Durch das gewählte Vorgehen werden die Richtungen der Zusammenhänge bereits bei der Hypothesengenerierung festgelegt und können somit durch die Testverfahren überprüft werden. Dies reduziert den spekulativen Charakter der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse und erhöht die Tiefe des Verständnisses für die untersuchten Phänomene. Die Datenanalyse erfolgt mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren.

## 5.1 Operationalisierung der Hypothesen anhand der Datensätze der Studien HBSC und KiGGS

Die Operationalisierung der einleitend bereits kursorisch dargestellten Annahmen stellt den Kern des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit dar. Nicht alle Fragestellungen, die sich aus den Rückschlüssen bezüglich des Einflusses sozialer Position und sozialem Gefüge auf die Wahrnehmung von juvenilem Übergewicht und juveniler Adipositas ergeben, können mittels der Datensätze der Studien KiGGS und HBSC beantwortet werden. Daher werden im Folgenden, die sich ergebenden übergeordneten Fragestellungen erläutert und für jeden Themenbereich in statistisch überprüfbare Teilhypothesen untergliedert. Für eine übersichtliche und prägnante Darstellung der Ergebnisse werden in der Regel die Variablennamen und nicht die wesentlich längeren Variablenlabel der Datensätze genannt. Da die Variablennamen nicht immer selbsterklärend sind, wurden die Codepläne der beiden Studien, die Variablenname, -label und konkrete Fragestellung und Antwortmöglichkeiten der Fragebögen enthalten, in den Anhang integriert (Anhang 4). Zudem wurden tabellarische Übersichten der für die Operationalisierung gewählten und zum Teil angepassten Variablen (Anhang 5) und aller Teilhypothesen (Anhang 6) erstellt.

Aus den Ergebnissen der Feldanalyse konnten sechs übergeordnete Themenbereiche ermittelt werden, zu denen auf Basis der vorliegenden Daten Aussagen zu juvenilem Übergewicht und juveniler Adipositas im Feld der Gesundheit möglich sind. Als wesentliche Bestandteile der symbolischen Ordnung des Feldes wurden die soziale Konstruktion von Gesundheit sowie der Umgang mit Betroffenen identifiziert. Somit widmen sich die ersten beiden Kapitel „Konstruktion von Gesundheit“ (Kapitel 5.1.1) und „Stigmatisierung“ (Kapitel 5.1.1) den dazugehörigen Hypothesenkomplexen. Aus dem Bereich der Grenzen des Feldes der Gesundheit wurde neben der Wirkung symbolischer Ordnung auch die Wirkung informeller institutionalisierter Gesundheitsversorgung (Kapitel 5.1.3) zur näheren Betrachtung ausgewählt. Schließlich werden in den Kapiteln 5.1.4 bis 5.1.6 Hypothesen zu den Formen des Kapitals im Feld der Gesundheit aufgestellt.

### 5.1.1 Wirkung der Konstruktion von Gesundheit auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen

Die Wirkungen der symbolischen Ordnung des Feldes der Gesundheitsversorgung wurden in den Kapiteln 2.1.2 im Allgemeinen und 3.1.1 mit Bezug auf Übergewicht und Adipositas erläutert. Die symbolische Ordnung umfasst die Regeln und Normen, die in einem Feld gelten und die sich in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeiten unterscheiden können. Im Falle des hier betrachteten Feldes wurde besonders die Bedeutung der soziokulturellen, gruppen- und feldspezifischen Konstruktion von Gesundheit und

Krankheit sowie Körpern und Schönheitsidealen herausgestellt. Im Hinblick auf Erwartungen und Normen bezüglich Übergewichts und Adipositas sind die Distinktionsmerkmale Geschlecht und Position im Feld herauszustellen, ihnen wurde in der Darstellung der sozialen Ordnung besonders viel Raum gegeben. In den untersuchten Datensätzen können diese komplexen Relationen lediglich rudimentär operationalisiert werden. Um die Unterschiede in der Wahrnehmung der Silhouette herausarbeiten zu können, wurde die Differenz zwischen dem BMI als Messgröße und des Körper selbstbildes als subjektive Normalitätswahrnehmung zurückgegriffen. Es ist zu erwarten, dass sich gruppenspezifische Wahrnehmungsmuster in der Größe dieser Differenz widerspiegeln. Gemäß den Ausführungen zu sozialer Ordnung ist anzunehmen, dass sich weibliche Jugendliche tendenziell zu dick und Personen mit geringem Kapital tendenziell zu dünn einschätzen. Basierend auf diesen Annahmen können vier Teilhypothesen (G1 bis G4)<sup>36</sup> formuliert werden. Die geschlechtsspezifischen Wahrnehmungsunterschiede führen zu einem Gruppenunterschied der Geschlechter bezüglich des Körper selbstbildes und der Differenz zwischen Körper selbstbild und BMI (G1). Zudem beeinflussen kulturelles Kapital, ökonomisches Kapital, soziales Kapital und symbolisches Kapital gemeinsam die Differenz zwischen BMI und Körper selbstbild (G2). Diese Hypothese wird spezifiziert durch die Annahmen, dass jeweils positive Zusammenhänge zwischen kulturellem Kapital (G3) sowie ökonomischem Kapital (G4) und der Differenz zwischen BMI und Körper selbstbild bestehen.

### 5.1.2 Wirkung von Stigmatisierung auf Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas

Wie in Kapitel 2.1.2.3 ausführlich dargestellt wurde, sind Menschen mit Übergewicht und Adipositas von Stigmatisierung betroffen. Stigmatisierung umfasst die klischeehafte Wahrnehmung von bestimmten Merkmalen durch Akteure und deren negative Reaktion darauf. Stigmatisierte Personen antizipieren in der Regel die zugeschriebenen Eigenschaften als Teil ihrer Selbstwahrnehmung. Insgesamt wirkt sich Stigmatisierung auf die Position im Feld aus und stigmatisierte Personen sind gesellschaftlich weniger akzeptiert. Zusammenfassend können hieraus statistische Zusammenhänge von Übergewicht und Adipositas sowie der Selbstwahrnehmung der Betroffenen und Stigmatisierungserfahrungen abgeleitet werden. In den vorliegenden Datensätzen werden Übergewicht und Adipositas mittels des BMI abgebildet, während das sogenannte Körper selbstbild die Selbstwahrnehmung der Betroffenen darstellt. Komplexer gestaltet sich die Ableitung von Stigmatisierungserfahrungen, die lediglich indirekt abgefragt werden. Als geeignet für die Darstellung erscheinen Mobbing Erfahrung und fehlende soziale Unterstützung. Zudem können die Folgen von Stigmatisierung erfasst werden,

---

<sup>36</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

indem auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und emotionale oder psychologische Einschränkungen eingegangen wird. Hieraus ergeben sich sieben Teilhypothesen (S1 bis S7)<sup>37</sup>. Die Hypothesen S1 bis S4 beleuchten zunächst die Unterschiede zwischen Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas und denjenigen ohne dieses Merkmal. Es wird angenommen, dass Mobbingenerfahrung bei Jugendlichen mit hohem BMI häufiger auftritt als bei Jugendlichen mit normalem bis niedrigem BMI (S1), darüber hinaus erfahren sie weniger soziale Unterstützung als die Vergleichsgruppe (S2). Bezüglich der Folgen von Stigmatisierung ist anzunehmen, dass Jugendliche mit hohem BMI eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität (S3) und stärkere emotionale oder psychologische Einschränkungen als normal- beziehungsweise untergewichtige Jugendliche haben (S4). Die Einflüsse des Körperelbstbildes werden in den Hypothesen S5 bis S7 formuliert. Hierbei wird vermutet, dass das über den BMI abgebildete Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht lediglich ein Nebenprodukt des Zusammenhangs zwischen Stigmatisierungserfahrung und Körperelbstbild ist. Diese Form des Einflusses wird statistisch als Mediation bezeichnet (Baron und Kenny 1986) und in Abbildung 13 illustriert.

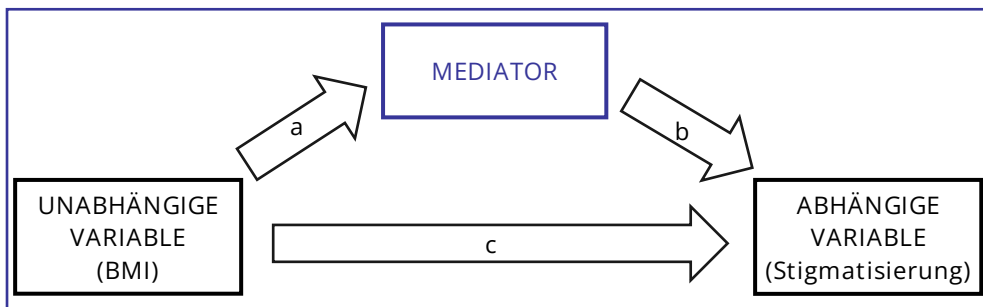


Abbildung 13: Statistische Mediation (eigene Darstellung nach Baron und Kenny 1986, S. 1176)

Die statistische Korrelation  $c$  zwischen unabhängiger und abhängiger Variable wird dabei teilweise oder vollständig durch die Korrelationen  $a$  und  $b$  erklärt. In Bezug auf den dargestellten Kontext ergibt sich die Annahme, dass das Körperelbstbild als Mediator für den statistischen Zusammenhang zwischen BMI und Mobbingenerfahrung (S5), gesundheitsbezogener Lebensqualität (S6) und emotionale oder psychologische Einschränkungen (S7) fungiert.

### 5.1.3 Wirkung informeller institutionalisierter Versorgung auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen

Prävention als formelle Form der institutionalisierten Versorgung von Adipositas kann anhand der vorliegenden Datensätze nicht analysiert werden, da weder die Teilnahme

<sup>37</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

an primär- noch sekundär- oder tertiärpräventiven Maßnahmen Teil der Erhebungen der untersuchten Datensätze waren. In Kapitel 2.1.5 wurden verschiedene Elemente der informellen Gesundheitsversorgung, unter anderem die familiäre Krankenversorgung und das Internet, benannt. Für diese Versorgungsformen können innerhalb der Variablenlisten Items identifiziert werden, die eine angemessene Annäherung ermöglichen. Erwartet werden durch die informelle Versorgung für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas positive Effekte in Zusammenhang mit verschiedenen physischen und psychischen Gesundheitsaspekten (Teilhypothesen V1 bis V5)<sup>38</sup>. Diese Aspekte werden durch die Selbsteinschätzung der Gesundheit, der Lebensqualität, des körperlichen Wohlbefindens und emotionalen oder psychologischen Einschränkungen abgebildet. Die familiäre Versorgung wird durch eine freundschaftliche Komponente ergänzt, die Versorgung durch das Internet kann lediglich über Onlinekontakte erfasst werden, was das Ausmaß der Potentiale unzureichend operationalisiert. Aus den Vorannahmen ergibt sich die erste Hypothese, dass soziale Unterstützung durch Familie und Freunde ein Mediator für den Zusammenhang zwischen BMI und gesundheitlicher Selbsteinschätzung, (gesundheitsbezogener) Lebensqualität, körperlichem Wohlbefinden sowie emotionalen oder psychologischen Einschränkungen ist (V1). Zudem werden Zusammenhänge zwischen familiärer sowie freundschaftlicher Unterstützung und allgemeiner (gesundheitliche Selbsteinschätzung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, V2), physischer (körperliches Wohlbefinden) und psychischer (emotionale oder psychische Einschränkungen) Gesundheit für Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas (V3) und analog dazu Zusammenhänge zwischen Onlinekontakten und allgemeiner (V4) beziehungsweise psychischer (V5) Gesundheit erwartet.

#### 5.1.4 Einfluss von Gesundheitskapital auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen

Gesundheitskapital beeinflusst die Genese von Übergewicht und Adipositas und die Auswirkungen dieser Phänomene auf viele verschiedene Weisen. Geht man von einem inhärenten, angeborenem Gesundheitskapital aus, spielen biologische Einflüsse und genetischen Prädispositionen, die durch Partnerwahl beeinflusst werden können, eine große Rolle. Diese Form des Gesundheitskapitals kann allerdings nicht anhand der vorliegenden Datensätze abgebildet werden. Gesundheitskapital aus feldtheoretischer Perspektive ist allerdings mehr als ein genetisches Merkmal. Es ist zu erwarten, dass Menschen in hohen Feldpositionen trotz ihren Prädispositionen von Übergewicht und Adipositas sowie deren Auswirkungen in geringerem Maße betroffen sind als Personen mit weniger Kapital. Aufgrund der beschriebenen dominanten Wirkung ökonomischen Kapitals im Neoliberalismus, ist ein großer Einfluss auf körperliche Aspekte

---

<sup>38</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

(Körperkapital) zu erwarten. Zudem sollten die neoliberalen Werte einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und Adipositas und symbolischem Kapital erzeugen (GK1). Die Position im Feld wird durch das verfügbare Kapital abgebildet, somit lässt sich schlussfolgern, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital gemeinsam auf die Wahrnehmung der eigenen Silhouette (GK2) und gesundheitsbezogene Parameter wirken. Im Einzelnen werden die Einflüsse auf gesundheitliche Selbsteinschätzung (GK3), körperliches Wohlbefinden (GK4), gesundheitsbezogene Lebensqualität (GK5) und emotionale oder psychologische Einschränkungen (GK6) überprüft.<sup>39</sup>

### 5.1.5 Einfluss von Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen

Für alle bourdieuschen Kapitalsorten kann ein Einfluss auf die Übergewichts- und Adipositasgenese nachgewiesen werden. Die klassischen Zusammenhänge mit kulturellem und ökonomischem Kapital, werden in der Forschungsliteratur zu gesundheitlicher Ungleichheit bereits hinlänglich bearbeitet und wurden in Kapitel 3.3.3 ausführlich dargestellt. Daher liegt in Bezug auf die Einflüsse der Kapitalsorten der Fokus auf der Betrachtung von Zusammenhängen mit sozialem und symbolischem Kapital. Es ist davon auszugehen, dass beide Kapitalsorten sowohl auf Übergewicht und Adipositas also auch auf die Wahrnehmung der eigenen Silhouette wirken, zudem haben sie protektive Eigenschaften für gesundheitsbezogene Parameter in Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas sowie dem Körper selbstbild. Hieraus leiten sich sechs Teilhypothesen ab. Im Detail soll überprüft werden, ob negative Zusammenhänge zwischen sozialem Kapital (K1) oder symbolischem Kapital (K2) und BMI beziehungsweise Körper selbstbild bestehen. Darauf aufbauend wird angenommen, dass symbolisches und soziales Kapital Mediatoren für die Zusammenhänge zwischen BMI beziehungsweise Körper selbstbild und gesundheitlicher Selbsteinschätzung (K3), körperlichen Beschwerden (K4), gesundheitsbezogener Lebensqualität (K5) und emotionalen oder psychologischen Einschränkungen (K6) sind.<sup>40</sup>

### 5.1.6 Einfluss von Gesundheitshabitus auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen

In der Auseinandersetzung mit dem Gesundheitshabitus wurde postuliert, dass dieser in Einklang mit Normen sowie Werten sozialer Gruppen steht und somit auch mit spezifischen Erwartungen einhergeht. Daraus folgen für die Ableitung der sieben

---

<sup>39</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

<sup>40</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

Teilhypothesen, dass einerseits verschiedene Gruppen betrachtet werden müssen, andererseits der Einfluss sozialer Erwünschtheit auf die Antworten diskutiert werden kann. Zunächst kommt erneut das Kapital-Modell als Spiegel der Position im Feld zum Einsatz. Hierbei ist zu erwarten, dass die DGE-Empfehlungen (GH1) zum Verzehr von Obst, Gemüse und hochkalorischen Lebensmitteln (Extras) sowie die WHO-Bewegungsempfehlungen (GH2) eher von Personen in hohen Feldpositionen erreicht werden und deren Bildschirmmedienkonsum und Social Media Nutzung geringer ist (GH3). Die in diesen Medien vermittelten Schönheitsideale sollten sich bei intensivem Konsum negativ auf den BMI und vor allem auf das Körperselbstbild auswirken (GH4). Dabei ist der Einfluss von Bildschirmmedien auf die Differenz zwischen Körperselbstbild und BMI maximal gering, während es einen positiven Zusammenhang mit Social Media Nutzung gibt (GH5). Die funktionalistische männliche Körpervorstellung mündet in erhöhte körperliche Aktivität, demgegenüber regulieren Mädchen und Frauen ihr Körpergewicht stärker über das Essen. Hieraus ergeben sich die Annahmen, dass der weibliche Anteil unter den Jugendlichen, die die DGE-Ernährungsempfehlung einhalten, größer ist als der der Jungen, für die WHO-Bewegungsempfehlung hingegen der männliche Anteil größer ist (GH6). Schließlich können Betroffenen einen spezifischen Habitus bilden, der die Erwartungshaltungen an sie wiedergibt. Folglich ist ein Zusammenhang zwischen der Einhaltung der DGE-Ernährungs- beziehungsweise WHO-Bewegungsempfehlung und dem BMI beziehungsweise dem Körperselbstbild zu erwarten (GH7).<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6



## 5.2 Operationalisierung der Teilhypothesenbegriffe

Die Untergliederung der Übergeordneten Fragestellungen in Teilhypothesen ist lediglich der erste Schritt zur Operationalisierung des Forschungsinteresses. Einige Begriffe, die in den Teilhypothesen aufgegriffen werden, müssen näher erläutert und in Zusammenhang mit den vorliegenden Datensätzen gebracht werden. Zum Teil konnten die Begriffe durch bereits existierende Variablen dargestellt werden, zum Teil mussten neue Variablen erstellt werden. Eine Übersicht, der bereits in den Datensätzen angelegten Items, kann Anhang 4 entnommen werden, die spezifisch zur Fragestellung berechneten Skalen und angepassten Variablen wurden in Anhang 5 den jeweiligen Begriffen, zu deren Beschreibung sie dienen zugeordnet.

### 5.2.1 BMI und Körper selbstbild

#### 5.2.1.1 BMI

Die Problematik der Messung des BMI bei Jugendlichen wurde an anderer Stelle bereits ausführlich diskutiert. In den vorliegenden Datensätzen stehen verschiedene Varianten altersadjustierter BMI-Werte zur Verfügung. Im Rahmen der HBSC-Studie wurden Körpergewicht und -größe per Selbstauskunft von den befragten Jugendlichen erhoben. Dadurch stehen von einem Großteil der Befragten Daten zur Verfügung. Die Daten der KiGGS-Studie basieren auf Messungen von Studienpersonal, die nur bei einem Anteil der Befragten durchgeführt wurden. Unabhängig davon, ob Körpergröße und Gewicht von den Probanden geschätzt werden oder von Studienpersonal erhoben werden, unterschätzt der BMI die Quote der Teilnehmenden mit Übergewicht und Adipositas. Obwohl die Fehlerquote bei Selbstschätzung höher ist als bei Messung, stellt auch die Messung einen Bias dar (Karchynskaya et al. 2020, S. 8). Anhand der Größen- und Gewichtsangaben wurde der BMI berechnet und anhand verschiedener Referenzwerte klassifiziert. Für HBSC liegt die Klassifikation nach IOTF und WHO vor, für KiGGS IOTF und Kromeyer-Hauschild vor. Da sich die Datenanalyse bei HBSC auf Deutschland beschränkt, wurde die Klassifikation nach Kromeyer-Hauschild in diesem Datensatz ergänzt. Hieraus ergeben sich die folgenden Fallzahlen für die Auswertung.

			BMI	Kromeyer-Hauschild	IOTF	WHO
HBSC	N	Gültig	3803	3739	3779	3780
		Fehlend	545	609	569	568
KiGGS	Gültig		1977	1977	1977	N/A
	Fehlend		5412	5412	5412	N/A

Abbildung 14: Fallzahlen BMI und BMI-Klassifikation HBSC und KiGGS (eigene Zusammenstellung)

Sowohl bei Kromeyer-Hauschild als auch bei IOTF wird der BMI in vier Klassen (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas) unterteilt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
HBSC Kromeyer- Hauschild	Untergewicht	542	12,5	14,5
	Normalgewicht	2771	63,7	74,1
	Übergewicht	<b>288</b>	6,6	<b>7,7</b>
	Adipositas	<b>138</b>	3,2	<b>3,7</b>
	Gesamt	3739	86,0	100,0
KiGGS Kromeyer- Hauschild	Untergewicht	183	1,7	6,2
	Normalgewicht	1464	19,8	74,1
	Übergewicht	<b>191</b>	2,6	<b>9,7</b>
	Adipositas	<b>139</b>	1,9	<b>7,0</b>
	Gesamt	1977	26,8	100,0
HBSC IOTF	Untergewicht	588	13,5	15,6
	Normalgewicht	2600	59,8	68,8
	Übergewicht	<b>497</b>	11,4	<b>13,2</b>
	Adipositas	<b>94</b>	2,2	<b>2,5</b>
	Gesamt	3779	86,9	100,0
KiGGS IOTF	Untergewicht	188	2,5	9,5
	Normalgewicht	1366	18,5	69,1
	Übergewicht	<b>322</b>	4,4	<b>16,3</b>
	Adipositas	<b>101</b>	1,4	<b>5,1</b>
	Gesamt	1977	26,8	100,0

Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung Übergewicht/Adipositas, KiGGS/HBSC im Vergleich (eigene Darstellung)

Der anzunehmende Bias durch die Selbstauskunft zeigt sich in den Häufigkeiten, die unabhängig von den gewählten Referenzwerten für Übergewicht und Adipositas bei KiGGS etwa drei Prozentpunkte höher liegen (Abbildung 15). Insgesamt kann für Auswertungen mit direktem Bezug zu Adipositas nur mit relativ geringen Fallzahlen gearbeitet werden, weswegen die Gruppen Übergewicht und Adipositas zusammengefasst werden. Aufgrund der sehr geringen Unterschiede zwischen der Klassifikation nach IOTF und Kromeyer-Hauschild müssen in der Regel keine Vergleiche zwischen den Referenzwerten durchgeführt werden. Da es sich bei Kromeyer-Hauschild dezidiert um eine deutsche Spezifikation handelt, werden diese Referenzwerte für die Analysen genutzt.

### 5.2.1.2 Körperelbstbild

Das Körperelbstbild kann als eine Variante der indirekten Erfassung von Übergewicht und Adipositas betrachtet werden. Dabei werden die Proband:innen nach ihrer eigenen Einschätzung bezüglich ihrer Körpersilhouette gefragt. Die Studien greifen dabei auf dieselbe Formulierung zurück: „Glaubst du, dass du... (1) ... viel zu dünn bist? (2) ... ein bisschen zu dünn bist? (3) ... genau das richtige Gewicht hast? (4) ... ein bisschen zu dick bist? (5) ... viel zu dick bist?“. Zusätzlich wurde in beiden Datensätzen die Differenz zwischen Körperelbstbild und BMI als eigene Variable gebildet (KiGGS: KSsubjBMIdiff; HBSC: thinkbodybmidiff). Dafür wurden die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild vom Körperelbstbild subtrahiert. Im HBSC-Datensatz wurde zuvor die Anzahl der Ausprägungen des Körperelbstbildes auf vier reduziert (tinkbody4). Im Ergebnis stehen negative Zahlen für eine Unterschätzung, positive Zahlen für eine Überschätzung des eigenen Gewichts im Vergleich zu den Referenzwerten.

Das Körperelbstbild wird in den Teilhypothesen S5 bis S7, G1, GK2, K1 bis K6, GH4 und GH7 verwendet, die Differenz zwischen Körperelbstbild und BMI in den Teilhypothesen G1 bis G4 und GH5.<sup>42</sup>

## 5.2.2 Allgemeine, physische und psychische Gesundheit

### 5.2.2.1 Gesundheitliche Selbsteinschätzung

In beiden Studien werden die Proband:innen nach ihrer Einschätzung bezüglich ihrer eigenen Gesundheit befragt. In der KiGGS-Studie werden hierfür zwei Instrumente angewandt. Erstens eine Teilfrage des KIDSCREEN-27 in Anlehnung an die Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand des SF-36. Zweitens die Eingangsfrage des Instruments MEHM (GZmehm1\_k2), die im Datensatz in drei (sehr gut, gut, mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht) statt fünf Ausprägungen kategorisiert wurde. Die ursprünglichen Kategorien sind in der Benennung der dritten Kategorie noch ersichtlich. Für die weiteren Auswertungen wurde die Variable invertiert (GZmehm1\_k2i). Neben der gesundheitlichen Selbsteinschätzung können für die Abbildung des allgemeinen Gesundheitszustands zusätzlich chronische Erkrankungen und Behinderungen relevant sein. Chronische Erkrankungen und damit verbundene Einschränkungen wurden mit dem Instrument CSHCN, bestehend aus drei Items erhoben. Eine Zusammenfassung der Fragen (GZ3cshcn3c) ergibt sich durch die Eingrenzung auf Personen, die alle drei Fragen bejaht haben. Behinderungen wurden mit der Frage nach einer amtlich anerkannten Behinderung erfasst.

---

<sup>42</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

Im Rahmen der HBSC-Studie wurde der allgemeine Gesundheitszustand lediglich mit einem Item zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung mit vier Ausprägungen (poor, fair, good, excellent) erfasst. Chronische Erkrankungen oder Behinderungen wurden nicht erhoben.

Gesundheitliche Selbsteinschätzung wird in den Teilhypothesen V1, V2, V4, GK3 und K3 verwendet.<sup>43</sup>

### 5.2.2.2 Körperliches Wohlbefinden

Körperliche Beschwerden können neben dem psychischen Wohlbefinden als Teil des Gesundheitszustandes verstanden werden. Sie fließen zudem in die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein. Für bestimmte Fragestellungen ist es allerdings relevant die körperlichen Beschwerden als eigenes Konstrukt zu betrachten. Für die KiGGS-Studie sind hierfür das Item VAsdq3 (Kopf-/Bauchschmerzen/Übelkeit) und die Subskala KC27ph\_R (körperliches Wohlbefinden) des KIDSCREEN-27 geeignet. In der HBSC-Studie werden lediglich Schmerzen respektive Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Rückenschmerzen abgefragt. Schmerztypen können unabhängig voneinander auftreten, weswegen diese Items nicht zu einer Skala zusammengefasst werden können und in den Berechnungen einzeln berücksichtigt werden müssen.

Körperliches Wohlbefinden wird in den Teilhypothesen V1, V3, V5, GK4 und K4 verwendet.<sup>44</sup>

### 5.2.2.3 Emotionale oder psychologische Einschränkungen

Die Daten der KiGGS-Studie bieten verschiedene Möglichkeiten emotionale oder psychische Problemlagen zu erfassen. Zum einen ist hierzu die Skala emotionale Probleme sowie der Gesamtproblemwert des Instruments SDQ geeignet, die bereits im Datensatz hinterlegt sind, zum anderen bietet das Instrument KIDSCREEN-27 eine Skala zum psychologischen Wohlbefinden an. Diese wurde gemäß den Angaben der Autor:innen des Instruments berechnet. Demgegenüber arbeitet die Studie HBSC nicht mit einem etablierten Instrument, sondern erhebt das emotionale und psychische Wohlbefinden über fünf Einzelitems (feellow, irritable, nervous, sleepdifficulty und dizzy). Mittels Conbachs Alpha wurde die interne Konsistenz dieser Items geprüft und mit einem Wert von 0,75 zur Skalenbildung akzeptabel befunden. Aus den ordinalskalierten Items wurde anhand des Medians eine Skala (psychunwohl) berechnet. Hierbei wurde mit der MEDIAN.X-Funktion gearbeitet, die einen listenweisen Fallausschluss fehlender Werte ermöglicht.

---

<sup>43</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

<sup>44</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

Emotionale oder psychologische Einschränkungen werden in den Teilhypothesen S4, S7, V1, V3, V5, GK6 und K6 verwendet.<sup>45</sup>

## 5.2.3 Mobbing und soziale Unterstützung

### 5.2.3.1 Mobbingerfahrung

Für die Operationalisierung und Messung des Konstruktes Mobbingerfahrung wurden im HBSC-Datensatz die Items *beenbullied* (Been bullied past months) und *cbeenbullied* (Been cyber bullied) sowie im KiGGS-Datensatz der Skalenwert des Instruments SDQ für Peer-Probleme (VApeer). Während die Items *beenbullied* und *cbeenbullied* die Mobbingerfahrung direkt abfragen, soll die Skala VApeer darüber hinaus das Sozialverhalten im Allgemeinen erfassen. Um einen direkten Vergleich mit dem HBSC-Datensatz zu ermöglichen, kann auf das Item VASdq19 (wird oft gehänselt/schikaniert) des Instruments zurückgegriffen werden.

Mobbingerfahrung wird in den Teilhypothesen S1 und S5 verwendet.<sup>46</sup>

### 5.2.3.2 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung kann allgemein, durch Gleichaltrige, durch Freunde oder durch die Familie (insbesondere die Eltern) geleistet werden. Soziale Unterstützung kann zudem auch online erfolgen. Um die genannten Dimensionen der sozialen Unterstützung abzubilden, wurde im KiGGS-Datensatz der Skalenwert für soziale Unterstützung ausgewählt, der anhand des Instruments Social Support Scale berechnet wurde und im Datensatz unter dem Variablennamen SFSS zu finden ist. Des Weiteren wurde die Vier-Item-Subskala *soziale Unterstützung und Gleichaltrige* des Instrument KIDSCREEN-27 (Selfreport) nach Maßgabe der Autor:innen des Instruments erstellt. Elterliche Unterstützung wird in diesem Instrument als Teil der Sieben-Item-Subskala *Beziehungen zu Eltern und Autonomie* abgebildet. Um zu prüfen, ob elterliche Unterstützung mit drei Items als eigenständige Subskala verwendet werden kann, wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Der MSA-Wert nach dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO) beträgt hierfür 0,742 und der Bartlett-Test ist hochsignifikant ( $p < 0,001$ ), was eine ausreichend hohe Korrelation zwischen Items signalisiert, um eine Hauptkomponentenanalyse durchführen zu können. Nur Faktoren mit Eigenwerten  $\geq 1$  wurden in Betracht gezogen (*Kaiser-Kriterium* nach Guttman 1954; Kaiser 1960). Eine Überprüfung des Kaiser-Kriteriums rechtfertigte die Extraktion von drei Faktoren (*Unterstützung durch Eltern, Autonomie durch Geld und Autonomie durch Zeit*), die

---

<sup>45</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

<sup>46</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

kumuliert 73,56 % der Gesamtvarianz aufklären. Da die identifizierten Subskalen im weiteren Verlauf im Rahmen einer multiplen linearen Regression als Prädiktoren Verwendung finden sollen, wurde das orthogonale Rotationsverfahren Varimax gewählt, um unkorrelierte Faktoren zu erhalten. Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für die Subskala Unterstützung durch Eltern (drei Items) berechnet. Diese ist akzeptabel, mit Cronbachs Alpha = 0,74. Mittels Regression wurde aus dem Faktor Unterstützung durch Eltern eine Variable gebildet, die im weiteren Verlauf als Skalenwert verwendet werden kann. So können die Dimensionen allgemeine soziale Unterstützung, soziale Unterstützung durch Freunde und durch die Eltern abgebildet werden.

Der HBSC-Datensatz ergänzt diese Dimensionen um soziale Unterstützung durch die Familie und Onlinekontakte. Die soziale Unterstützung durch Eltern und Freunde wird in beiden Datensätzen abgebildet und kann so direkt verglichen werden. Analog zum Vorgehen bei der Analyse der KiGGS-Daten wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) durchgeführt. Hierbei wurden zwölf Items, die im engeren Zusammenhang mit sozialer Unterstützung stehen (*friendhelp*, *friendcounton*, *friendshare*, *friendtalk*, *talkfather*, *talkstepfa*, *talkmother*, *talkstepmo*, *famhelp*, *famsup*, *famtalk*, *famdec*) für die Analyse ausgewählt. Auch hier wurden die Faktoren mit Varimax rotiert. Mit einem MSA-Wert von 0,826 und einem hochsignifikanten Bartlett-Test ( $p < 0,001$ ) wurde wiederum eine für eine PCA ausreichend hohe Korrelation zwischen den Items ermittelt. Eine Überprüfung des Kaiser-Kriteriums lieferte keine konsistenten Ergebnisse für die drei Faktoren mit einem Eigenwert über 1. Die Auswahl eines weiteren Faktors ermöglichte hingegen eine klare Abgrenzung zwischen *familiärer Unterstützung*, *sozialer Unterstützung durch Freunde*, *Eltern* und *Stiefeltern* und rechtfertigt die Extraktion von vier Faktoren, die kumuliert 81,13 % der Gesamtvarianz aufklären. Cronbachs Alpha beträgt für die Subskalen *soziale Unterstützung durch Freunde* (vier Items) 0,89 und für *familiäre Unterstützung* (vier Items) 0,91. Um die Möglichkeiten des Internets im Rahmen der sozialen Unterstützung zu ermitteln, wurden die Items *emconlfreq1* bis *emconlfreq4* sowie *emconlpref1* bis *emconlpref3* ausgewählt. Die erste Itemgruppe enthält Fragen zu *Onlinekontakten*, die zweite zu *Themen*, die leichter online besprochen werden können. Beide Gruppen wurden gemeinsam bezüglich der Hauptkomponenten analysiert. Diesem Vorgehen lag die Vermutung zugrunde, dass Personen, die über Sorgen, Gefühle und Geheimnisse lieber online sprechen andere Onlinekontakte haben als die Vergleichsgruppe. Wieder wurde Varimax gewählt, um unkorrelierte Faktoren zu erhalten. Der MSA-Wert beträgt 0,754 und der Bartlett-Test ist hochsignifikant ( $p < 0,001$ ), was die Durchführbarkeit der PCA zeigt. Zunächst wurden nur Faktoren mit Eigenwerten  $\geq 1$  in Betracht gezogen. Die hieraus ermittelten beiden Faktoren waren weitestgehend abgrenzbar, allerdings wurde eine Doppelladung des Items *Onl contact online friends* ermittelt (Abbildung 16).

**Rotierte Komponentenmatrix<sup>a</sup>**

	Komponente	
	1	2
Concerns, more easily online	,930	
Feelings, more easily online	,927	
Secrets, more easily online	,891	
Onl contact larger friend group		,844
Onl contact close friends		,822
Onl contact other		,663
Onl contact online friends	<b>,413</b>	<b>,488</b>

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Abbildung 16: Hauptkomponentenanalyse soziale Unterstützung online (eigene Darstellung)

Die Erweiterung auf drei Faktoren führte zu keiner befriedigenden Lösung, so dass entschieden wurde das Item aus beiden Faktoren zu entfernen. Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für die Subskalen Onlinekontakte (drei Items) und Onlinethemen (drei Items) berechnet. Die interne Konsistenz war exzellent, mit Cronbachs Alpha = 0,92 für Onlinethemen und akzeptabel für Onlinekontakte mit Cronbachs Alpha = 0,71. Mit der reduzierten Itemzahl wurde erneut eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt (MSA = 0,725; Bartlett-Test  $p < 0,001$ ; Kaiser-Kriterium). Auf Basis der geschilderten Vorüberlegungen wurden zwei klar abgrenzbare Faktoren (Onlinekontakte und Onlinethemen) ausgewählt, die kumuliert 74,53 % der Gesamtvarianz aufklären. Mittels Regression wurden aus allen im HBSC-Datensatz ermittelten Faktoren der sozialen Unterstützung Variablen gebildet, die im weiteren Verlauf als Skalenwert verwendet werden können.

### 5.2.3.3 Familiäre Unterstützung

Das Konstrukt familiäre Unterstützung wurde bereits bei der Beschreibung sozialer Unterstützung thematisiert. Es setzt sich für die KiGGS-Studie aus dem selbst gebildeten Skalenwert Eltern des KIDSCREEN-27 zusammen. Im HBSC-Datensatz können hierfür die selbst berechneten Skalen zu Gesprächen mit den Eltern (talkparentska, talkstep-skala) und familiärer Unterstützung (famskala) verwendet werden. Das Vorgehen der Berechnung der Skalen kann der Beschreibung des Konstruktes soziale Unterstützung entnommen werden.

Soziale, freundschaftliche und familiäre Unterstützung werden in den Teilhypothesen S2 und V1 bis V5 verwendet.<sup>47</sup>

<sup>47</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

## 5.2.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im Kontext der KiGGS-Studie wurde im Elternfragebogen die gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des Instruments KIDSCREEN-10 ermittelt, einer verkürzten Version des KIDSCREEN-27 aus dem Kinderfragebogen. Aufgrund der geringen Fallzahlen des Elternfragebogens in der relevanten Altersgruppe musste für KIDSCREEN-27 ein Äquivalent gefunden werden, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Hilfe einer möglichst geringen Anzahl an Variablen umfassend darzustellen. Hierzu wurden für das Instrument KIDSCREEN-27 (Selfreport) nach Maßgabe der Autor:innen des Instruments alle Subskalen berechnet und diese durch das arithmetische Mittel zu einer eigenen Subskala (Gesamtskala gesundheitsbezogene Lebensqualität) zusammengefasst. Bei der Bildung des arithmetischen Mittels wurden die fehlenden Werte listenweise ausgeschlossen (MEAN.X-Funktion).

Für die Daten der HBSC-Studie gestaltet sich die Ermittlung eines Gesamtwertes für gesundheitsbezogene Lebensqualität schwieriger, da kein Instrument zum Einsatz kam, das diese Dimension als Ganzes erfasst. Stattdessen werden Lebensqualität und Gesundheit getrennt voneinander erhoben. Gesundheit wird über den allgemeinen Gesundheitszustand (health), körperliche Beschwerden (headache, stomachache, backache) und psychische beziehungsweise emotionale Einschränkungen (feellow, irritable, nervous, sleepdifficulty, dizzy) abgebildet, Lebensqualität über ein Einzelitem (lifesat). Zur präziseren Ermittlung des Mittelwertes wurden die Items zu Lebensqualität, körperlichen Beschwerden und psychischen beziehungsweise emotionale Einschränkungen analog zum Item health auf vier Ausprägungen normiert. Die Prüfung des Konstruktes gesundheitsbezogene Lebensqualität ergab eine hohe interne Konsistenz mit einem Wert von 0,80 für Cronbachs Alpha. Die normierten Items sind ordinalskaliert, folglich wurde die Skala gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) mit Hilfe des Medians berechnet. Bei der Bildung des Medians wurden die fehlenden Werte listenweise ausgeschlossen (MEDIAN.X-Funktion).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in den Teilhypothesen S3, S6, V1, V2, V4, GK5 und K5 verwendet.<sup>48</sup>

## 5.2.5 Kapital

### 5.2.5.1 Kulturelles Kapital

Die quantitative Analyse kulturellen Kapitals ist unvermeidlich stark reduktionistisch. Bourdieu wählt für die statistische Auswertung kulturellen Kapitals eine Einteilung in kulturellen Geschmack, geerbtes kulturelles Kapital, Bildungskapital und kultureller

---

<sup>48</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6



Konsum. Kultureller Geschmack wird dabei am umfassendsten erhoben und ist abgebildet durch favorisierte Fotomotive, Lieblingsmaler, Urteile über Malerei, Lieblingsmusikstücke, -komponisten, -regisseure, -lektüre, Sprachduktus, Freizeitbeschäftigungen, Lieblingsradiosendungen und -sänger sowie die Beschreibung favorisierter Möbel, Inneneinrichtung, Kleidung, Charakterzüge bei Freunden und Speisen (Bourdieu 2018a, S. 822–831). Als geerbtes kulturelles Kapital bezeichnet Bourdieu Beruf und Bildungsabschluss des Vaters (Bourdieu 2018a, S. 836–837). Bildungskapital umfasst den höchsten Bildungsabschluss, kultureller Konsum die Höhe der jährlichen Ausgaben sowie die Art der Aktivität (Bourdieu 2018a, S. 840–841). Angaben zu Bildungskapital, geerbtes kulturelles Kapital sowie kultureller Konsum werden ausschließlich bei KiGGS gemacht. Dabei wird geerbtes kulturelles Kapital durch den Bildungsabschluss der Eltern (SDEcasminmz, SDEcasminvz) und eigenes kulturelles Kapital durch die Stunden pro Tag (MNBuch), die mit dem Lesen von Büchern verbracht werden sowie die derzeitig besuchte Schule (KJESchultyp2) repräsentiert. Um das letzte Item als ordinalskalierte Variable verwenden zu können, wurde die Reihenfolge der Antworten leicht verändert und Förderschule/Sonderschule als fehlender Wert definiert (KJESchultypnorm). Aus dem Median der Angaben der Eltern im KiGGS-Fragebogen zum erwarteten Schulabschluss und der derzeitigen Schule sowie den Selbstangaben der Jugendlichen zum angestrebten Abschluss kann eine Skala (schultyp) mit einer hohen internen Konsistenz von 0,87 gebildet werden. Zusätzlich können die Noten in den Fächern Deutsch und Mathematik Bildungskapital ausdrücken. Für die Studie HBSC sind keine Aussagen zu kulturellem Kapital möglich, da keine geeigneten Items im verfügbaren Datensatz vorliegen. Die Variable id2 kodiert lediglich die teilnehmenden Schulen ohne Rückschlüsse auf die Schulart zu ermöglichen.

Kulturelles Kapital wird in den Teilhypothesen G2, G3, GK1 bis GK6 und GH1 bis GH3 verwendet.<sup>49</sup>

#### 5.2.5.2 Ökonomisches Kapital

Aussagen über das eigene ökonomische Kapital von Kindern und Jugendlichen sind schwer zu treffen, da diese Personengruppe in der Regel keinen autonomen Haushalt führt und das verfügbare Kapital daher stark vom Kapital der Eltern abhängig ist. Im Datensatz der KiGGS-Studie finden sich mehrere Variablen, die für die Erstellung einer Messskala für das Konstrukt ökonomisches Kapital in Frage kommen. Das Instrument KIDSCREEN-27 umfasst zwei Variablen, die sich auf verfügbares Geld für Aktivitäten mit Freunden und Freizeitaktivitäten im Allgemeinen beziehen (KY27PAR6 und KY27PAR7). Zudem wurden technische Geräte, die sich im persönlichen Besitz befinden,

---

<sup>49</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

erfasst (MNtech\_m1 bis MNtech\_m6). Aufgrund ihrer weiten Verbreitung und den Vorbehalten mancher Eltern gegenüber der Techniknutzung ihrer Kinder, eignet sich der Besitz technischer Geräte per se nicht zur Schätzung ökonomischen Kapitals, was sich auch in einer sehr geringen internen Konsistenz von  $\alpha = 0,13$  sowie in fehlenden beziehungsweise sehr geringen Zusammenhängen mit den ökonomischen Items des KIDSCREEN-27 niederschlägt. Die interne Konsistenz der Items KY27PAR6 und KY27PAR7 liegt hingegen im akzeptablen Bereich (Spearman-Brown-Koeffizient: 0,77). Wie schon zuvor wurde die Skala (KC27g\_M) mittels der MEDIAN.X-Funktion unter Berücksichtigung fehlender Werte berechnet. Im HBSC-Datensatz finden sich keine vergleichbaren Werte, daher kann das eigene ökonomische Kapital der Jugendlichen dort nicht abgebildet werden.

Ökonomisches Kapital wird in den Teilhypothesen G2, G4, GK1 bis GK6 und GH1 bis GH3 verwendet.<sup>50</sup>

#### 5.2.5.3 Symbolisches Kapital

Symbolisches Kapital umfasst das allgemeine gesellschaftliche Ansehen von Personen. Im Rahmen der KiGGS- und HBSC-Studien muss hierfür auf die Selbsteinschätzung der Befragten zurückgegriffen werden. Für KiGGS liegt hierzu das Instrument MacArthur Scale SSS vor, das den allgemeinen familiären Sozialstatus misst. Ein Äquivalent zu diesem Instrument gibt es im HBSC-Datensatz nicht.

Symbolisches Kapital wird in den Teilhypothesen G2, GK1 bis GK6, K2 bis K6 und GH1 bis GH3 verwendet.<sup>51</sup>

#### 5.2.5.4 Soziales Kapital

Soziales Kapital als dasjenige Kapital, das durch die soziale Gruppe verfügbar gemacht wird, ist in quantitativen Studien sehr schwer zu erheben. Bourdieu selbst erfasst diese Kapitalsorte in seinen Studien nicht dezidiert. Im Falle der vorliegenden Datensätze ist soziales Kapital, das den Jugendlichen über den Freundeskreis oder andere Netzwerke zur Verfügung steht, nicht erfasst, es können lediglich Angaben zum Familienkapital gemacht werden. Hierbei kann zwischen ökonomischem und symbolischem Kapital unterschieden werden. Ökonomisches soziales Kapital wird in der KiGGS-Studie durch die Subskala Einkommen des SES abgebildet, bei HBSC über die FAS.

Dem symbolischen sozialen Kapital kann sich über die berufliche Stellung der Eltern angenähert werden. Besonders geringes symbolisches Kapital ist bei arbeitslosen

---

<sup>50</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

<sup>51</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

Personen zu erwarten. Im KiGGS-Datensatz kann die berufliche Stellung über die SES Subskala SDEses\_ber erfasst werden, Arbeitslosigkeit über deren Dauer (SDEaloCv\_jj und SDEaloCm\_jj). Die HBSC-Daten erlauben lediglich Aussagen über eine Arbeitslosigkeit der Eltern (employfa und employmo), aber nicht über deren berufliche Stellung. Für beide Datensätze gilt, dass die Fallzahlen für Arbeitslosigkeit sehr gering sind und somit die Gruppe für Auswertungen mit Bezug zu Übergewicht und Adipositas zu klein ist.

Soziales Kapital wird in den Teilhypothesen G2, GK1 bis GK6, K1, K3 bis K6 und GH1 bis GH3 verwendet.<sup>52</sup>

## 5.2.6 Gesundheitsverhalten

### 5.2.6.1 Körperliche Aktivität

Es ist zwischen körperlicher Aktivität und sportlicher Aktivität zu unterscheiden. Die WHO empfiehlt für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen fünf und 17 Jahren sechzig Minuten moderate bis intensive körperliche Aktivität pro Tag. Dabei umfasst körperliche Aktivität Bewegungsspiele, Sport, Wegstrecken, Sportunterricht, Freizeitaktivitäten oder geplante Übungen. Sie kann im Rahmen der Familie, der Schule, Vereinen oder anderen Organisationsformen durchgeführt werden. Die WHO geht davon aus, dass mehr als sechzig Minuten körperliche Aktivität zusätzliche gesundheitliche Vorteile bringt. Mindestens dreimal in der Woche sollte die körperliche Aktivität sportlich-intensiv (Ausdauerbelastung und kräftigende Aktivität) sein (WHO 2010). In den vorliegenden Studien wurden sowohl die körperliche als auch die sportliche Aktivität in getrennten Fragen per Selbstauskunft erfasst. Beide Items wurden dichotomisiert (WHO-Empfehlung erreicht ja/nein) anschließend wurden die Items unter listenweisem Fallausschluss der fehlenden Werte (SUM.X-Funktion) summiert. Die so entstandene neue Variable (KiGGS: KAempfwho, HBSC: physexewho) wurde ebenfalls dichotomisiert (WHO-Empfehlung körperliche und sportliche Aktivität erreicht ja/nein).

Körperliche Aktivität wird in den Teilhypothesen GH2, GH6 und GH7 verwendet.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

<sup>53</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

### 5.2.6.2 Ernährung

Die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zu einer vollwertigen Ernährung umfassen zehn Regeln (Heseker und Heseker 2019, S. 14–15):

1. Lebensmittelvielfalt genießen
2. Gemüse und Obst – nimm „fünf am Tag“
3. Vollkorn wählen
4. Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen
5. Gesundheitsfördernde Fette nutzen
6. Zucker und Salz einsparen
7. Am besten Wasser trinken
8. Schonend zubereiten
9. Achtsam essen und genießen
10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben

Die empfohlene Portionsgröße ist abhängig von Alter und Geschlecht (Alexy et al. 2018, S. 35). Auf eine geschlechtsspezifische Auswertung wurde jedoch verzichtet, stattdessen wurde der Mittelwert beider Geschlechter verwendet. Die Einhaltung durch die Befragten kann allerdings anhand der vorliegenden Datensätze nicht für jede dieser Regeln geprüft werden. Der Ernährungsfragebogen der KiGGS-Studie ist sehr umfassend und ermöglicht es alle bis auf die neunte Regel zu prüfen, die HBSC-Studie beschränkt sich auf die zweite und sechste Regel. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Datensätzen zu gewährleisten, werden nur diese beiden verwendet. Hierzu werden die Variablen für die aufgenommene Menge an Obst und Gemüse, Softdrinks und Süßigkeiten jeweils gemäß den Empfehlungen dichotomisiert. Um zu den gewünschten Ergebnissen zu kommen und darüber hinaus weitere Angaben die allgemeine Ernährung betreffend machen zu können, musste der KiGGS-Datensatz aufbereitet werden. Zur Normalisierung der Angaben wurden die Antwortkategorien der Fragen nach der Verzehrhäufigkeit<sup>54</sup> in Häufigkeit pro Monat übersetzt. Hierfür wurden sieben Tage pro Woche und 28 Tage pro Monat angenommen. Für die Portionsgrößen wurden die Angaben aus der Beschreibung der Fragestellung zur Anzahl der Portionen<sup>55</sup> in Gramm übersetzt, Gramm und Milliliter wurden gleichgesetzt. Durch Multiplikation der beiden Werte

---

<sup>54</sup> Die Antwortkategorien mit ihrer jeweiligen Normalisierung in Klammern lauten: nie (=0), einmal pro Monat (=1), zwei- bis dreimal pro Monat (=2,5), ein- bis zweimal pro Woche (=6), drei- bis viermal pro Woche (=14), fünf- bis sechsmal pro Woche (=22), einmal am Tag (=28), zweimal am Tag (=56), dreimal am Tag (=84), vier- bis fünfmal am Tag (=126), sechsmal am Tag (=168).

<sup>55</sup> Beispielsweise umfasst eine Portionsgröße von 75g für frisches Obst. Die Antwortmöglichkeiten für die Verzehrmenge von frischem Obst mit ihrer jeweiligen Normalisierung in Klammern lautet daher: nie (=0g), ½ Stück oder ½ Schale (=37,5g), ein Stück oder eine Schale (=75g), zwei Stück oder zwei Schalen (=150g), drei Stück oder drei Schalen (=225g), vier Stück oder vier Schalen oder mehr (=300g).

Verzehrhäufigkeit und Portionsgröße wurde die Verzehrmenge pro Monat ermittelt. Für die Ermittlung der durchschnittlichen Tagesverzehrmenge, kann dieser Wert durch 28 geteilt werden. Darüber hinaus wurden für alle Lebensmittel die Makronährstoffe Kohlenhydrate, Eiweiß und Fett sowie die Kilokalorien hinterlegt, so dass anhand der Differenz zwischen der Tagesverzehrmenge und der von der DGE empfohlenen alters-adjustierte täglichen Energie- und Nährstoffzufuhr sowie den Obst-, Gemüse- und Extrasmengenempfehlungen berechnet werden konnte, ob die Zielwerte erreicht wurden. Die Items der HBSC-Studie erlauben wesentlich weniger präzise Analysen, da ausschließlich nach der Verzehrhäufigkeit, nicht jedoch nach der Menge gefragt wurde. Daher wurde ein Erreichen der DGE-Empfehlung bei Obst und Gemüse für Personen angenommen, die angaben, diese Lebensmittel mehr als einmal pro Tag zu konsumieren. Aus den Items für Süßigkeiten und Softdrinks wurde eine Summe gebildet, deren Wert den täglichen Konsum abbildet. Summiert durfte für das Erreichen der Empfehlungen maximal eines der beiden Lebensmittel täglich konsumiert werden.

Das Erreichen der DGE-Empfehlungen zwei und sechs wurde in beiden Studien über die Verzehrmenge pro Tag<sup>56</sup> ermittelt und die Werte (Empfehlungen erreicht ja/nein) als neue Variablen (HBSC: fruits\_2dge, vegetables\_2dge, sweetsdge, sweetsfruitsdge; KiGGS: FQobstMenge\_k, FQgemMenge\_k, FQextrasges2\_k, FQgesdge) gespeichert. Die Werte wurden nur berechnet, wenn die Angaben im Ernährungsfragebogen vollständig waren.

Ernährung wird in den Teilhypothesen GH1, GH6 und GH7 verwendet.<sup>57</sup>

### 5.2.6.3 Bildschirmmedienkonsum

Bezüglich des Bildschirmmedienkonsums sind keine komparativen Analysen zwischen den vorliegenden Datensätzen möglich, dennoch liefern sowohl die HBSC- als auch die KiGGS-Daten Erkenntnisse bezüglich des Medienkonsums. Im KiGGS-Datensatz können die Items MNfernC, MNkonsC und MNnpcC Aufschluss über das Nutzungsverhalten der Jugendlichen geben. Um eine Summe in Stunden pro Tag zu erhalten, wurden die Items in Stundenangaben umkodiert<sup>58</sup> und anschließend mit der Funktion SUM.X die Summenskala MNbildSkala gebildet. Die Nutzung Sozialer Netzwerke wird mit dem Item MNsoznw gesondert erfragt. Im Gegensatz zum KiGGS-Datensatz wird in der HBSC-Studie die Dauer der Nutzung nicht erfragt, stattdessen werden mit den Items emcsocmed1-9 negative Auswirkungen des Konsums Sozialer Medien erhoben. Die

<sup>56</sup> Die Portionsgröße für Gemüse im KiGGS-Datensatz wurde mit 50g sehr niedrig geschätzt, für den Abgleich mit den DGE-Empfehlungen wurde der Wert daher verdoppelt.

<sup>57</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

<sup>58</sup> „Gar nicht“ = 0; „Bis zu eine Stunde pro Tag“ = 0,5; „1 bis unter 2 Stunden pro Tag“ = 1,5; „2 bis unter 3 Stunden pro Tag“ = 2,5; „3 bis unter 4 Stunden pro Tag“ = 3,5; „Mehr als 4 Stunden pro Tag“ = 4,5.

Items weisen eine akzeptable interne Konsistenz von Cronbachs Alpha = 0,73 auf und werden unter listenweisem Fallausschluss der fehlenden Werte als Summenskala (emcsocmedskala) in die Auswertung einbezogen.

Bildschirmmedienkonsum wird in den Teilhypothesen GH3 bis GH5 verwendet.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Ausformulierte Teilhypothesen siehe Anhang 6

### 5.3 Ergebnisse der Sekundäranalyse der Studien HBSC und KiGGS

Für die Sekundäranalyse wurden die relevanten Fälle aus den Datensätzen der Studien KiGGS und HBSC extrahiert. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu erhalten, wurden im KiGGS-Datensatz die jüngeren Kinder (null bis neun Jahre) und im HBSC-Datensatz alle Länder außer Deutschland aus der Analyse ausgeschlossen. So verblieben für die Analysen  $N = 4348$  für die HBSC- und  $N = 7389$  Fälle für die KiGGS-Studie. Für KiGGS können allerdings selten alle Fälle in die Analysen eingeschlossen werden, da sich die Fälle auf einen Eltern- und einen Selbstauskunftsfragebogen aufteilen. Wo immer möglich wurde auf die Angaben des Selbstauskunftsfragebogen zurückgegriffen, um die Perspektive der Jugendlichen darzustellen. Allerdings fehlen hier einige Angaben zum verfügbaren Kapital, weswegen gelegentlich auch die Angaben der Eltern einbezogen werden müssen. Variablen des Elternfragebogens sind durch ein *E* an dritter Stelle des Variablennamens gekennzeichnet, wie es beispielsweise bei der Skala zum Haushaltseinkommen, *SDEses\_eink*, der Fall ist.

Alle Auswertungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 26 durchgeführt, die Signifikanz wurde entsprechend ihrem Niveau ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) angegeben, sofern sie unter dem jeweiligen Schwellenwert lag. Alle Zahlen wurden auf zwei Nachkommastellen gerundet.

#### 5.3.1 Wirkung der Konstruktion von Gesundheit

Zur Messung der Wirkung der Konstruktion von Gesundheit auf Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas wurden vier Teilhypothesen (G1 bis G4) identifiziert, die im Folgenden mittels deskriptiv- und inferenzstatistischer Analysen getestet werden. G1 nimmt an, dass es einen Gruppenunterschied der Geschlechter bezüglich des Körper-selbstbilds und der Differenz zwischen Körper-selbstbild und BMI gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde auf Gruppenunterschiede getestet. Die Variablen beider Datensätze (KiGGS: *KSsubj*, *KSsubjBMIdiff*; HBSC: *thinkbody*, *thinkbodybmidiff*) erfüllen die Voraussetzungen zur Durchführung des t-Tests nicht, somit wurde zur Testung der Gruppenunterschiede auf den Mann-Whitney-U-Test zurückgegriffen. Zunächst wurde für das Körperbild getestet.

		KiGGS		HBSC	
Gruppe		Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Mittlerer Rang	N	2924	3187	2000	2268
	$\bar{x}$	2736,62	3349,03	1970,07	2279,50
	$\bar{x}$	3,07	3,37	3,11	3,34
	U	3725514,5		1939137,5	
	p	< 0,001		< 0,01	
	r	0,19		0,13	

Abbildung 17: Mann-Whitney-U-Test Körperelbstbild nach Geschlecht Vergleich KiGGS/HBSC

Weibliche Jugendliche schätzen gegenüber männlichen in beiden Datensätzen ihr Körperbild signifikant dicker ein, KiGGS:  $U (z = -14,71; p < 0,001; r = 0,19) = 3725514,5$ ; HBSC:  $U (z = -8,81; p < 0,001; r = 0,13) = 1939137,5$ . Die Effektstärke ist bei beiden Datensätzen eher gering. Im Anschluss wurde für die Differenz zwischen Körperelbstbild und BMI getestet.

		KiGGS		HBSC	
Gruppe		Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Mittlerer Rang	N	805	893	1751	1944
	$\bar{x}$	748,58	940,47	1735,71	1874,79
	$\bar{x}$	-0,01	0,30	0,09	0,38
	U	278192,0		2886178,5	
	p	< 0,001		< 0,001	
	r	0,22		0,20	

Abbildung 18: Mann-Whitney-U-Test Differenz Körperelbstbild/BMI nach Geschlecht Vergleich KiGGS/HBSC

Die Differenz zwischen Körperelbstbild und BMI mit  $U (z = -8,97; p < 0,001; r = 0,22) = 278192,0$  ist bei Mädchen im KiGGS-Datensatz analog zum Körperelbstbild größer ist als bei Jungen. Gleiches gilt für den HBSC-Datensatz mit  $U (z = -12,01; p < 0,001; r = 0,20) = 2886178,5$ , die bei Mädchen ebenfalls größer ist als bei Jungen. Die Effektstärken ist bei beiden Datensätzen aber eher gering. Die Nullhypothesen, dass keine Gruppenunterschiede der Geschlechter bezüglich Körperelbstbild und der Differenz zwischen Körperelbstbild und BMI bestehen, kann verworfen werden. Die Mittelwertunterschiede dieser Gruppen für BMI-Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild sind nicht signifikant.



G2 nimmt an, dass kulturelles Kapital, ökonomisches Kapital, soziales Kapital und symbolisches Kapital gemeinsam die Differenz zwischen BMI und Körper selbstbild (KSsubjBMIdiff) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Es wurde zunächst auf Ausreißer, die Unabhängigkeit der Residuen, Multikollinearität, Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen getestet. Die Voraussetzungen zur Durchführung multiplen linearen Regression lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlen.

Abhängige Variable: KSsubjBMIdiff

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	0,26	0,18		1,49	0,14	-0,08	0,61
SDsssB	0,01	0,02	0,02	0,65	0,52	-0,03	0,05
MNbuch	0,06	0,02	0,11	3,31	< 0,001	0,03	0,10
schultyp	0,05	0,03	0,07	1,86	0,06	-0,00	0,11
KY27g_M	-0,08	0,03	-0,08	-2,49	< 0,01	-0,14	-0,02
SDEcasminmz	-0,02	0,01	-0,05	-1,15	0,25	-0,04	0,01
SDEcasminvz	0,01	0,01	0,04	1,09	0,28	-0,01	0,04
SDEses_eink	-0,02	0,02	-0,04	-1,09	0,27	-0,05	0,01
SDEses_ber	-0,01	0,02	-0,01	-0,30	0,77	-0,05	0,03

Anmerkungen: N = 1014;  $R^2 = 0,02$ ; korr.  $R^2 = 0,02$ ;  $F(8; 1005) = 3,00$ ;  $p < 0,01$

Abbildung 19: Multiple lineare Regression Kapital Körper selbstbild, KiGGS

Das Modell hat mit einem  $R^2 = 0,02$  (korrigiertes  $R^2 = 0,02$ ) eine niedrige Anpassungsgüte (Cohen 1988). Von den acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren nur zwei signifikant, MNbuch ( $p < 0,01$ ) und KY27g\_M ( $p < 0,01$ ), während die anderen ausgewählten Variablen keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells hatten. MNbuch hat einen positiven (Beta = 0,11), KY27g\_M hingegen einen negativen (Beta = -0,08) Effekt auf die Differenz zwischen Körper selbstbild und BMI. Es ist ersichtlich, dass die Kapitalsorten in ihrer Gesamtheit zwar einen signifikanten, aber sehr kleinen Anteil der Varianz erklären. Insgesamt scheint dieses Modell daher nur bedingt geeignet, um die Differenz zwischen Körper selbstbild und BMI zu erklären.

G3 nimmt an, dass es einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang zwischen kulturellem Kapital und der Differenz zwischen BMI und Körper selbstbild gibt. Zur

Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen für kulturelles Kapital (schultyp, SDEcasminmz, SDEcasminvz und MNbuch) und der Differenz zwischen BMI und Körper selbstbild (KSsubjBMIdiff) im KiGGS-Datensatz getestet. Eine vergleichbare Auswertung für den HBSC-Datensatz war nicht möglich, da hier geeignete Variablen zur Beschreibung kulturellen Kapitals fehlen. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert sind.

KiGGS				
KSsubjBMIdiff		N	p	Tau c
	MNbuch	1671	< 0,001	0,07
	schultyp	1252	< 0,05	0,04
	SDEcasminmz	1637	< 0,10	0,03
	SDEcasminvz	1410	0,548	0,01

Abbildung 20: Kendall-Tau-c kulturelles Kapital/Differenz zw. Körper selbstbild und BMI, KiGGS

Die Testung ergibt eine statistisch signifikante, aber sehr geringe positive Korrelation für eigenen kulturelles Kapital (MNbuch), allerdings nicht für elterliches (SDEcasminmz, SDEcasminvz). Der signifikant positive Zusammenhang mit schultyp ist so gering, dass er ebenfalls nicht existent gewertet werden muss. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann nur zum Teil verworfen werden.

G4 nimmt an, dass es einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang zwischen ökonomischem Kapital und der Differenz zwischen BMI und Körper selbstbild gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen für eigenes ökonomisches Kapital (KiGGS: KY27g\_M; HBSC: -), soziales Kapital als familiäres ökonomisches Kapital (KiGGS: SDEses\_eink; HBSC: IRFAS) und der Differenz zwischen BMI und Körper selbstbild (KSsubjBMIdiff) im KiGGS-Datensatz getestet. Als Zusammenhangsmaß wurde wiederum Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert sind.

	KiGGS			HBSC		
	N	p	Tau c	N	p	Tau c
KY27g_M	1661	0,12	-0,25			
SDEses_eink/IRFAS	1698	0,60	0,01	3641	0,43	-0,01

Abbildung 21: Kendall-Tau-c ökonomisches Kapital/Differenz zw. Körper selbstbild und BMI Vergleich KiGGS/HBSC

Weder für die Variablen des KiGGS- noch des HBSC-Datensatzes konnten signifikante Zusammenhänge zwischen ökonomischem Kapital und der Differenz zwischen Körper selbstbild und BMI festgestellt werden. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann somit nicht verworfen werden.

### 5.3.2 Stigmatisierung

Zur Messung der Wirkung von Stigmatisierung auf Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas wurden sieben Teilhypothesen (S1 bis S7) identifiziert, die im Folgenden mittels deskriptiv- und inferenzstatistischer Analysen getestet werden. S1 nimmt an, dass Mobbing Erfahrung bei Jugendlichen mit hohem BMI (Ü/A) häufiger auftritt als bei der Vergleichsgruppe (normal- beziehungsweise untergewichtige Jugendliche, N/U). Zur Prüfung dieser Hypothese wurde auf Gruppenunterschiede getestet. Die Variablen beider Datensätze (KiGGS: VApeer; HBSC: beenbullied) erfüllen die Voraussetzungen zur Durchführung von t-Tests. Neben der Skala zu Peer-Problemen kann Mobbing im KiGGS-Datensatz auch über die Variable VAsdq19 abgebildet werden. Da diese ordinalskaliert ist, wurde zur Testung der Gruppenunterschiede auf den nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test zurückgegriffen. In den Datensätzen unterscheiden sich die Gruppengrößen deutlich.

Gruppe	KiGGS		HBSC	
	Ü/A	N/U	Ü/A	N/U
Fallzahl (N)	277	1438	414	3249
Mittelwert ( $\bar{x}$ )	1,36	1,21	1,64	1,37
Standardabweichung (s)	0,61	0,49	1,11	0,91

Abbildung 22: Deskriptive Statistik t-Test Mobbing Vergleich KiGGS/HBSC

Es gibt in beiden Datensätzen einen statistisch signifikanten Unterschied bei Peer-Problemen zwischen den Gruppen der Jugendlichen mit nach Kromeyer-Hausschild klassifiziertem Übergewicht oder Adipositas. KiGGS: 95%-CI [-0,22; -0,09];  $t(1713) = -4,62$ ;  $p < 0,001$ ; HBSC: (95%-CI [-0,37; -0,18]);  $t(3661) = -5,55$ ;  $p < 0,001$ . Für die Variable VAsdq19 belegt der Mann-Whitney-U-Test ( $U [N_{N/U} = 1430; N_{Ü/A} = 274; z = -3,01; p < 0,001; r = 0,07]^{60} = 182652,5$ ), dass Jugendliche mit nach Kromeyer-Hauschild klassifiziertem Übergewicht oder Adipositas statistisch signifikant häufiger angeben, gehänselt zu werden ( $\bar{x} = 1,36$ ) als normal- oder untergewichtige Jugendliche ( $\bar{x} = 1,21$ ), allerdings bei sehr geringer Effektstärke von  $r = 0,07$ . Dennoch kann die Nullhypothese verworfen werden, dass keine Gruppenunterschiede bezüglich der Mobbing Erfahrung zwischen Jugendlichen mit und ohne Übergewicht beziehungsweise Adipositas bestehen.

<sup>60</sup> Die Effektstärke  $r$  wurde händisch mittels der Formel  $r = \left| \frac{z}{\sqrt{N}} \right|$  berechnet.

S2 nimmt an, dass Jugendliche mit hohem BMI weniger soziale Unterstützung erfahren als normal- beziehungsweise Untergewichtige Jugendliche. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde auf Gruppenunterschiede getestet. Die Variable SFSS des KiGGS-Datensatzes erfüllt die Voraussetzung zur Durchführung eines t-Tests; ein Vergleich mit dem HBSC-Datensatz ist nicht aber nicht möglich, da dort keine geeignete Variable zur Messung sozialer Unterstützung vorliegt. Der durchschnittliche Skalenwert für soziale Unterstützung ist bei der Gruppe der unter- beziehungsweise normalgewichtigen Jugendlichen statistisch signifikant höher als bei Jugendlichen mit Übergewicht beziehungsweise Adipositas (95%-CI [2,12; 6,11]);  $t(1699) = 4,04$ ;  $p < 0,001$ .

Gruppe	Ü/A	N/U
N	276	1424
$\bar{x}$	82,02	86,13
s	17,12	15,17
T		4,04
Freiheitsgrade (df)		1699
Signifikanz (p)		< 0,001
Mittlere Differenz		4,11

Abbildung 23: t-Test soziale Unterstützung KiGGS

Folglich kann die Nullhypothese, dass keine Gruppenunterschiede bezüglich der sozialen Unterstützung zwischen Jugendlichen mit und ohne Übergewicht beziehungsweise Adipositas bestehen, verworfen werden.

S3 nimmt an, dass Jugendliche mit hohem BMI eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität haben als normal- beziehungsweise untergewichtige Jugendliche. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde auf Gruppenunterschiede getestet. Die Variable zu gesundheitsbezogener Lebensqualität (Health Related Quality of Life, HRQoL) des KiGGS-Datensatzes (KC27IN\_R) erfüllt die Voraussetzungen zur Durchführung eines t-Tests. Die Variable zu des HBSC-Datensatzes (HRQoL) ist ordinalskaliert mit lediglich vier Ausprägungen, somit wurde zur Testung der Gruppenunterschiede auf den Mann-Whitney-U-Test zurückgegriffen.

Gruppe	KiGGS		HBSC	
	Ü/A	N/U	Ü/A	N/U
N	243	1294	416	3260
$\bar{x}$	1,28	1,65	3,00	3,21
s	0,91	0,94		

Abbildung 24: Deskriptive Statistik Gruppenvergleich HRQoL Vergleich KiGGS/HBSC

Es gibt in beiden Datensätzen einen statistisch signifikanten Unterschied bei HRQoL zwischen den Gruppen der Jugendlichen mit nach Kromeyer-Hausschild klassifiziertem Übergewicht oder Adipositas (KiGGS: 95%-CI [-0,25; 0,50];  $t(1535) = 5,73$ ;  $p < 0,001$ ; HBSC:  $U [z = -5,03$ ;  $p < 0,001$ ;  $r = 0,08] = 580089,0$ ). Der Mann-Whitney-U-Test für HBSC ergab zwar, dass Jugendliche mit nach Kromeyer-Hauschild klassifiziertem Übergewicht oder Adipositas eine niedrigere HRQoL haben ( $\bar{x} = 3,00$ ) als normal- oder untergewichtige Jugendliche ( $\bar{x} = 3,21$ ), allerdings bei sehr geringer Effektstärke von  $r = 0,08$ .

S4 nimmt an, dass Jugendliche mit hohem BMI stärkere psychische oder emotionale Einschränkungen haben als normal- beziehungsweise untergewichtige Jugendliche. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde auf Gruppenunterschiede getestet. Die Variablen beider Datensätze (KiGGS: KC27pw\_R; HBSC: psychunwohl) erfüllen die Voraussetzungen des t-Tests nicht, somit wurde zur Testung der Gruppenunterschiede auf den Mann-Whitney-U-Test zurückgegriffen.

		KiGGS		HBSC	
Gruppe		Ü/A	N/U	Ü/A	N/U
	N	272	1413	422	3295
	Mittlerer Rang	743,87	862,08	1735,71	1874,79
	U	165205,5		643216,5	
	p	< 0,001		< 0,01	
	r	0,09		0,04	

Abbildung 25: Mann-Whitney-U-Test psychische Einschränkungen Vergleich KiGGS/HBSC

Für beide Datensätze belegt der Mann-Whitney-U-Test (KiGGS:  $U [z = -3,68$ ;  $p < 0,001$ ;  $r = 0,09] = 165205,5$ ; HBSC:  $U [z = -2,67$ ;  $p < 0,01$ ;  $r = 0,04] = 643216,5$ ), dass Jugendliche mit nach Kromeyer-Hauschild klassifiziertem Übergewicht oder Adipositas statistisch signifikant häufiger von psychischen oder emotionalen Einschränkungen betroffen sind als normal- oder untergewichtige Jugendliche. Allerdings ist die jeweilige Effektstärke sehr gering. Dennoch kann die Nullhypothese, dass keine Gruppenunterschiede bezüglich psychischer oder emotionaler Einschränkungen bestehen, verworfen werden.

S5 nimmt an, dass das Körper selbstbild den statistischen Zusammenhang zwischen BMI und Mobbing erfahrung mediiert. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine partielle Korrelation berechnet. Die Variablen (KiGGS: VApeer, KSsubj, USbmiB\_kh2; HBSC: beenbullied, thinkbody, KH2) beider Datensätze erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation. Die Variable VAsdq19 des KiGGS-Datensatzes, die

ebenfalls Aussagen über Mobbingerfahrung ermöglicht, erfüllt die Voraussetzungen nicht und wird aus der Analyse exkludiert.

	KiGGS	HBSC
N	1678	3620
Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )	0,11	0,06
$p_u$	< 0,001	< 0,001
Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )	0,03	0,00
$p_k$	0,20	0,46

Abbildung 26: Partielle Korrelation BMI und Mobbingerfahrung, Kontrolle Körper selbstbild Vergleich KiGGS/HBSC

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren Mobbingerfahrung und BMI in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber nur schwach bis sehr schwach positiv. Nach Kontrolle für das Körper selbstbild ist kein Zusammenhang zwischen den Variablen mehr nachweisbar. Die Nullhypothese, dass das Körper bild keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Mobbingerfahrung und BMI hat, kann somit verworfen werden.

S6 nimmt an, dass das Körper selbstbild Mediator für den Zusammenhang zwischen BMI und gesundheitsbezogener Lebensqualität ist. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine partielle Korrelation berechnet. Die Variablen (KiGGS: KC27IN\_R, KSsubj, USbmiB\_kh2; HBSC: HRQoL, thinkbody, KH2) beider Datensätze erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation.

	KiGGS	HBSC
N	1519	3637
Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )	-0,15	-0,09
$p_u$	< 0,001	< 0,001
Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )	-0,07	-0,03
$p_k$	< 0,01	0,06

Abbildung 27: Partielle Korrelation BMI und HRQoL, Kontrolle Körper selbstbild Vergleich KiGGS/HBSC

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren HRQoL und BMI in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber schwach bis sehr schwach negativ. Nach Kontrolle für das Körper selbstbild ist im KiGGS-Datensatz weiterhin ein signifikanter Zusammenhang feststellbar, im HBSC-Datensatz ist der Zusammenhang zwischen den Variablen nicht mehr signifikant. Da auch der Zusammenhang im KiGGS-Datensatz mit

$r_k = -0,07$  sehr schwach ist, kann die Nullhypothese, dass das Körperbild keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen HRQoL und BMI hat, verworfen werden.

S7 nimmt an, dass das Körper selbstbild Mediator für den Zusammenhang zwischen BMI und emotionalen sowie psychischen Einschränkungen ist. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine partielle Korrelation berechnet. Die Variablen (KiGGS: VAsdq3/KC27pw\_R, KSsubj, USbmiB\_kh2; HBSC: psychunwohl, thinkbody, KH2) beider Datensätze erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation.

		KiGGS		HBSC
		VAsdq3	KC27pw_R	psychunwohl
	N	1653	1653	3677
	Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )	0,10	-0,08	-0,06
	$p_u$	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )	0,03	0,01	-0,01
	$p_k$	0,17	0,77	0,64

Abbildung 28: Partielle Korrelation BMI und psychische Einschränkungen, Kontrolle Körper selbstbild Vergleich KiGGS/HBSC

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren emotionales und psychisches Wohlbefinden mit dem BMI in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber sehr schwach negativ. Psychische Einschränkungen korrelieren im KiGGS-Datensatz schwach positiv. Nach Kontrolle für das Körper selbstbild ist kein Zusammenhang zwischen den Variablen nachweisbar. Die Nullhypothese, dass das Körper bild keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen psychischen sowie emotionalen Einschränkungen und BMI hat, kann somit verworfen werden.

### 5.3.3 Informelle institutionalisierte Versorgung

Zur Messung der Wirkung informeller institutionalisierter Versorgung auf Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas wurden fünf Teilhypothesen (V1 bis V5) identifiziert, die im Folgenden mittels deskriptiv- und inferenzstatistischer Analysen getestet werden. V1 nimmt an, dass soziale Unterstützung durch Familie (KiGGS: KC27p\_R; HBSC: famskala) und Freunde (KiGGS: KC27pe\_R; HBSC: friendskala) den Zusammenhang zwischen BMI (KiGGS: USbmiB\_kh2; HBSC: KH2) und (gesundheitsbezogener) Lebensqualität (KiGGS: KC27IN\_R; HBSC: lifesat), gesundheitlicher Selbsteinschätzung (KiGGS: GZmehm1\_ki; HBSC: health\_k2), körperlichem Wohlbefinden (KiGGS:

KC27ph\_R) sowie emotionalen oder psychischen Einschränkungen (KiGGS: KC27pw\_R, VAsdq; HBSC: psychunwohl) beeinflusst. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde partielle Korrelation berechnet. Die Variablen beider Datensätze erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation, für körperliches Wohlbefinden konnte lediglich im KiGGS-Datensatz getestet werden, da bei HBSC eine geeignete Variable zur Darstellung fehlt.

Zusammenhang mit BMI		KiGGS	N	HBSC	N
Ursprüngliche Korrelation	$r_k$ (KC27IN_R/lifesat)	-0,14**	1496	-0,10**	3396
	$r_k$ (GZmehm1_ki/ health_k2)	-0,11**	1496	-0,08**	3396
	$r_k$ (KC27pw_R/psychunwohl)	-0,08**	1496	-0,06**	3396
	$r_k$ (VAsdq)	0,11**	1496		
	$r_k$ (KC27ph_R)	-0,19**	1496		
Kontrolliert für soziale Unterstützung	$r_u$ (KC27IN_R/lifesat)	-0,11**	1494	-0,09**	3394
	$r_u$ (GZmehm1_ki/ health_k2)	-0,10**	1494	-0,07**	3394
	$r_u$ (KC27pw_R/psychunwohl)	-0,04	1494	-0,04*	3394
	$r_u$ (VAsdq)	0,08**	1494		
	$r_u$ (KC27ph_R)	-0,17**	1494		

\*\*p < 0,01; \*p < 0,05

Abbildung 29: Partielle Korrelation BMI, Kontrolle soziale Unterstützung Vergleich KiGGS/HBSC

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren die untersuchten Variablen in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber nur schwach bis sehr schwach positiv mit dem BMI. Die Kontrolle für soziale Unterstützung schwächt die jeweiligen Zusammenhänge nur in geringem Maße ab, lediglich der Zusammenhang mit KC27pw\_R ist hierdurch nicht mehr signifikant. Die Nullhypothese, dass die soziale Unterstützung keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen und dem BMI hat, kann somit nicht verworfen werden.

V2 nimmt an, dass es bei Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas einen positiven Zusammenhang zwischen familiärer (KiGGS: KC27p\_R; HBSC: famskala) beziehungsweise freundschaftlicher (KiGGS: KC27pe\_R; HBSC: freundsкала) Unterstützung und gesundheitlicher Selbsteinschätzung (KiGGS: GZmehm1\_ki; HBSC: health\_k2) beziehungsweise gesundheitsbezogener Lebensqualität (KiGGS: KC27IN\_R; HBSC: HRQoL) gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen in beiden Datensätzen für die Gruppe der Jugendlichen mit



Übergewicht oder Adipositas (KiGGS: USbmiB\_kh2 = 1; HBSC: KH2 = 1) getestet. Als Zusammenhangsmaß wurde Pearsons r gewählt, da die untersuchten Variablen metrisch skaliert oder dichotom sind.

	KiGGS			HBSC		
	N	p	r	N	p	r
KC27IN_R/HRQoL						
KC27pe_R/friendskala	243	< 0,001	0,61	380	< 0,01	0,16
KC27p_R/ famskala	243	< 0,001	0,48	380	< 0,001	0,30
Gesundheitliche Selbsteinschätzung						
KC27pe_R/friendskala	269	< 0,05	0,15	382	< 0,05	0,10
KC27p_R/ famskala	262	0,20	0,08	382	< 0,001	0,29

Abbildung 30: Pearsons r soziale Unterstützung ges. Selbsteinschätzung und HRQoL Vergleich KiGGS/HBSC

Für den KiGGS-Datensatz können signifikante positive Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und sozialer Unterstützung durch Freunde ( $r = 0,61$ ) beziehungsweise Familie ( $r = 0,48$ ) festgestellt werden. Bei gesundheitlicher Selbsteinschätzung gibt es lediglich einen sehr schwachen ( $r = 0,15$ ) Zusammenhang mit freundschaftlicher, aber keinen mit familiärer Unterstützung. Im HBSC-Datensatz konnte für dieselben Begriffe signifikante Zusammenhänge ermittelt werden, allerdings ist jeweils der Zusammenhang mit familiärer Unterstützung ( $r = 0,30$  beziehungsweise  $r = 0,29$ ) höher als der durch Freunde ( $r = 0,16$  beziehungsweise  $r = 0,10$ ). Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann zum Großteil verworfen werden.

V3 postuliert, dass es bei Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas einen Zusammenhang zwischen familiärer (KiGGS: KC27p\_R; HBSC: famskala) beziehungsweise freundschaftlicher (KiGGS: KC27pe\_R; HBSC: friendskala) Unterstützung und körperlichem Wohlbefinden (KiGGS: KC27ph\_R; HBSC: -) beziehungsweise emotionalen oder psychischen Einschränkungen (KiGGS: KC27pw\_R, VAsdq; HBSC: psychunwohl) gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen in beiden Datensätzen für die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (KiGGS: USbmiB\_kh2 = 1; HBSC: KH2 = 1) getestet. Im HBSC-Datensatz konnte lediglich für psychische Einschränkungen getestet werden, da für die anderen Begriffe geeignete Variablen fehlen. Als Zusammenhangsmaß wurde Pearsons r gewählt, da die untersuchten Variablen metrisch skaliert oder dichotom sind.

		KiGGS			HBSC		
Freundschaftliche Unterstützung		N	p	r	N	p	r
	KC27ph_R	264	< 0,001	0,22			
	VAsdq	269	0,24	-0,07			
	KC27pw_R/psychunwohl	263	< 0,001	0,30	386	< 0,01	0,12
Familiäre Unterstützung		N	p	r	N	p	r
	KC27ph_R	259	< 0,05	0,15			
	VAsdq	261	< 0,01	-0,19			
	KC27pw_R/psychunwohl	256	< 0,001	0,39	386	< 0,001	0,20

Abbildung 31: Pearsons r soziale Unterstützung psychische Einschränkungen körperliches Wohlbefinden Vergleich KiGGS/HBSC

Für beide Datensätze können signifikante Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung durch Freunde beziehungsweise Familie und emotionalen oder psychischen Einschränkungen sowie körperlichem Wohlbefinden festgestellt werden. Besonders hoch ist dabei der Zusammenhang von freundschaftlicher und elterlicher Unterstützung bei psychischen Einschränkungen ( $r = 0,30$  beziehungsweise  $r = 0,39$ ), kein Zusammenhang besteht im KiGGS-Datensatz zwischen emotionalen Einschränkungen (VAsdq) und sozialer Unterstützung durch Freunde. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann zum Großteil verworfen werden.

V4 nimmt an, dass es bei Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas einen positiven Zusammenhang zwischen Onlinekontakten (emconlfreq) beziehungsweise Onlinethemen (emconlpref) und gesundheitlicher Selbsteinschätzung (health) beziehungsweise gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL) gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen für diese Gruppe ( $KH2 = 1$ ) getestet. Die Voraussetzungen lagen lediglich für HBSC vor, da im KiGGS-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung von Onlinekontakten und Onlinethemen fehlen. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert sind.

HBSC				
Onlinekontakte		N	p	Tau c
	health	330	0,26	0,05
	HRQoL	328	0,62	0,02
Onlinethemen				
	health	330	< 0,05	-0,11
	HRQoL	328	< 0,001	-0,19

Abbildung 32: Kendall-Tau-c Onlinekontakte beziehungsweise Onlinethemen/Gesundheit beziehungsweise HRQoL, HBSC

Es kann lediglich ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen Onlinethemen und gesundheitlicher Selbsteinschätzung beziehungsweise HRQoL festgestellt werden. Dies widerspricht der Teilhypothese fünf. Folglich kann die Nullhypothese, dass kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, nicht verworfen werden.

V5 nimmt an, dass es bei Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas einen positiven Zusammenhang zwischen Onlinekontakten (emconlfreq) beziehungsweise Onlinethemen (emconlpref) und emotionalen oder psychischen Einschränkungen (psychunwohl) gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen für die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (KH2 = 1) getestet. Die Voraussetzungen lagen lediglich für HBSC vor, da im KiGGS-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung von Onlinekontakten und Onlinethemen fehlen.

HBSC				
Psychisches Unwohlsein		N	p	Tau c
	emconlfreq	332	0,70	0,02
	emconlpref	332	< 0,001	-0,18

Abbildung 33: Kendall-Tau-c Onlinekontakte beziehungsweise Onlinethemen/emo. psy. Einschränkungen, HBSC

Es kann lediglich ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen Onlinethemen und emotionalen oder psychischen Einschränkungen festgestellt werden. Dies widerspricht der Annahme der Teilhypothese sechs. Folglich kann die Nullhypothese, dass kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, nicht verworfen werden.

### 5.3.4 Gesundheitskapital

Zur Messung des Einflusses von Gesundheitskapital auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen wurden sechs Teilhypothesen (GK1 bis GK6) identifiziert, die im

Folgenden mittels deskriptiv- und inferenzstatistischer Analysen getestet werden. GK1 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches und soziales Kapital für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas die Selbsteinschätzung bezüglich ihres symbolischen Kapitals (SDsssB) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden mehrere multiple lineare Regressionen durchgeführt. In der ersten Analyse wurden keine Filter gesetzt, in der zweiten wurde die Gruppe der unter- und normalgewichtigen Jugendlichen (U/N) untersucht und in der letzten die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (Ü/A). Es wurde jeweils auf Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, Multikollinearität, Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen getestet. Die Voraussetzungen zur Durchführung multiplen linearen Regression lagen lediglich für KiGGS vor, im HBSC-Datensatz fehlen geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen und zum Teil sozialen Kapitals.

Abhängige Variable: SDsssB

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	3,57	0,11		31,12	< 0,001	3,34	3,79
SDEcasminmz	0,02	0,01	0,04	2,18	< 0,05	0,00	0,04
SDEcasminvz	0,04	0,01	0,07	4,42	< 0,001	0,02	0,06
MNbuch	-0,04	0,01	-0,03	-2,67	< 0,01	-0,07	-0,01
SDEses_eink	0,19	0,01	0,26	16,87	< 0,001	0,17	0,21
KY27g_M	0,35	0,02	0,20	15,20	< 0,001	0,30	0,39
SDEses_ber	0,04	0,02	0,05	2,94	< 0,001	0,01	0,07

Anmerkungen: N = 4907; R<sup>2</sup> = 0,19; korr. R<sup>2</sup> = 0,18; F(6; 4900) = 185,67; p < 0,01

Abbildung 34: Multiple lineare Regression Kapital symbolisches Kapital, alle Gruppen, KiGGS

Das ungefilterte Modell hat mit einem R<sup>2</sup> = 0,19 (korrigiertes R<sup>2</sup> = 0,18) eine mittlere Anpassungsgüte (Cohen 1988). Alle sechs Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren signifikant, wobei mit SDEses\_eink und KY27g\_M lediglich familiäres und eigenes ökonomisches Kapital einen relevanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten. Dennoch ist ersichtlich, dass die Kapitalsorten in ihrer Gesamtheit mit 18 % einen signifikanten Anteil der Varianz des symbolischen Kapitals bei Jugendlichen erklären.

Abhängige Variable: SDsssB

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	3,86	0,25		15,50	< 0,001	3,37	4,35
SDEcasminmz	0,02	0,02	0,03	0,99	0,32	-0,02	0,06
SDEcasminvz	0,04	0,02	0,06	1,76	0,08	0,00	0,08
MNbuch	-0,04	0,03	-0,04	-1,39	0,16	-0,10	0,02
SDEses_eink	0,18	0,02	0,24	7,59	< 0,001	0,13	0,22
KY27g_M	0,34	0,05	0,19	6,78	< 0,001	0,24	0,43
SDEses_ber	0,03	0,03	0,03	0,94	0,35	-0,03	0,09

Anmerkungen: N = 1126;  $R^2 = 0,15$ ; korr.  $R^2 = 0,15$ ;  $F(6; 1119) = 33,35$ ;  $p < 0,01$

Abbildung 35: Multiple lineare Regression Kapital symbolisches Kapital, N/U, KiGGS

Das Modell für unter- und normalgewichtige Jugendliche hat mit einem  $R^2 = 0,15$  (korrigiertes  $R^2 = 0,15$ ) eine geringere, aber immer noch mittlere Anpassungsgüte (Cohen 1988). Zwei der sechs Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, SDEses\_eink und KY27g\_M, waren signifikant mit Beta-Werten von 0,24 beziehungsweise 0,19. Es ist ersichtlich, dass insbesondere das eigene sowie familiäre ökonomische Kapital einen signifikanten Anteil der Varianz des symbolischen Kapitals erklären.

Abhängige Variable: SDsssB

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	3,50	0,52		6,69	< 0,001	2,47	4,53
SDEcasminmz	0,04	0,06	0,06	0,70	0,49	-0,07	0,15
SDEcasminvz	0,14	0,05	0,22	2,69	< 0,01	0,04	0,25
MNbuch	-0,04	0,07	-0,04	-0,62	0,54	-0,19	0,10
SDEses_eink	0,22	0,05	0,30	4,02	< 0,001	0,11	0,33
KY27g_M	0,30	0,11	0,18	2,70	< 0,01	0,08	0,52
SDEses_ber	-0,05	0,08	-0,05	-0,62	0,53	-0,21	0,11

Anmerkungen: N = 191;  $R^2 = 0,25$ ; korr.  $R^2 = 0,22$ ;  $F(6; 184) = 9,94$ ;  $p < 0,01$

Abbildung 36: Multiple lineare Regression Kapital symbolisches Kapital, Ü/A, KiGGS

Das Modell für Jugendliche mit Adipositas hat mit einem  $R^2 = 0,25$  (korrigiertes  $R^2 = 0,22$ ) eine wiederum mittlere, aber deutlich höhere Anpassungsgüte als die Vergleichsmodelle. Drei der sechs Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, SDEses\_eink, KY27g\_M und SDEcasminvz, liefern mit Betas zwischen 0,18 und 0,30 signifikante Beiträge. Es ist ersichtlich, dass im Vergleich zu dem Modell für unter- und normalgewichtige Jugendliche neben dem ökonomischen Kapital die Bildung des Vaters einen signifikanten Anteil der Varianz des symbolischen Kapitals erklärt.

GK2 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas das Körper selbstbild (KSsubj) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden mehrere multiple lineare Regressionen durchgeführt. In der ersten Analyse wurden keine Filter gesetzt, in der zweiten die Gruppe der unter- und normalgewichtigen Jugendlichen (U/N) untersucht und in der letzten die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (Ü/A). Es wurde jeweils auf Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, Multikollinearität, Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen getestet. Die Voraussetzungen zur Durchführung multipler linearer Regression lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlen.

Abhängige Variable: KSsubj; Gruppen U/N und Ü/A

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	3,66	0,09		42,36	< 0,001	3,49	3,83
SDEcasminmz	0,00	0,01	0,01	0,62	0,54	-0,01	0,02
SDEcasminvz	-0,02	0,01	-0,06	-3,01	< 0,001	-0,03	-0,01
MNbuch	0,03	0,01	0,05	3,46	< 0,001	0,01	0,05
SDEses_eink	-0,01	0,01	-0,01	-0,78	0,44	-0,02	0,01
KY27g_M	-0,06	0,02	-0,06	-3,91	< 0,001	-0,09	-0,03
SDEses_ber	-0,02	0,01	-0,04	-2,22	< 0,05	-0,04	0,00
SDsssB	0,00	0,01	0,00	-0,23	0,82	-0,02	0,02

Anmerkungen: N = 4854;  $R^2 = 0,01$ ; korr.  $R^2 = 0,01$ ;  $F(7; 4846) = 10,13$ ;  $p < 0,01$

Abbildung 37: Multiple lineare Regression Kapital Körper selbstbild, alle Gruppen, KiGGS

Das ungefilterte Modell (Abbildung 37) liefert mit einem  $R^2 = 0,01$  (korrigiertes  $R^2 = 0,01$ ) keinen belastbaren Beitrag zur Erklärung der Varianz, obwohl lediglich drei der sieben

Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, SDEcasminmz, SDEses\_eink und SDsssB, nicht signifikant sind.

Das Modell für unter- und normalgewichtige Jugendliche (N = 1108;  $R^2 = 0,01$ ; korr.  $R^2 = 0,01$ ;  $F(7; 1100) = 2,15$ ;  $p < 0,05$ ) hat mit einem  $R^2 = 0,01$  ebenfalls eine Anpassungsgüte unterhalb der von Cohen empfohlenen Stärke (Cohen 1988). Zudem ist lediglich eine der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, MNbuch (Beta = 0,07;  $p < 0,05$ ), signifikant. Das Modell ist folglich nicht geeignet, um das Körperselbstbild bei unter- und normalgewichtigen Jugendlichen zu erklären.

Abhängige Variable: KSsubj; Gruppe Ü/A

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	4,99	0,27		18,42	< 0,001	4,46	5,53
SDEcasminmz	-0,01	0,03	-0,04	-0,42	0,67	-0,06	0,04
SDEcasminvz	-0,02	0,03	-0,07	-0,81	0,42	-0,07	0,03
MNbuch	0,04	0,03	0,09	1,24	0,22	-0,02	0,11
SDEses_eink	0,00	0,03	0,01	0,14	0,89	-0,05	0,06
KY27g_M	-0,15	0,05	-0,22	-2,95	< 0,001	-0,26	-0,05
SDEses_ber	0,00	0,04	-0,01	-0,09	0,93	-0,08	0,07
SDsssB	-0,02	0,03	-0,05	-0,57	0,57	-0,09	0,05

Anmerkungen: N = 190;  $R^2 = 0,08$ ; korr.  $R^2 = 0,05$ ;  $F(7; 182) = 2,35$ ;  $p < 0,05$

Abbildung 38: Multiple lineare Regression Kapital Körperselbstbild, Ü/A, KiGGS

Das Modell für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas (Abbildung 38) hat mit einem  $R^2 = 0,08$  (korrigiertes  $R^2 = 0,05$ ) eine geringe Anpassungsgüte, liegt allerdings im Gegensatz zu den anderen Modellen innerhalb des von Cohen (1988) empfohlenen Bereichs. Lediglich eine der sechs Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M, war signifikant mit Beta = -0,22. Es ist ersichtlich, dass die getesteten Kapitalarten kaum einen Beitrag zur Varianzaufklärung für das Körperselbstbild leisten.

GK3 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas die gesundheitliche Selbsteinschätzung (GZmehm1\_ki) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt. Die Voraussetzungen zur Durchführung einer binären logistischen Regression lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlen.

Abhängige Variable: GZmehm1\_ki; Gruppen U/N und Ü/A

KiGGS	95 % KI für OR						
	B	SE	Wald	p	OR	UG	OG
(Konstante)	-0,87	0,31	7,64	< 0,01	0,42		
SDEcasminmz	-0,01	0,03	0,08	0,78	0,99	0,93	1,05
SDEcasminvz	-0,03	0,03	0,95	0,33	0,97	0,92	1,03
MNbuch	0,00	0,04	0,01	0,93	1,00	0,92	1,09
SDEses_eink	0,04	0,03	1,45	0,23	1,04	0,97	1,11
KY27g_M	0,42	0,06	55,20	< 0,001	1,52	1,36	1,69
SDEses_ber	0,01	0,04	0,11	0,74	1,01	0,93	1,11
SDsssB	0,19	0,04	21,70	< 0,001	1,21	1,12	1,32

Abbildung 39: Binär logistische Regression gesundheitliche Selbsteinschätzung, alle Gruppen, KiGGS

Das ungefilterte binär logistische Regressionsmodell für den KiGGS-Datensatz war statistisch signifikant mit  $\chi^2(7) = 110,88$ ;  $p < 0,001$ ; allerdings lag die Varianzaufklärung mit Nagelkerkes  $R^2 = 0,05$  unterhalb der Empfehlungen von Backhaus et al. (2006). Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigt eine niedrige Anpassungsgüte mit  $\chi^2(8) = 15,72$ ;  $p = 0,047$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation beträgt 90,2 %, mit einer Sensitivität von 0,0 % und einer Spezifität von 99,9 %. Von den sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren zwei signifikant, KY27g\_M (OR = 1,52) und SDsssB (OR = 1,21), während die anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells hatten (Abbildung 39). Das binär logistische Regressionsmodell für unter- und normalgewichtige Jugendliche war statistisch signifikant,  $\chi^2(7) = 38,32$ ;  $p < 0,001$ , allerdings lag die Varianzaufklärung mit Nagelkerkes  $R^2 = 0,07$  zwar höher als beim ungefilterten Modell, aber dennoch unterhalb der empfohlenen Grenze. Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigte eine hohe Anpassungsgüte mit  $\chi^2(8) = 6,07$ ;  $p > 0,05$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 89,0 %, mit einer Sensitivität von 0,8 % und einer Spezifität von 99,9 %. Von den sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren zwei signifikant, KY27g\_M und SDsssB, während die anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells hatten. Das binär logistische Regressionsmodell für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas war statistisch nicht signifikant,  $\chi^2(7) = 7,80$ ;  $p = 0,35$ . Es ist ersichtlich, dass die getesteten Kapitalsorten insbesondere bei Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas keinen Beitrag zur Varianzaufklärung für die gesundheitliche Selbsteinschätzung leisten.



GK4 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas das körperliche Wohlbefinden (KC27ph\_R) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden mehrere multiple lineare Regressionen durchgeführt. In der ersten Analyse wurden keine Filter gesetzt, in der zweiten wurde die Gruppe der unter- und normalgewichtigen Jugendlichen (U/N) untersucht und in der letzten die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (Ü/A). Es wurde jeweils auf Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, Multikollinearität, Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen getestet. Die Voraussetzungen zur Durchführung einer multiplen linearen Regression lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlen.

Abhängige Variable: KC27ph\_R

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-1,19	0,15		-8,16	< 0,001	-1,47	-0,90
SDEcasminmz	0,01	0,01	0,01	0,81	0,42	-0,01	0,03
SDEcasminvz	0,01	0,01	0,02	1,32	0,19	-0,01	0,04
MNbuch	-0,01	0,02	-0,01	-0,37	0,71	-0,04	0,03
SDEses_eink	0,02	0,01	0,03	1,65	0,10	0,00	0,05
KY27g_M	0,30	0,03	0,16	11,00	< 0,001	0,24	0,35
SDEses_ber	-0,02	0,02	-0,02	-1,04	0,30	-0,05	0,02
SDsssB	0,13	0,02	0,13	8,07	< 0,001	0,10	0,17

Anmerkungen: N = 4797;  $R^2 = 0,06$ ; korr.  $R^2 = 0,06$ ;  $F(7; 4789) = 43,03$ ;  $p < 0,01$

Abbildung 40: Multiple lineare Regression Kapital körperliches Wohlbefinden, alle, KiGGS

Das ungefilterte Modell hat mit einem  $R^2 = 0,06$  (korrigiertes  $R^2 = 0,06$ ) eine geringe Anpassungsgüte (Cohen 1988). Zwei der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = 0,16) und SDsssB (Beta = 0,13), sind signifikant. Es ist ersichtlich, dass die Kapitalsorten in ihrer Gesamtheit für Jugendliche nur einen geringen Anteil der Varianz des körperlichen Wohlbefindens erklären.

Abhängige Variable: KC27ph\_R

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-1,13	0,32		-3,58	< 0,001	-1,75	-0,51
SDEcasminmz	-0,02	0,02	-0,03	-0,72	0,47	-0,07	0,03
SDEcasminvz	0,01	0,02	0,01	0,31	0,76	-0,04	0,05
MNbuch	-0,01	0,04	-0,01	-0,39	0,70	-0,08	0,06
SDEses_eink	0,00	0,03	0,00	0,09	0,93	-0,05	0,06
KY27g_M	0,33	0,06	0,17	5,72	< 0,001	0,22	0,45
SDEses_ber	0,02	0,04	0,02	0,61	0,54	-0,05	0,09
SDsssB	0,13	0,03	0,12	3,62	< 0,001	0,06	0,19

Anmerkungen: N = 1096; R<sup>2</sup> = 0,06; korr. R<sup>2</sup> = 0,05; F(7; 1088) = 9,25; p < 0,01

Abbildung 41: Multiple lineare Regression Kapital körperliches Wohlbefinden, U/N, KiGGS

Das Modell für unter- und normalgewichtige Jugendliche hat mit einem R<sup>2</sup> = 0,06 (korrigiertes R<sup>2</sup> = 0,05) eine geringe Anpassungsgüte (Cohen 1988). Zwei der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = 0,17) und SDsssB (Beta = 0,12), sind signifikant. Es ist ersichtlich, dass die Kapitalsorten in ihrer Gesamtheit nur einen geringen Anteil der Varianz des körperlichen Wohlbefindens für unter- und normalgewichtige Jugendliche erklären.

Abhängige Variable: KC27ph\_R

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-1,63	0,58		-2,83	< 0,01	-2,77	-0,49
SDEcasminmz	0,04	0,05	0,06	0,65	0,51	-0,07	0,14
SDEcasminvz	0,00	0,05	0,01	0,08	0,94	-0,10	0,11
MNbuch	-0,02	0,07	-0,02	-0,31	0,76	-0,16	0,12
SDEses_eink	0,02	0,06	0,03	0,31	0,75	-0,10	0,13
KY27g_M	0,23	0,11	0,16	2,04	< 0,05	0,01	0,45
SDEses_ber	-0,06	0,08	-0,08	-0,77	0,44	-0,23	0,10
SDsssB	0,18	0,08	0,19	2,31	< 0,05	0,03	0,33

Anmerkungen: N = 186; R<sup>2</sup> = 0,09; korr. R<sup>2</sup> = 0,05; F(7; 178) = 2,38; p < 0,05

Abbildung 42: Multiple lineare Regression Kapital körperliches Wohlbefinden, Ü/A, KiGGS

Das Modell für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas hat mit einem  $R^2 = 0,09$  (korrigiertes  $R^2 = 0,05$ ) zwar eine geringe Anpassungsgüte, die allerdings über den Werten der Vergleichsgruppen liegt. Nur zwei der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = 0,16) und SDsssB (Beta = 0,19), sind signifikant. Folglich ist ersichtlich, dass die getesteten Kapitalsorten lediglich einen geringen Beitrag zur Varianzaufklärung für körperliches Wohlbefinden leisten, zudem unterscheiden sich die untersuchten Gruppen lediglich marginal.

GK5 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas die gesundheitsbezogene Lebensqualität (KC27IN\_R) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden mehrere multiple lineare Regressionen durchgeführt. In der ersten Analyse wurden keine Filter gesetzt, in der zweiten die Gruppe der unter- und normalgewichtigen Jugendlichen (U/N) untersucht und in der letzten die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (Ü/A). Es wurde jeweils auf Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, Multikollinearität, Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen getestet. Die Voraussetzungen zur Durchführung multipler linearer Regression lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlen.

Abhängige Variable: KC27IN\_R

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-1,06	0,09		-11,12	< 0,001	-1,24	-0,87
SDEcasminmz	-0,01	0,01	-0,01	-0,68	0,50	-0,02	0,01
SDEcasminvz	0,00	0,01	-0,01	-0,61	0,54	-0,02	0,01
MNbuch	0,03	0,01	0,03	2,50	< 0,01	0,01	0,05
SDEses_eink	0,01	0,01	0,02	1,25	0,21	-0,01	0,03
KY27g_M	0,46	0,02	0,36	25,88	< 0,001	0,42	0,49
SDEses_ber	-0,01	0,01	-0,02	-1,27	0,20	-0,04	0,01
SDsssB	0,10	0,01	0,14	9,19	< 0,001	0,08	0,12

Anmerkungen: N = 4591;  $R^2 = 0,17$ ; korr.  $R^2 = 0,17$ ;  $F(7; 4583) = 138,36$ ;  $p < 0,01$

Abbildung 43: Multiple lineare Regression Kapital HRQoL, alle, KiGGS

Das ungefilterte Modell hat mit einem  $R^2 = 0,17$  (korrigiertes  $R^2 = 0,17$ ) eine moderate Anpassungsgüte (Cohen 1988). Drei der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, MNbuch (Beta = 0,03), KY27g\_M (Beta = 0,36) und SDsssB (Beta = 0,14), sind signifikant. Es ist ersichtlich, dass das Modell insbesondere für eigenes Kapital einen

Beitrag zur Varianzerklärung für gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Jugendlichen leisten kann.

Abhängige Variable: KC27IN\_R

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-1,13	0,20		-5,55	< 0,001	-1,53	-0,73
SDEcasminmz	0,00	0,02	-0,01	-0,30	0,76	-0,04	0,03
SDEcasminvz	-0,02	0,02	-0,04	-1,05	0,29	-0,05	0,01
MNbuch	0,02	0,02	0,03	0,98	0,33	-0,02	0,07
SDEses_eink	0,01	0,02	0,01	0,30	0,76	-0,03	0,04
KY27g_M	0,48	0,04	0,37	12,72	< 0,001	0,41	0,55
SDEses_ber	0,02	0,02	0,03	0,72	0,47	-0,03	0,06
SDsssB	0,09	0,02	0,13	4,18	< 0,001	0,05	0,14

Anmerkungen: N = 1040; R<sup>2</sup> = 0,18; korr. R<sup>2</sup> = 0,17; F(7; 1032) = 32,25; p < 0,01

Abbildung 44: Multiple lineare Regression Kapital HRQoL, U/N, KiGGS

Das Modell für unter- und normalgewichtige Jugendliche hat mit einem R<sup>2</sup> = 0,18 (korrigiertes R<sup>2</sup> = 0,17) eine moderate Anpassungsgüte (Cohen 1988). Zwei der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = 0,37) und SDsssB (Beta = 0,13), sind signifikant. Es ist ersichtlich, dass das Modell einen Beitrag zur Varianzerklärung für gesundheitsbezogene Lebensqualität bei unter- und normalgewichtigen Jugendlichen leisten kann.

Abhängige Variable: KC27IN\_R

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-1,02	0,42		-2,42	< 0,05	-1,85	-0,19
SDEcasminmz	0,00	0,04	-0,01	-0,13	0,90	-0,08	0,07
SDEcasminvz	0,02	0,04	0,05	0,55	0,58	-0,06	0,10
MNbuch	0,02	0,05	0,03	0,48	0,63	-0,08	0,12
SDEses_eink	0,04	0,04	0,09	1,05	0,29	-0,04	0,13
KY27g_M	0,47	0,08	0,41	5,57	< 0,001	0,30	0,63
SDEses_ber	-0,08	0,06	-0,12	-1,29	0,20	-0,19	0,04
SDsssB	0,05	0,06	0,07	0,88	0,38	-0,06	0,16

Anmerkungen: N = 172; R<sup>2</sup> = 0,21; korr. R<sup>2</sup> = 0,17; F(7; 164) = 6,10; p < 0,01

Abbildung 45: Multiple lineare Regression Kapital HRQoL, Ü/A, KiGGS

Das Modell für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas hat mit einem  $R^2 = 0,21$  (korrigiertes  $R^2 = 0,17$ ) zwar eine moderate Anpassungsgüte, die über den Werten der Vergleichsgruppen liegt, allerdings ist nur eine der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = 0,41), signifikant. Es ist ersichtlich, dass das Modell zwar für alle untersuchten Gruppen einen Beitrag zur Varianzaufklärung gesundheitlicher Lebensqualität leisten kann, sich diese allerdings auf wenige signifikante Variablen stützt, die das eigene Kapital der Jugendlichen abbilden.

GK6 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas emotionale und psychische Einschränkungen (VAsdq, KC27pw\_R) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden mehrere multiple lineare Regressionen durchgeführt. In der ersten Analyse wurden keine Filter gesetzt, in der zweiten die Gruppe der unter- und normalgewichtigen Jugendlichen (U/N) untersucht und in der letzten die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (Ü/A). Es wurde jeweils auf Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, Multikollinearität, Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen getestet. Die Voraussetzungen zur Durchführung multipler linearer Regression lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlen.

KiGGS						Abhängige Variable: VASdq		95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG		
(Konstante)	1,85	0,05		40,74	< 0,001	1,76	1,94		
SDEcasminmz	-0,01	0,00	-0,03	-1,59	0,11	-0,01	0,00		
SDEcasminvz	0,00	0,00	0,02	1,32	0,19	0,00	0,01		
MNbuch	0,01	0,01	0,02	1,76	0,08	0,00	0,02		
SDEses_eink	0,00	0,00	0,01	0,64	0,52	-0,01	0,01		
KY27g_M	-0,13	0,01	-0,23	-15,79	< 0,001	-0,15	-0,12		
SDEses_ber	-0,01	0,01	-0,04	-2,05	< 0,05	-0,02	0,00		
SDsssB	-0,01	0,01	-0,04	-2,38	< 0,05	-0,02	0,00		

Anmerkungen: N = 4887; R<sup>2</sup> = 0,06; korr. R<sup>2</sup> = 0,06; F(7; 4879) = 45,55; p < 0,01

KiGGS						Abhängige Variable: KC27pw_R		95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG		
(Konstante)	-0,52	0,13		-3,88	< 0,001	-0,78	-0,26		
SDEcasminmz	-0,01	0,01	-0,01	-0,66	0,51	-0,03	0,01		
SDEcasminvz	-0,01	0,01	-0,01	-0,53	0,60	-0,03	0,01		
MNbuch	-0,01	0,02	-0,01	-0,73	0,47	-0,04	0,02		
SDEses_eink	0,01	0,01	0,02	0,94	0,35	-0,01	0,04		
KY27g_M	0,39	0,02	0,22	15,52	< 0,001	0,34	0,44		
SDEses_ber	-0,04	0,02	-0,04	-2,20	< 0,05	-0,07	0,00		
SDsssB	0,12	0,02	0,12	8,10	< 0,001	0,09	0,15		

Anmerkungen: N = 4840; R<sup>2</sup> = 0,08; korr. R<sup>2</sup> = 0,08; F(7; 4832) = 57,73; p < 0,01

Abbildung 46: Multiple lineare Regression Kapital psychische beziehungsweise emotionale Einschränkungen, alle, KiGGS

Die ungefilterten Modelle haben sowohl für psychologische als auch emotionale Einschränkungen eine geringe Anpassungsgüte (Cohen 1988). Jeweils drei der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = 0,22), SDEses\_ber (Beta = -0,04) und SDsssB (Beta = 0,12), sind signifikant. Es ist ersichtlich, dass beide Modelle einen Beitrag zur Varianzaufklärung psychologischer und emotionaler Einschränkungen leisten können. Für die Güte spricht, dass bei ähnlichen Kriterien dieselben Prädiktoren signifikant sind.

KiGGS						95 % KI	
Abhängige Variable: VAsdq							
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	1,84	0,10		19,18	< 0,001	1,65	2,03
SDEcasminmz	0,00	0,01	-0,01	-0,16	0,87	-0,02	0,01
SDEcasminvz	0,02	0,01	0,08	2,27	< 0,05	0,00	0,03
MNbuch	0,03	0,01	0,09	3,05	< 0,001	0,01	0,05
SDEses_eink	0,00	0,01	-0,01	-0,37	0,71	-0,02	0,01
KY27g_M	-0,14	0,02	-0,24	-8,12	< 0,001	-0,18	-0,11
SDEses_ber	-0,03	0,01	-0,12	-3,17	< 0,001	-0,06	-0,01
SDsssB	0,00	0,01	-0,01	-0,42	0,68	-0,02	0,02

Anmerkungen: N = 1120; R<sup>2</sup> = 0,08; korr. R<sup>2</sup> = 0,08; F(7; 1112) = 13,92; p < 0,01

KiGGS						95 % KI	
Abhängige Variable: KC27pw_R							
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-0,87	0,29		-3,05	< 0,001	-1,43	-0,31
SDEcasminmz	0,00	0,02	0,00	-0,05	0,96	-0,05	0,04
SDEcasminvz	-0,03	0,02	-0,05	-1,26	0,21	-0,07	0,01
MNbuch	-0,03	0,03	-0,03	-1,02	0,31	-0,10	0,03
SDEses_eink	0,00	0,02	0,00	0,11	0,91	-0,05	0,05
KY27g_M	0,47	0,05	0,26	8,87	< 0,001	0,36	0,57
SDEses_ber	0,01	0,03	0,02	0,40	0,69	-0,05	0,08
SDsssB	0,12	0,03	0,12	3,71	< 0,001	0,06	0,18

Anmerkungen: N = 1104; R<sup>2</sup> = 0,10; korr. R<sup>2</sup> = 0,09; F(7; 1096) = 16,90; p < 0,01

Abbildung 47: Multiple lineare Regression Kapital psychische bzw. emotionale Einschränkungen, U/N, KiGGS

Die Modelle für unter- und normalgewichtige Jugendliche haben analog zu den Ergebnissen der ungefilterten Modelle sowohl für psychologische als auch emotionale Einschränkungen eine geringe Anpassungsgüte (Cohen 1988), in den signifikanten Prädiktoren unterscheiden sich jedoch beide Modelle. Für VAsdq sind vier der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, SDEcasminvz (Beta = 0,08), MNbuch (Beta = 0,09), KY27g\_M (Beta = -0,24) und SDEses\_ber (Beta = -0,12), signifikant. Für KC27pw\_R lediglich zwei (KY27g\_M [Beta = 0,26] und SDsssB [Beta = 0,12]). Im Gegensatz zu den ungefilterten Modellen unterscheiden sich die Variablen mit Aus-

nahme von KY27g\_M voneinander. Es ist ersichtlich, dass beide Modelle einen geringen Beitrag zur Varianzaufklärung psychologischer und emotionaler Einschränkungen leisten können. Werden die Modelle auf deskriptiver Ebene verglichen, zeigt sich, dass eigenes ökonomisches Kapital für unter- und normalgewichtige Jugendliche sowohl für psychologische als auch emotionale Einschränkungen relevant ist.

KiGGS		Abhängige Variable: VAsdq				95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	2,15	0,25		8,75	< 0,001	1,66	2,63
SDEcasminmz	0,01	0,02	0,03	0,30	0,77	-0,04	0,05
SDEcasminvz	0,00	0,02	0,01	0,12	0,91	-0,04	0,05
MNbuch	0,03	0,03	0,07	0,94	0,35	-0,03	0,09
SDEses_eink	0,02	0,02	0,07	0,85	0,40	-0,03	0,07
KY27g_M	-0,25	0,05	-0,38	-5,34	< 0,001	-0,35	-0,16
SDEses_ber	-0,02	0,04	-0,04	-0,46	0,64	-0,09	0,05
SDsssB	0,01	0,03	0,02	0,29	0,77	-0,05	0,07

Anmerkungen: N = 189; R<sup>2</sup> = 0,15; korr. R<sup>2</sup> = 0,12; F(7; 181) = 4,57; p < 0,01

KiGGS		Abhängige Variable: KC27pw_R				95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	-0,70	0,62		-1,14	0,26	-1,92	0,52
SDEcasminmz	-0,02	0,06	-0,02	-0,26	0,80	-0,13	0,10
SDEcasminvz	0,05	0,06	0,08	0,91	0,37	-0,06	0,17
MNbuch	-0,02	0,08	-0,02	-0,27	0,79	-0,17	0,13
SDEses_eink	0,03	0,06	0,05	0,52	0,60	-0,09	0,16
KY27g_M	0,44	0,12	0,28	3,66	< 0,001	0,20	0,68
SDEses_ber	-0,15	0,09	-0,16	-1,68	0,09	-0,32	0,03
SDsssB	0,10	0,08	0,11	1,28	0,20	-0,06	0,27

Anmerkungen: N = 185; R<sup>2</sup> = 0,11; korr. R<sup>2</sup> = 0,08; F(7; 177) = 3,26; p < 0,01

Abbildung 48: Multiple lineare Regression Kapital psychische bzw. emotionale Einschränkungen, Ü/A, KiGGS

Die Modelle für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas haben analog zu den Ergebnissen der ungefilterten Modelle sowohl für psychologische als auch emotionale Einschränkungen eine geringe Anpassungsgüte (Cohen 1988). Obwohl sie von allen



Vergleichsmodellen die höchste Anpassungsgüte aufweisen, ist in beiden Modellen nur eine der sieben Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = -0,38 beziehungsweise Beta = 0,28), signifikant. Es ist ersichtlich, dass alle Modelle einen geringen Beitrag zur Varianzaufklärung psychologischer und emotionaler Einschränkungen leisten können. Werden die Modelle auf deskriptiver Ebene verglichen, zeigt sich, dass eigenes ökonomisches Kapital in allen Gruppen sowohl für psychologische als auch emotionale Einschränkungen relevant ist.

### 5.3.5 Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug

Zur Messung des Einflusses von Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen wurden sechs Teilhypothesen (K1 bis K6) identifiziert, die im Folgenden mittels deskriptiv- und inferenzstatistischer Analysen getestet werden. K1 nimmt an, dass es einen statistisch signifikanten negativen Zusammenhang zwischen sozialem Kapital und BMI beziehungsweise Körper selbstbild gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen für soziales Kapital (KiGGS: SDEses\_eink, SDEses\_ber; HBSC: IRFAS) und BMI (KiGGS: USbmiB\_kh2; HBSC: KH2) beziehungsweise Körper selbstbild (KiGGS: KSsubj; HBSC: thinkbody) getestet. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert oder metrisch sind.

Körper selbstbild	KiGGS			HBSC		
	N	p	Tau c	N	p	Tau c
SDEses_eink/IRFAS	6102	< 0,001	-0,05	4187	< 0,001	-0,06
SDEber	6011	< 0,001	-0,06			

Abbildung 49: Kendall-Tau-c soziales Kapital/Körper selbstbild Vergleich KiGGS/HBSC

Sowohl für die Variablen des KiGGS- als auch des HBSC-Datensatzes konnte eine signifikante, aber sehr schwache negative Tendenz zwischen sozialem Kapital und Körper selbstbild festgestellt werden. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann nicht verworfen werden.

BMI	KiGGS			HBSC		
	N	p	Tau c	N	p	Tau c
SDEses_eink/IRFAS	1977	< 0,001	-0,08	3684	< 0,001	-0,06
SDEber	1912	< 0,001	-0,09			

Abbildung 50: Kendall-Tau-c soziales Kapital/BMI Vergleich KiGGS/HBSC

Analog zu den Ergebnissen für Körper selbstbild konnten sowohl für die Variablen des KiGGS- als auch des HBSC-Datensatzes sehr schwache, aber signifikante negative Tendenzen zwischen sozialem Kapital und BMI festgestellt werden. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann nicht verworfen werden.

K2 nimmt an, dass es einen statistisch signifikanten negativen Zusammenhang zwischen symbolischem Kapital und BMI beziehungsweise Körper selbstbild gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen für symbolisches Kapital (SDsssB) und BMI (USbmiB\_kh) beziehungsweise Körper selbstbild (KSsubj) getestet. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert sind. Die Voraussetzungen zur Testung dieser Hypothese lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz eine geeignete Variable zur Darstellung symbolischen Kapitals fehlt.

KiGGS				
SDsssB		N	p	Tau c
	USbmiB_kh	1660	< 0,05	-0,03
	KSsubj	5959	< 0,001	-0,04

Abbildung 51: Kendall-Tau-c symbolisches Kapital/Körper selbstbild und BMI, KiGGS

Es konnte lediglich eine signifikante, aber sehr schwache negative Tendenz mit symbolischem Kapital ermittelt werden. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann daher nicht verworfen werden.

K3 nimmt an, dass symbolisches (KiGGS: SDsssB; HBSC: -) und soziales (KiGGS: SDEses\_eink, SDEses\_ber; HBSC: IRFAS) Kapital den statistischen Zusammenhang zwischen BMI (KiGGS: USbmiB\_kh2; HBSC: KH2) beziehungsweise Körper selbstbild (KiGGS: KSsubj; HBSC: thinkbody) und gesundheitlicher Selbsteinschätzung (KiGGS: GZmehm1\_ki; HBSC: health\_k2) mediiert. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine partielle Korrelation berechnet. Die Variablen beider Datensätze erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation. Im Datensatz HBSC wurde lediglich für soziales Kapital getestet, da hier eine geeignete Variable zur Darstellung symbolischen Kapitals fehlt.

BMI, Kontrolle: symbolisches/soziales Kapital		KiGGS GZmehm1_ki	HBSC health_k2
	N	1597	3626
Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )		-0,12	-0,09
	$p_u$	< 0,001	< 0,001
Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )		-0,11	-0,08
	$p_k$	< 0,001	< 0,001
Körperselbstbild, Kontrolle: symbolisches/soziales Kapital			
	N	1597	3626
Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )		-0,20	-0,11
	$p_u$	< 0,001	< 0,001
Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )		-0,19	-0,10
	$p_k$	< 0,001	< 0,001

Abbildung 52: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild gesundheitliche Selbsteinschätzung, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, Vergleich KiGGS/HBSC

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren gesundheitliche Selbsteinschätzung und BMI beziehungsweise Körperselbstbild in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber schwach bis sehr schwach negativ. Die Kontrolle für symbolisches und soziales Kapital hat diesbezüglich nur einen sehr geringen Effekt. Die Nullhypothese, dass symbolisches und soziales Kapital keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Selbsteinschätzung und BMI beziehungsweise Körperselbstbild haben, kann somit nur eingeschränkt verworfen werden.

K4 nimmt an, dass symbolisches (SDsssB) und soziales (SDEses\_eink, SDEses\_ber) Kapital den statistischen Zusammenhang zwischen BMI (USbmiB\_kh2) beziehungsweise Körperselbstbild (KSsubj) und körperlichem Wohlbefinden (KC27ph\_R) medieren. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine partielle Korrelation berechnet. Die genannten Variablen erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation. Für den HBSC-Datensatz konnte keine Berechnung durchgeführt werden, da hier eine geeignete Variable zur Darstellung körperlichen Wohlbefindens fehlt.

KiGGS			
Körperliches Wohlbefinden, Kontrolle: Symbolisches/soziales Kapital		USbmiB_kh	KSsubj
	N	1568	1568
	Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )	-0,20	-0,22
	$p^u$	< 0,001	< 0,001
	Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )	-0,18	-0,22
	$p^k$	< 0,001	< 0,001

Abbildung 53: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild körperliches Wohlbefinden, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, KiGGS

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren körperliches Wohlbefinden und BMI beziehungsweise Körperselbstbild in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber schwach negativ. Die Kontrolle für symbolisches und soziales Kapital hat diesbezüglich nur einen sehr geringen Effekt für BMI und keinen Effekt für Körperselbstbild. Die Nullhypothese, dass symbolisches und soziales Kapital keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen körperlichem Wohlbefinden und BMI beziehungsweise Körperselbstbild haben, kann somit nur eingeschränkt verworfen werden.

K5 nimmt an, dass symbolisches (KiGGS: SDsssB; HBSC: -) und soziales (KiGGS: SDEses\_eink, SDEses\_ber; HBSC: IRFAS) Kapital den statistischen Zusammenhang zwischen BMI (KiGGS: USbmiB\_kh2; HBSC: KH2) beziehungsweise Körperselbstbild (KiGGS: KSsubj; HBSC: thinkbody) und gesundheitsbezogener Lebensqualität (KiGGS: KC27IN\_R; HBSC: HRQoL) mediiert. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine partielle Korrelation berechnet. Die Variablen beider Datensätze erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation. Im Datensatz HBSC wurde lediglich für soziales Kapital getestet, da hier eine geeignete Variable zur Darstellung symbolischen Kapitals fehlt.

BMI, Kontrolle: symbolisches/soziales Kapital		KiGGS KC27IN_R	HBSC HRQoL
	N	1455	3589
	Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )	-0,16	-0,09
	$p_u$	< 0,001	< 0,001
	Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )	-0,14	-0,08
	$p_k$	< 0,001	< 0,001
Körperselbstbild, Kontrolle: symbolisches/soziales Kapital			
	N	1597	3626
	Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )	-0,19	-0,16
	$p_u$	< 0,001	< 0,001
	Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )	-0,19	-0,16
	$p_k$	< 0,001	< 0,001

Abbildung 54: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild HRQoL, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, Vergleich KiGGS/HBSC

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren HRQoL und BMI beziehungsweise Körperselbstbild in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber schwach bis sehr schwach negativ. Die Kontrolle für symbolisches und soziales Kapital hat diesbezüglich in beiden Datensätzen nur einen sehr geringen Effekt für BMI und keinen Effekt für Körperselbstbild. Die Nullhypothese, dass symbolisches und soziales Kapital keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen HRQoL und BMI beziehungsweise Körperselbstbild haben, kann somit nur eingeschränkt verworfen werden.

K6 nimmt an, dass symbolisches (KiGGS: SDsssB; HBSC: -) und soziales (KiGGS: SDEses\_eink, SDEses\_ber; HBSC: IRFAS) Kapital den statistischen Zusammenhang zwischen BMI (KiGGS: USbmiB\_kh2; HBSC: KH2) beziehungsweise Körperselbstbild (KiGGS: KSsubj; HBSC: thinkbody) und psychischen oder emotionalen Einschränkungen (KiGGS: VAsdq, KC27pw\_R; HBSC: psychunwohl) mediiert. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde eine partielle Korrelation berechnet. Die Variablen beider Datensätze erfüllen die Voraussetzung zur Durchführung einer partiellen Korrelation. Im Datensatz HBSC wurde lediglich für soziales Kapital getestet, da hier eine geeignete Variable zur Darstellung symbolischen Kapitals fehlt.

BMI, Kontrolle: symbolisches/soziales Kapital		KiGGS		HBSC psychunwohl
		VAsdq	KC27pw_R	
N		1575	1575	3625
Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )		0,11	-0,09	-0,05
$p_u$		< 0,001	< 0,001	< 0,01
Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )		0,09	-0,07	-0,05
$p_k$		< 0,001	< 0,01	< 0,01

Körperselbstbild, Kontrolle: symbolisches/soziales Kapital				
N		1575	1575	3626
Ursprünglicher Korrelationskoeffizient ( $r_u$ )		0,16	-0,19	-0,13
$p_u$		< 0,001	< 0,001	< 0,001
Kontrollierter Korrelationskoeffizient ( $r_k$ )		0,15	-0,19	-0,13
$p_k$		< 0,001	< 0,001	< 0,001

Abbildung 55: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild emo. psy. Einschränkungen, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, Vergleich KiGGS/HBSC

Wie der obenstehenden Tabelle zu entnehmen ist, korrelieren emotionale oder psychische Einschränkungen und BMI beziehungsweise Körperselbstbild in beiden Datensätzen hochsignifikant, aber schwach bis sehr schwach negativ (KC27pw\_R, psychunwohl) beziehungsweise positiv (VAsdq). Die Kontrolle für symbolisches und soziales Kapital hat diesbezüglich im KiGGS-Datensatz nur einen sehr geringen Effekt für BMI und keinen Effekt für Körperselbstbild, im HBSC-Datensatz sind ebenfalls keine Effekte messbar. Die Nullhypothese, dass symbolisches und soziales Kapital keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen emotionalen oder psychischen Einschränkungen und BMI beziehungsweise Körperselbstbild haben, kann somit nur sehr eingeschränkt verworfen werden.

### 5.3.6 Gesundheitshabitus

Zur Messung des Einflusses von Gesundheitshabitus auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen wurden sieben Teilhypothesen (GH1 bis GH7) identifiziert, die im Folgenden mittels deskriptiv- und inferenzstatistischer Analysen getestet werden. GH1 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital das Erreichen der DGE-Empfehlung für Obst- (FQobstMenge\_k), Gemüse- (FQgemMenge\_k) und Extrasverzehr (FQextrasges2\_k) beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese

wurden binäre logistische Regressionen durchgeführt. Die Voraussetzungen zur Testung dieser Hypothese lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung ökonomischen, kulturellen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlt.

Abhängige Variable: FQobstMenge\_k

KiGGS						95 % KI für OR	
	B	SE	Wald	p	OR	UG	OG
(Konstante)	-2,37	0,34	48,12	< 0,001	0,09		
KY27g_M	0,01	0,06	0,02	0,89	1,01	0,89	1,14
SDEses_eink	-0,06	0,03	4,43	< 0,05	0,94	0,89	1,00
MNbuch	0,15	0,03	20,13	< 0,001	1,17	1,09	1,25
KJEschultypnorm	-0,01	0,03	0,21	0,65	0,99	0,94	1,04
SDEcasminmz	0,02	0,03	0,77	0,38	1,02	0,97	1,08
SDEcasminvz	0,03	0,03	1,22	0,27	1,03	0,98	1,08
SDsssB	0,05	0,04	1,90	0,17	1,05	0,98	1,13
SDEses_ber	0,01	0,04	0,03	0,87	1,01	0,93	1,09

Abbildung 56: Binär logistische Regression Obstverzehr, KiGGS

Das binär logistische Regressionsmodell für den KiGGS-Datensatz war statistisch signifikant,  $\chi^2(8) = 29,11$ ;  $p < 0,001$ , allerdings mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = 0,01$ , unterhalb der Empfehlungen von Backhaus et al. (2006). Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigt eine hohe Anpassungsgüte mit  $\chi^2(8) = 5,27$ ;  $p > 0,05$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 84,5 %, mit einer Sensitivität von 0,0 % und einer Spezifität von 100,0 %. Von den acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren lediglich zwei signifikant, SDEses\_eink ( $p < 0,05$ ) und MNbuch ( $p < 0,01$ ), während die anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells hatten.

Abhängige Variable: FQgemMenge\_k

KiGGS						95 % KI für OR	
	B	SE	Wald	p	OR	UG	OG
(Konstante)	-3,83	0,51	56,21	< 0,001	0,02		
KY27g_M	-0,01	0,09	0,01	0,93	0,99	0,83	1,19
SDEses_eink	0,05	0,04	1,14	0,28	1,05	0,96	1,15
MNbuch	0,11	0,05	4,55	< 0,05	1,11	1,01	1,23
KJEschultypnorm	-0,10	0,04	6,00	< 0,01	0,91	0,84	0,98
SDEcasminmz	0,00	0,04	0,01	0,92	1,00	0,93	1,08
SDEcasminvz	0,05	0,04	2,00	0,16	1,05	0,98	1,14
SDsssB	0,02	0,05	0,12	0,72	1,02	0,92	1,14
SDEses_ber	0,17	0,06	7,24	< 0,01	1,18	1,05	1,34

Abbildung 57: Binär logistische Regression Gemüseverzehr, KiGGS

Das binär logistische Regressionsmodell für den KiGGS-Datensatz war statistisch signifikant,  $\chi^2(8) = 36,84$ ;  $p < 0,001$ , allerdings mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = 0,02$ , unterhalb der Empfehlungen von Backhaus et al. (2006). Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigt eine hohe Anpassungsgüte mit  $\chi^2(8) = 8,04$ ;  $p > 0,05$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 93,5 %, mit einer Sensitivität von 0,0 % und einer Spezifität von 100,0 %. Von den acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren drei signifikant, MNbuch ( $p < 0,05$ ), KJEschultypnorm ( $p < 0,01$ ) und SDEses\_ber ( $p < 0,01$ ), während die anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells hatten.



Abhängige Variable: FQextrasges2\_k

KiGGS						95 % KI für OR	
	B	SE	Wald	p	OR	UG	OG
(Konstante)	-2,73	0,30	81,04	< 0,001	0,07		
KY27g_M	0,12	0,06	4,44	< 0,05	1,12	1,01	1,25
SDEses_eink	-0,03	0,03	1,75	0,19	0,97	0,92	1,02
MNbuch	0,10	0,03	11,03	< 0,001	1,11	1,04	1,17
KJEschultypnorm	0,08	0,02	12,75	< 0,001	1,09	1,04	1,14
SDEcasminmz	0,02	0,02	0,48	0,49	1,02	0,97	1,06
SDEcasminvz	-0,02	0,02	1,09	0,30	0,98	0,94	1,02
SDsssB	0,09	0,03	7,73	< 0,001	1,09	1,03	1,16
SDEses_ber	0,01	0,03	0,17	0,68	1,01	0,95	1,08

Abbildung 58: Binär logistische Regression Extrasverzehr, KiGGS

Das binär logistische Regressionsmodell für den KiGGS-Datensatz war statistisch signifikant mit  $\chi^2(8) = 48,27$ ;  $p < 0,001$ , liegt allerdings mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = 0,02$ , unterhalb der Empfehlungen von Backhaus et al. (2006). Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigt eine hohe Anpassungsgüte mit  $\chi^2(8) = 4,50$ ;  $p > 0,05$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 74,5 %, mit einer Sensitivität von 0,0 % und einer Spezifität von 100,0 %. Von den acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren vier signifikant, KY27g\_M ( $p < 0,05$ ), MNbuch ( $p < 0,001$ ), KJEschultypnorm ( $p < 0,001$ ) und SDsssB ( $p < 0,001$ ), während die anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells hatten. Insgesamt sind die kapitalbasierten Modelle eher ungeeignet die Varianz der Einhaltung der DGE-Ernährungsempfehlungen zu erklären.

GH2 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital das Erreichen der WHO-Empfehlung für körperliche (KAempf2zBwho) und sportliche (KAspodauA\_kwho) Aktivität beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden binäre logistische Regressionen durchgeführt. Die Voraussetzungen zur Testung dieser Hypothese lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung ökonomischen, kulturellen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlt.

Abhängige Variable: KAempfb2zBwho

KiGGS	95 % KI für OR						
	B	SE	Wald	p	OR	UG	OG
(Konstante)	-1,62	0,35	20,82	< 0,001	0,20		
KY27g_M	-0,02	0,07	0,11	0,74	0,98	0,86	1,11
SDEses_eink	-0,05	0,03	2,89	0,09	0,95	0,89	1,01
MNbuch	0,00	0,04	0,00	0,96	1,00	0,92	1,08
KJEschultypnorm	-0,11	0,03	15,22	< 0,001	0,90	0,85	0,95
SDEcasminmz	0,02	0,03	0,57	0,45	1,02	0,97	1,08
SDEcasminvz	0,05	0,03	2,77	0,10	1,05	0,99	1,10
SDsssB	0,08	0,04	3,88	< 0,05	1,08	1,00	1,17
SDEses_ber	-0,05	0,04	1,64	0,20	0,95	0,87	1,03

Abbildung 59: Binär logistische Regression körperliche Aktivität, KiGGS

Das binär logistische Regressionsmodell für den KiGGS-Datensatz war statistisch signifikant,  $\chi^2(8) = 27,23$ ;  $p < 0,001$ , allerdings mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = 0,01$ , unterhalb der Empfehlungen von Backhaus et al. (2006). Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigt eine hohe Anpassungsgüte mit  $\chi^2(8) = 6,81$ ;  $p > 0,05$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 87,1 %, mit einer Sensitivität von 0,0 % und einer Spezifität von 100,0 %. Von den acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, waren lediglich zwei signifikant, KJEschultypnorm ( $p < 0,001$ ) und SDsssB ( $p < 0,05$ ), während die anderen Variablen keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells hatten.

Abhängige Variable: KAspodauA\_kwho

KiGGS						95 % KI für OR	
	B	SE	Wald	p	OR	UG	OG
(Konstante)	-1,45	0,25	33,12	< 0,001	0,23		
KY27g_M	0,11	0,05	5,31	< 0,01	1,11	1,02	1,22
SDEses_eink	0,07	0,02	10,36	< 0,001	1,08	1,03	1,12
MNbuch	-0,06	0,03	4,34	< 0,05	0,94	0,89	1,00
KJEschultypnorm	0,04	0,02	4,03	< 0,05	1,04	1,00	1,08
SDEcasminmz	0,05	0,02	5,63	< 0,05	1,05	1,01	1,09
SDEcasminvz	0,02	0,02	1,48	0,22	1,02	0,99	1,06
SDsssB	0,07	0,03	6,16	< 0,01	1,07	1,01	1,13
SDEses_ber	0,04	0,03	1,70	0,19	1,04	0,98	1,10

Abbildung 60: Binär logistische Regression sportliche Aktivität, KiGGS

Das binär logistische Regressionsmodell für den KiGGS-Datensatz war statistisch signifikant,  $\chi^2(8) = 126,69$ ;  $p < 0,001$ , allerdings mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = 0,04$ , unterhalb der Empfehlungen von Backhaus et al. (2006). Der Hosmer-Lemeshow-Test zeigt eine geringe Anpassungsgüte mit  $\chi^2(8) = 18,93$ ;  $p < 0,05$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 63,8 %, mit einer Sensitivität von 13,0 % und einer Spezifität von 94,5 %. Allerdings waren von den acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, sechs signifikant, lediglich SDEcasminvz ( $p = 0,22$ ) und SDEses\_ber ( $p = 0,19$ ) hatten keinen signifikanten Einfluss auf prädiktive Leistung des Modells. Insgesamt sind die kapitalbasierten Modelle eher ungeeignet die Varianz körperlicher und sportlicher Aktivität zu erklären.

GH3 nimmt an, dass kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital gemeinsam den Bildschirmmedienkonsum und die Social Media Nutzung beeinflussen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden multiple lineare Regressionen durchgeführt. Es wurde jeweils auf Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, Multikollinearität, Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen getestet. Die Voraussetzungen zur Durchführung multiplen linearen Regression lagen lediglich für KiGGS vor, da im HBSC-Datensatz geeignete Variablen zur Darstellung kulturellen, ökonomischen, symbolischen und zum Teil sozialen Kapitals fehlen.

Abhängige Variable: MNbildSkala

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	9,63	0,31		30,77	< 0,001	9,02	10,25
KY27g_M	-0,43	0,06	-0,11	-7,49	< 0,001	-0,54	-0,32
SDEses_eink	-0,06	0,03	-0,04	-2,21	< 0,05	-0,12	-0,01
MNbuch	-0,26	0,03	-0,11	-7,67	< 0,001	-0,33	-0,20
KJEschultypnorm	-0,11	0,03	-0,07	-4,46	< 0,001	-0,16	-0,06
SDEcasminmz	-0,12	0,02	-0,09	-4,72	< 0,001	-0,17	-0,07
SDEcasminvz	-0,05	0,02	-0,04	-2,32	< 0,05	-0,10	-0,01
SDsssB	-0,07	0,03	-0,03	-1,92	0,05	-0,13	0,00
SDEses_ber	-0,10	0,04	-0,06	-2,82	< 0,001	-0,18	-0,03

Anmerkungen: N = 4322; R<sup>2</sup> = 0,10; korr. R<sup>2</sup> = 0,09; F(8; 4313) = 56,95; p < 0,01

Abbildung 61: Multiple lineare Regression Kapital Bildschirmmedienkonsum, KiGGS

Das ungefilterte Modell hat mit einem R<sup>2</sup> = 0,10 (korrigiertes R<sup>2</sup> = 0,09) eine geringe Anpassungsgüte (Cohen 1988). Dennoch ist lediglich eine der acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, SDEses\_ber (p = 0,05), nicht signifikant. Es ist ersichtlich, dass das Modell einen Beitrag zur Varianzerklärung für Bildschirmmedienkonsum bei Jugendlichen leisten kann.

Abhängige Variable: MNsoznw

KiGGS						95 % KI	
Koeffizienten	B	SE	$\beta$	T	p	UG	OG
(Konstante)	3,70	0,15		24,40	< 0,001	3,41	4,00
KY27g_M	-0,16	0,03	-0,09	-5,89	< 0,001	-0,22	-0,11
SDEses_eink	-0,02	0,01	-0,03	-1,74	0,08	-0,05	0,00
MNbuch	-0,13	0,02	-0,12	-7,74	< 0,001	-0,16	-0,10
KJEschultypnorm	0,00	0,01	0,01	0,39	0,69	-0,02	0,03
SDEcasminmz	-0,03	0,01	-0,05	-2,78	< 0,01	-0,06	-0,01
SDEcasminvz	-0,02	0,01	-0,04	-2,13	< 0,05	-0,05	0,00
SDsssB	0,02	0,02	0,02	1,22	0,22	-0,01	0,05
SDEses_ber	-0,01	0,02	-0,01	-0,54	0,59	-0,05	0,03

Anmerkungen: N = 4372; R<sup>2</sup> = 0,04; korr. R<sup>2</sup> = 0,04; F(8; 4363) = 21,01; p < 0,01

Abbildung 62: Multiple lineare Regression Kapital Social Media Nutzung, KiGGS

Das ungefilterte Modell hat mit einem  $R^2 = 0,04$  (korrigiertes  $R^2 = 0,04$ ) eine geringe Anpassungsgüte (Cohen 1988). Die Hälfte der acht Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, KY27g\_M (Beta = -0,09), MNbuch (Beta = -0,12), SDEcasminmz (Beta = -0,05) und SDEcasminvz (Beta = -0,04) ist signifikant. Es ist ersichtlich, dass das Modell einen geringen Beitrag zur Varianzerklärung für Social Media Nutzung bei Jugendlichen leisten kann. Insgesamt sind die kapitalbasierten Modelle bedingt geeignet die Varianz von Medienkonsum zu erklären.

GH4 nimmt an, dass es einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Bildschirmmedienkonsum (KiGGS: MNbildSkala; HBSC: -) beziehungsweise Social Media Nutzung (KiGGS: MNsoznw; HBSC: emcsocmedskala) und BMI (KiGGS: USbmiB\_kh; HBSC: KH4) beziehungsweise Körperselbstbild (KiGGS: Kssubj; HBSC: thinkbody) gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge zwischen den Variablen in beiden Datensätzen getestet. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert sind.

		KiGGS			HBSC		
		N	p	Tau c	N	p	Tau c
BMI	MNbildSkala	1667	< 0,01	0,05			
	MNsoznw	1699	< 0,01	0,04			
	emcsocmedskala						
Körperselbstbild							
	MNbildSkala	5966	< 0,001	0,07			
	MNsoznw	6060	< 0,001	0,08			
	emcsocmedskala						

Abbildung 63: Kendall-Tau-c Bildschirm-/Social Media Konsum Körperselbstbild beziehungsweise BMI Vergleich KiGGS/HBSC

Sowohl für die Variablen des KiGGS- als auch des HBSC-Datensatzes lediglich sehr schwache signifikante positive Tendenzen (Tau-c zwischen 0,04 und 0,05) bezüglich des BMI und sehr schwache Zusammenhänge mit dem Körperselbstbild (Tau-c zwischen 0,07 und 0,08) festgestellt werden. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann folglich nur zum Teil verworfen werden.

GH5 nimmt an, dass es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Bildschirmmedienkonsum (MNbildSkala) und der Differenz zwischen BMI und Körperselbstbild (KiGGS: KSsubjBMIdiff; HBSC: thinkbodybmidiff) gibt, allerdings für Social Media Nutzung ein positiver Zusammenhang nachweisbar ist. Zur Prüfung dieser

Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge in beiden Datensätzen getestet, allerdings war eine vergleichende Auswertung für den Bildschirmmedienkonsum im HBSC-Datensatz nicht möglich, da hier eine geeignete Variable fehlt. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert

		KiGGS			HBSC		
Differenz BMI			p	Tau c	N		
Körperselbstbild		N				p	Tau c
MNbildSkala	MNbildSkala	1646	0,81	-0,00			
	MNsoznw	1676	< 0,01	0,05			
	emcsocmedskala						

Abbildung 64: Kendall-Tau-c Bildschirm-/Social Media Konsum Differenz zw. Körperselbstbild und BMI Vergleich KiGGS/HBSC

Die Testung ergibt keine statistisch signifikante Korrelation zwischen Bildschirmmedienkonsum und der Differenz zwischen BMI und Körperselbstbild. Der Zusammenhang zwischen Social Media Nutzung und der Differenz zwischen BMI und Körperselbstbild ist schwach positiv, aber hochsignifikant. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen besteht, kann somit verworfen werden.

GH6 nimmt an, dass der weibliche Anteil der Jugendlichen, die die DGE-Ernährungsempfehlung einhalten, größer ist als der männliche. Für die WHO-Bewegungsempfehlung wird der gegenteilige Effekt erwartet. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde auf Gruppenunterschiede getestet. Die Variablen beider Datensätze (KiGGS: FQgesdge, KAwho; HBSC: sweetsfruitsdge, physexewho) erfüllen die Voraussetzungen zur Durchführung eines t-Tests.

		KiGGS		HBSC	
DGE-Ernährungsempfehlung		m	w	m	w
N	N	3120	3344	1992	2280
	$\bar{x}$	0,38	0,57	0,58	0,75
	s	0,59	0,71	0,71	0,81
WHO-Bewegungsempfehlung					
N	N	3265	3478	1991	2257
	$\bar{x}$	0,14	0,07	0,16	0,09
	s	0,34	0,25	0,37	0,28

Abbildung 65: Deskriptive Statistik t-Test Geschlechterunterschiede Ernährung/Bewegung Vergleich KiGGS/HBSC

Es gibt in beiden Datensätzen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen bezüglich ihres Ernährungs- (KiGGS: 95%-KI [-0,22; -0,15];  $t[6462] = -11,43$ ;  $p < 0,001$ ; HBSC: 95%-KI [-0,22; -0,13];  $t[4270] = -7,35$ ;  $p < 0,001$ ) und Ernährungsverhaltens (KiGGS: 95%-KI [0,05; 0,08];  $t[6741] = 9,03$ ;  $p < 0,001$ ; HBSC: 95%-KI [0,06; 0,09];  $t[4246] = 7,50$ ;  $p < 0,001$ ). Der Mittelwert für weibliche Jugendliche ist bei der Erreichung der Ernährungsempfehlung höher und bei der Erreichung der Bewegungsempfehlung geringer. Die Nullhypothese, dass es keinen Unterschied zwischen den Gruppen gibt, kann verworfen werden.

GH7 nimmt an, dass es einen Zusammenhang zwischen der Einhaltung der DGE-Ernährungs- (KiGGS: FQgesdge, FQkaldge\_k, FQeidge\_k, FQFettdge\_k; HBSC: sweetsfruitsdge) beziehungsweise WHO-Bewegungsempfehlung (KiGGS: KAwho; HBSC: physexewho) und dem BMI (KiGGS: USbmiB\_kh; HBSC: KH4) beziehungsweise Körperselbstbild (KiGGS: Kssubj; HBSC: thinkbody) gibt. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die statistischen Zusammenhänge in beiden Datensätzen getestet. Als Zusammenhangsmaß wurde Kendall-Tau-c gewählt, da die untersuchten Variablen mit unterschiedlichen Ausprägungen ordinalskaliert

BMI	KiGGS			HBSC		
	N	p	Tau c	N	p	Tau c
FQgesdge/ sweetsfruitsdge	1728	< 0,01	0,05	3701	0,16	-0,01
FQkaldge_k	716	0,07	-0,05			
FQeidge_k	1003	0,06	-0,03			
FQFettdge_k	716	0,41	-0,02			
KAwho/ physexewho	1833	0,48	-0,01	3691	< 0,001	-0,03

Körperselbstbild						
	N	p	Tau c	N	p	Tau c
FQgesdge/ sweetsfruitsdge	5648	< 0,001	0,08	4204	0,27	0,01
FQkaldge_k	2858	< 0,001	-0,13			
FQeidge_k	3408	< 0,001	-0,10			
FQFettdge_k	2853	0,08	-0,03			
KAwho/ physexewho	5926	< 0,001	-0,05	4187	< 0,001	-0,05

Abbildung 66: Kendall-Tau-c Bildschirm-/Social Media Konsum Körperselbstbild beziehungsweise BMI Vergleich KiGGS/HBSC

Die Testung ergibt für den KiGGS-Datensatz schwache bis sehr schwache statistisch signifikante negative Korrelationen zwischen Bewegungs- beziehungsweise Ernährungsempfehlungen und Körperselbstbild. Für den BMI ist lediglich die sehr schwache

Tendenz für einen Zusammenhang mit der allgemeinen Ernährungsempfehlung erkennbar, bezüglich der Makronährstoffe können keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden. Für den HBSC-Datensatz können lediglich sehr schwache negative Tendenzen bei den Bewegungsempfehlungen ermittelt werden. Die Nullhypothese, dass es keinen Zusammenhang zwischen Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen gibt, kann teilweise verworfen werden.

### 5.3.7 Limitationen

Bezüglich der empirischen Überprüfung der Hypothesen sowie für das Datenmaterial im Allgemeinen sind einige Einschränkungen zu nennen, die die Interpretation der Ergebnisse beeinflussen. Zunächst gilt als allgemeine Limitation quantitativer Analysen, dass der Fokus auf Gruppen statt auf Individuen liegt. Hieraus ergibt sich eine Betrachtung, die die individuellen Unterschiede zwischen einzelnen Fällen ignoriert und stattdessen empirische oder aus der Feldtheorie abgeleitete Einheiten bildet, die trotz ihrer potenziellen Heterogenität als homogen betrachtet werden. Diese Einschränkung steht im Einklang mit Bourdieus Herangehensweise, da hier ebenfalls der Fokus auf der Makroebene liegt. Der Habitus, der gemeinhin als Bindeglied zwischen Makro- und Mikroebene betrachtet wird, kann diese Einschränkung im vorliegenden Fall nicht überwinden, da er ebenfalls nur für bestimmte Gruppen betrachtet wird. Des Weiteren wurde für die quantitative Analyse auf Sekundärdaten zurückgegriffen. Dies ist insofern problematisch, als dass die untersuchten Konstrukte durch die vorliegenden Daten nicht umfassend abgebildet werden. Es musste sich mit den Instrumenten und Variablen beholfen werden, die vorlagen. Dies schränkt die Präzision der Operationalisierung und somit auch der Analysen ein. Für die Interpretation der Ergebnisse bedeutet dies, dass unklar ist, ob fehlende Signifikanzen auf die geringe Spezifikation oder fehlerhafte Grundannahmen zurückzuführen sind. Als letzte allgemeine Limitation ist das Alter der Datensätze zu nennen. Obwohl sich gemäß Bourdieus Konzepten Wandel nur sehr langsam vollzieht, gibt es mit der Digitalisierung ein Element, das sich sehr schnell verändert. Sowohl die Angebote als auch die Endgeräte sind mit denen der Jahre 2014 bis 2017, aus denen die KiGGS-Erhebung stammt, kaum zu vergleichen. Die Daten der HBSC-Studie sind mit einem Erhebungszeitraum von 2017 bis 2018 nur etwas jünger. Folglich sind die Erkenntnisse mit Bezug zu digitalen Inhalten und Bildschirmmedienutzung mit Vorsicht zu interpretieren. Diesen eher grundsätzlichen Einschränkungen stehen spezifische gegenüber, die sich aus den angewandten Auswertungsmethoden ergeben. Die Testung der Hypothesen machte es zum Teil nötig sehr kleine Gruppen zu bilden oder Gruppen zu vergleichen, die sehr unterschiedlich groß sind. Beides schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse ein, da die Signifikanzberechnung stark von der Fallzahl abhängig ist. Konträr dazu können auch sehr große Fallzahlen problematisch sein, da sie nur in extremen Fällen keine signifikanten Ergebnisse erzeugen. Darüber



hinaus wurde die Skala Geld zur Messung eigenen ökonomischen Kapitals im KiGGS-Datensatz herangezogen, obwohl sie aus demselben Instrument stammt, wie die korrelierten Skalen. Es konnten zwar keine Hinweise auf Multikollinearität gefunden werden, trotzdem könnte das gemeinsame Instrument zu Irritationen führen und einen Teil des hohen Einflusses ökonomischen Kapitals in den Regressionsmodellen erklären. Schließlich sind Selbstangaben insbesondere bei Körpergröße und -gewicht sowie Ernährung sind von großen Ungenauigkeiten geprägt, da die Befragten hierbei zu relevanten Fehleinschätzungen neigen (vgl. Kapitel 3.3.4).

#### 5.4 Zusammenfassung der Analyseergebnisse

Die Wirkung symbolischer Ordnung auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen kann anhand der Analyseergebnisse in zweierlei Hinsicht – einerseits durch die Wirkung der Konstruktion von Gesundheit andererseits durch die Folgen von Stigmatisierung – verdeutlicht werden. So zeigt sich für die Wahrnehmung von Gesundheit, dass obwohl zwischen den Geschlechtern keine Mittelwertunterschiede im BMI festgestellt werden konnten, nicht nur die mittlere Differenz zwischen Körperselfbild und BMI bei weiblichen Jugendlichen größer ist als bei männlichen, sondern diese sich auch dicker einschätzen als gemäß ihres jeweiligen BMIs zu erwarten wäre. Demgegenüber spielt die Kapitalverteilung und somit die Position im Feld eine untergeordnete Rolle bei der Erklärung der Differenz zwischen Körperselfbild und BMI. Bemerkenswert ist, dass lediglich die Variablen, die eigenes kulturelles und ökonomisches Kapital messen, im Modell signifikant zur Varianzaufklärung beitrugen. Hierbei vergrößerte sich mit steigendem kulturellem Kapital die Differenz zwischen Körperselfbild und BMI, während sie sich mit steigendem ökonomischem Kapital hingegen verringerte. Um ein genaueres Bild von den einzelnen Einflüssen der Kapitalsorten zu erhalten, wurde zusätzlich auf Zusammenhänge der Differenz zwischen Körperselfbild und BMI und kulturellem sowie eigenem ökonomischem und ökonomischem Kapital der Familie als Sozialkapital getestet. Während für den Zusammenhang mit eigenem kulturellem Kapital eine positive Tendenz bestätigt werden konnte, korreliert ökonomisches sowie soziales Kapital nicht signifikant mit der Differenz zwischen Körperselfbild und BMI.

Die Hypothese, dass Stigmatisierung eine Wirkung auf Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas hat und dabei das Körperselfbild einen größeren Einfluss als das über den BMI ausgedrückte Gewicht hat, konnte vollumfänglich mittels der vorliegenden Datensätze bestätigt werden. Sowohl im KiGGS- als auch im HBSC-Datensatz wurden signifikante Mittelwertunterschiede bei Mobbing Erfahrung, sozialer Unterstützung, gesundheitsbezogener Lebensqualität und emotionalen oder psychischen Einschränkungen zwischen den Gruppen der unter- und normalgewichtigen Jugendlichen und denjenigen mit Übergewicht und Adipositas festgestellt. Dabei machen Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas durchschnittlich mehr mobbingbezogene Erfahrungen, erhalten weniger soziale Unterstützung, haben eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität und größere emotionale oder psychische Einschränkungen. Erwartungsgemäß werden diese Unterschiede stärker durch das Körperselfbild beeinflusst als durch den BMI, dies zeigen die Ergebnisse der durchgeführten partiellen Korrelationen. Bei allen untersuchten Variablen beeinflusst das Körperselfbild die Zusammenhänge maßgeblich. Allerdings ist für den KiGGS-Datensatz zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen für Körperselfbild deutlich höher sind als für den BMI, da nicht für allen Studienteilnehmenden anthropometrische Messdaten erhoben wurden.

Die Ergebnisse zur Analyse der Wirkung informeller institutionalisierter Versorgung auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen zeigen, dass der Einfluss sozialer Unterstützung durch Familie und Freunde auf den Zusammenhang zwischen BMI und Lebensqualität, Gesundheitszustand sowie körperlichem Wohlbefinden mit einer r-Differenz zwischen 0,01 und 0,03 gering ist. Ein etwas stärkerer Mediationseffekt ist für emotionale oder psychische Einschränkungen nachweisbar. Zur näheren Betrachtung der Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit beziehungsweise gesundheitlichen Einschränkungen bei der Zielgruppe wurden die entsprechenden Variablen ausschließlich für die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas korreliert. Hierbei setzte sich die bereits durch die partielle Korrelation aufgedeckte Tendenz fort. Soziale Unterstützung wirkt sich mit geringer bis großer Stärke positiv auf Lebensqualität, Gesundheitszustand und körperliches Wohlbefinden aus und vermindert die Selbstwahrnehmung emotionaler oder psychischer Einschränkungen. Dabei sind Unterschiede zwischen den Datensätzen festzustellen. Während im KiGGS-Datensatz über alle Variablen hinweg die freundschaftliche Unterstützung eine stärkere Wirkung hat, verhält es sich beim HBSC-Datensatz konträr. Einzige Ausnahme sind emotionale oder psychische Einschränkungen, die in beiden Datensätzen intensiver von familiärer Unterstützung beeinflusst werden. Neben sozialer Unterstützung ist das Internet ein Faktor der informellen gesundheitlichen Versorgung. Folglich wurden für Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas die statistischen Zusammenhänge mit Onlinethemen und Onlinekontakten ermittelt. Es konnte gezeigt werden, dass lediglich für diejenigen Jugendlichen, die bestimmte Themen leichter online besprechen können, schwache Tendenzen für Zusammenhänge mit Lebensqualität, Gesundheitszustand und psychischen Einschränkungen bestehen. Die Art der Onlinekontakte beeinflusst diese Variablen hingegen nicht.

Es wurde erwartet, dass Gesundheitskapital einen Einfluss auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen hat. Hierfür wurden Gruppen gebildet, die einen Vergleich zwischen Jugendlichen mit und ohne Übergewicht oder Adipositas mittels verschiedener Regressionsmodelle ermöglichen. Zunächst wurden die Einflüsse verschiedener Kapitalsorten auf das symbolische Kapital der Jugendlichen geprüft. Die Analyseergebnisse zeigen, dass insbesondere für Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas soziales (familiäres ökonomisches Kapital), kulturelles (Bildung des Vaters) und eigenes ökonomisches Kapital auf das symbolische Kapital wirken. Bezüglich ihres Körper-selbstbildes können für Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas lediglich geringe Aufklärungseffekte nachgewiesen werden, den einzigen relevanten Beitrag zur Varianzaufklärung leistet dabei das eigene ökonomische Kapital. Jugendliche mit höherem ökonomischem Kapital schätzen sich folglich tendenziell dünner ein. Wider Erwarten haben die untersuchten Kapitalsorten für alle untersuchten Gruppen keinen Einfluss auf die gesundheitliche Selbsteinschätzung. Für körperliches Wohlbefinden ist die An-

passungsgüte der Modelle ebenfalls gering, die höchste Anpassungsgüte liegt für die Gruppe der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas vor, zur Aufklärung der Varianz tragen ökonomisches und symbolisches Kapital bei. Obwohl die Varianzaufklärung durch die verschiedenen Kapitalsorten mit 17 % bei HRQoL für Jugendliche mit Adipositas oder Übergewicht höher liegt als bei den meisten anderen Modellen, ist die Relevanz des Modells fraglich, da lediglich ökonomisches Kapital einen Teil der Varianz erklärt. Ähnliches ist für emotionale oder psychologische Einschränkungen zu beobachten, wobei die Anpassungsgüte geringer als bei HRQoL ist. Werden die Kapitalmodelle auf deskriptiver Ebene verglichen, zeigt sich eine starke Dominanz des ökonomischen Kapitals für die Varianzaufklärung der untersuchten gesundheitsbezogenen Parameter.

Zur Analyse des Einflusses von Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug wurden die Zusammenhänge einzelner Kapitalsorten mit Körperselfbild und BMI ermittelt. Der Schwerpunkt der Analysen lag dabei auf sozialem und symbolischem Kapital. Zunächst wurden Korrelationen zwischen den Variablen berechnet, um anschließend den Mediationseffekt von sozialem und symbolischem Kapital auf gesundheitsbezogene Zusammenhänge zu erfassen. Entgegen den Erwartungen korreliert soziales Kapital nicht mit dem Körperselfbild und nur sehr schwach negativ mit dem BMI, symbolisches Kapital hängt statistisch weder mit dem Körperselfbild noch mit dem BMI zusammen. Dementsprechend ist auch der Einfluss auf die Zusammenhänge mit den gesundheitsbezogenen Parametern HRQoL, Gesundheitszustand, körperliches Wohlbefinden und emotionale oder psychologische Einschränkungen marginal. Während für den BMI wenigstens zum Teil sehr geringe Mediationseffekte ermittelt werden konnten, ist dies beim Körperselfbild nicht der Fall.

Als letzter der zu prüfenden Hypothesenkomplexe wurde der Einfluss des Gesundheitshabitus auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen ermittelt. Insgesamt sind die kapitalbasierten Modelle überwiegend ungeeignet die Varianz der Einhaltung der DGE-Ernährungsempfehlungen und WHO-Bewegungsempfehlungen zu erklären. Bezüglich des Social Media Nutzungsverhaltens und des Bildschirmmedienkonsums ist ebenfalls lediglich eine geringe Anpassungsgüte festzustellen. Ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital leisten dabei den größten Beitrag zur Varianzaufklärung. Es wurde erwartet, dass keine Zusammenhänge zwischen Medienkonsum und BMI beziehungsweise Körperselfbild und der Differenz zwischen BMI und Körperselfbild festgestellt werden können, entgegen dieser Annahme bestehen allerdings Tendenzen, dass ein Zusammenhang bestehen könnte. Die Social Media Nutzung korreliert lediglich schwach positiv mit der Differenz zwischen BMI und Körperselfbild. Demgegenüber können sowohl für das Ernährungs- als auch für das Bewegungsverhalten Geschlechterunterschiede festgestellt werden. Weibliche Jugendliche erreichen häufiger die Ernährungs-, männliche häufiger die Bewegungsempfehlungen. Zuletzt wurden die

Zusammenhänge des Gesundheitshabitus mit BMI und Körper selbstbild geprüft und ein negativer Zusammenhang mit dem Erreichen der jeweiligen Empfehlungen festgestellt.

In der Gesamtschau sind die Ergebnisse der geprüften Hypothesen medioker. Von den 35 aufgestellten Teilhypothesen konnten zwölf Nullhypothesen verworfen (grün), 14 eingeschränkt verworfen (orange) und neun nicht verworfen (rot) werden (Abbildung 67)<sup>61</sup>.

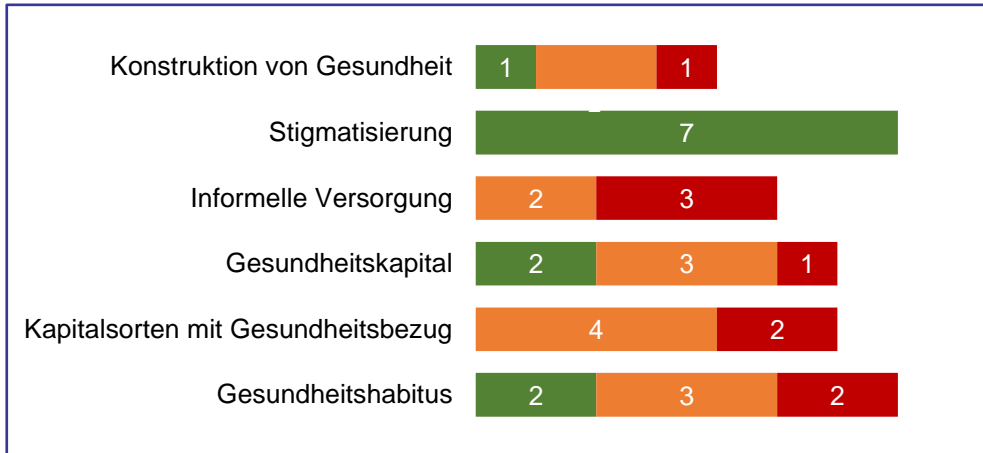


Abbildung 67: Übersicht Ergebnisse der Sekundäranalyse (eigene Darstellung)

Insgesamt konnten somit etwa drei Viertel der Hypothesen einen Beitrag zur Validierung des feld- und kapitaltheoretischen Rahmens leisten. Besonders schlecht werden allerdings die Wirkung der informellen Versorgung und der Einfluss der Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug abgebildet, während die Wirkung von Stigmatisierungserfahrung sehr gut belegt werden kann. Leidlich zufriedenstellende Ergebnisse erzielen zudem die Gesamtwerte der Hypothesenkomplexe Gesundheitskapital mit lediglich einer nicht verworfenen und fünf (eingeschränkt) verworfenen Nullhypothesen sowie Gesundheitshabitus mit zwei nicht verworfenen und fünf (eingeschränkt) verworfenen Nullhypothesen.

<sup>61</sup> Eine detaillierte Übersicht aller Hypothesen inklusive der Testergebnisse findet sich im Anhang 6.

## 6 FAZIT

In der vorliegenden Arbeit wurde sich den Themen Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen aus soziologischer Perspektive angenähert, wobei soziale Position und soziales Gefüge als entscheidende Einflussfaktoren identifiziert wurden. Durch die Anwendung von Bourdieus Konzepten von Feld, Kapital und Habitus wurde verdeutlicht, welche Aspekte zu einem fundierten Verständnis der Phänomene Übergewicht und Adipositas beitragen. Es wurde deutlich, dass sowohl die Wahrnehmung und die Krankheitslast als auch die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen durch die Akteure im Feld der Gesundheit geformt werden. Dabei liegt die Deutungshoheit bei den einflussreichsten Akteuren im Feld und wird auf Basis der feldeigenen Konfliktlinien und Allianzen ausgehandelt.

Die Bedeutung der symbolischen Ordnung des Feldes wurde anhand der Auswirkungen von Stigmatisierung, Körperbildern und Schönheitsidealen herausgearbeitet und Gesundheit und Krankheit als soziokulturelle Konstruktionen dargestellt. Außerdem wurden Geschlechts- und kapital-spezifische Diskrepanzen identifiziert, in denen Frauenkörper als stärker reglementiert beschrieben und männliche Körper auf Funktionalität und Belastbarkeit reduziert werden. Schönheitsideale wurden als Sonderform des Körperkapitals betrachtet und historisch mit Charakter und Gesundheit in Verbindung gebracht. Menschen mit Adipositas wurden als Personengruppe beschrieben, der es an Körperkapital fehlt, was Stigmatisierung und Druck zur Selbstoptimierung auslöst. Der Zusammenhang zwischen Stigmatisierung und Übergewicht beziehungsweise Adipositas bei Jugendlichen konnte auch anhand der vorliegenden Sekundärdaten belegt werden. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass die symbolische Ordnung des Feldes die Ansichten der Akteure im Feld in Abhängigkeit von ihrer Gruppenzugehörigkeit und Position im Feld beeinflusst. Anhand der Sekundäranalyse konnte nur ein Teil der symbolischen Ordnung durch Hypothesen abgebildet werden. Dabei wurde offenkundig, dass die getesteten Modelle und Variablen nur in begrenztem Umfang zeigen können, welche Diskrepanzen zwischen der eigenen Körperwahrnehmung der Jugendlichen und ihrem BMI auftreten. Zwar treten Geschlechterdifferenzen deutlich zutage, der Nachweis des Einflusses von Kapital als Indikator für die Position im Feld ist hingegen schwerer zu erbringen. Soziales Kapital in Form von familiärem Kapital scheint dabei einen deutlich schwächeren Einfluss zu haben als das persönliche Kapital. Diese Erkenntnis steht im Einklang mit der Darlegung einer zunehmenden Autonomie im Jugendalter, wie sie in Kapitel 1.2 formuliert wurde. Nicht nur die Betroffenen als Laien werden durch Schönheitsideale und Körperbilder in ihrer Einschätzung beeinflusst. In Kapitel 1.1.2 konnte gezeigt werden, dass auch die als pathologisch geltenden Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas nicht auf empirischer Basis ermittelt wurden. Dies belegt eine nennenswerte Abhängigkeit dieser Werte von den genannten Idealen und beeinflusst die Prävalenzen. Dabei ist zu

berücksichtigen, dass die medizinischen Folgen von Übergewicht und Adipositas, die empirisch ausgezeichnet belegt sind, durch die Erkenntnis, dass Distinktionskriterien stärker gesellschaftlich als empirisch geprägt sind, nicht in Frage gestellt werden. Eine gesundheitliche Versorgung ist folglich notwendig, sollte jedoch psychosoziale Aspekte berücksichtigen. Neuere Entwicklungen in der Adipositas therapie kündigen bereits einen Paradigmenwechsel in Richtung eines verständnisbasierten Ansatzes an, der sich vom Körpergewicht als Haupttherapiezielgröße löst.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sowie soziales Kapital in Form von informellen Institutionen sind in der Gesundheitsversorgung zentral. Die Wirkung informeller Gesundheitsversorgung auf die allgemeine, physische und psychische Gesundheit von Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas konnte anhand der untersuchten Datensätze allerdings nur zum Teil nachgewiesen werden. Während für familiäre und freundschaftliche Unterstützung einige Zusammenhänge belegt werden konnte, spielt das Internet gemessen durch Onlinekontakte und Onlinethemen keine Rolle für den Gesundheitszustand. Fraglich ist, ob die maximal geringen Belege tatsächlich darauf zurückzuführen sind, dass das Internet für die informelle gesundheitliche Versorgung von Adipositas irrelevant ist oder ob die Operationalisierung anhand der vorliegenden Datensätze dieses Phänomen ungenügend abbildet. Betrachtet man die Ergebnisse für familiäre und freundschaftliche Unterstützung wird klar, dass diese für Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas durchaus auf die erfassten Gesundheitsparameter wirkt. Interessant ist dabei, dass Unterschiede zwischen den Datensätzen festgestellt werden können. Bei KiGGS beeinflusst freundschaftliche bei HBSC familiäre Unterstützung die Gesundheit der Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas stärker. Eine Ausnahme bildet die psychische Gesundheit, die in beiden Datensätzen gleichermaßen mit familiärer Unterstützung zusammenhängt. Für differenzierte Ergebnisse und zur Analyse der Unterschiede zwischen freundschaftlicher und familiärer Unterstützung müsste ein Erhebungsinstrument konstruiert werden, das in der Lage ist die Unterschiede beider Varianten und den Aspekt des Gesundheitsbezugs bei der Unterstützung stärker herauszustellen.

Neben den Belegen für die Wirksamkeit von Stigmatisierung, konnte der Einfluss von feldspezifischen Kapitalformen am besten anhand der Sekundäranalyse empirisch abgebildet werden. Die Relevanz des Gesundheitshabitus für das medizinische Paradigma wird durch die Vielzahl an Variablen deutlich, die zur Illustration des Gesundheitshabitus dienen können. Der Schwerpunkt beider Studien liegt folglich auf der Energie-Bilanz-Theorie. Die Ergebnisse bezüglich möglicher Einflussfaktoren sind annehmbar, obwohl die Position im Feld, repräsentiert durch das Kapital-Modell, keinen relevanten Erklärwert für den adipositasrelevanten Gesundheitshabitus bestehend aus Ernährung, Bewegung und Medienkonsum hat. Etwas aussagekräftigere Ergebnisse zeigen sich für die Differenz zwischen Körperselbstbild und BMI, die erwartungsgemäß

nicht mit der Bildschirmmediennutzung, aber schwach mit dem Social Media Konsum zusammenhängt. Im Vergleich der Geschlechter werden jeweils die Annahmen bestätigt, dass männliche Jugendliche mehr Sport treiben, während sich weibliche Jugendliche ausgewogener ernähren. Schließlich wurde der Gesundheitshabitus für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas geprüft. Hierbei ist bemerkenswert, dass die nachgewiesenen Zusammenhänge eine kontraintuitive Richtung haben, das heißt Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas entsprechen den Empfehlungen tendenziell in größerem Maß als die Vergleichsgruppe, dabei korreliert das Körperselfbild stärker als der BMI. Gemäß den Erkenntnissen aus der Feldanalyse könnte dieses Ergebnis auf den Anpassungswillen stigmatisierter Gruppen zurückzuführen sein. Da dieser in der Regel groß ist, könnten sich die Betroffenen stärker mit Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen auseinandersetzen und im Rahmen der sozialen Erwünschtheit die Angaben beschönigen.

Ein Vergleich verschiedener Gruppen ermöglichte es, den Einfluss von Gesundheitskapital für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas zu belegen. Irritierend ist allerdings die fehlende Signifikanz des Kapital-Modells bei der Varianzaufklärung gesundheitlicher Selbsteinschätzung, welche als Kernelement des Feldes der Gesundheit in allen untersuchten Gruppen in besonderem Maße von den Auswirkungen des Gesundheitskapitals betroffen sein sollte. Über alle geprüften Modelle hinweg, ist der Einfluss der Position im Feld auf gesundheitsbezogene Parameter für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas am stärksten. Dies zeigt die Validität der Annahme von Gesundheitskapital als bedeutende Ressource im Feld der Gesundheitsversorgung. Einschränkung allerdings im Einklang mit den Vorannahmen zeigt sich, dass schwerpunktmäßig ökonomisches Kapital zur Varianzaufklärung beiträgt. Dies stützt die These, dass neoliberale Werte den Einfluss ökonomischen Kapitals begünstigen.

Zusammenfassend kann postuliert werden, dass die Beschreibung des Feldes der Gesundheit einen Vorteil hinsichtlich der quantitativer Hypothesengenerierung und Präzision der Interpretation von Sekundärdaten bietet. Ordnet man die Ergebnisse der Sekundäranalyse vor dem Hintergrund der vorangegangenen feldtheoretischen Überlegungen ein, wird klar, dass die durchgeführten Tests insgesamt in Einklang mit den Ausführungen und den daraus angeleiteten Hypothesen stehen. Es konnte sowohl deskriptiv als auch auf empirischer Basis gezeigt werden, dass soziale Position und soziales Gefüge einen Einfluss auf die Wahrnehmung und Krankheitslast von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen haben. Insgesamt waren etwa 75 % der Ergebnisse der Teilhypothesentests statistisch signifikant. Sie zeigen einen bedeutenden Zusammenhang zwischen Gewichtsklassifizierung und verschiedenen sozialen, psychischen und körperlichen Aspekten bei Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas. Die Ergebnisse legen nahe, dass Übergewicht und Adipositas mit einem erhöhten Risiko für Mobbing, geringere soziale Unterstützung, eine geringere gesundheitsbezogene



Lebensqualität sowie psychische und emotionale Einschränkungen verbunden sind. Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass dem Körper selbstbild als Wahrnehmung der eigenen Gestalt dabei eine wesentliche Rolle zukommt. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung eines Paradigmenwechsels in der Adipositas therapie, da sie Hinweise darauf geben, dass einige negative Folgen von Übergewicht und Adipositas auf die Selbstwahrnehmung und nicht den messbaren Körperfettanteil zurückzuführen sind. Prävention und Therapie dieser Aspekte fordert ganzheitliche Ansätze zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens, die nicht nur auf körperliche Gesundheit, sondern auch auf psychosoziale Faktoren abzielen. Dies zeigt, dass sowohl eine deskriptive als auch empirische Analyse notwendig war, um die zentrale Fragestellung zu beantworten. Allerdings war die Operationalisierung der verschiedenen Kapitalsorten mittels der vorliegenden Datensätze eine große Herausforderung. Es kann als realistisch betrachtet werden, dass die beobachteten Zusammenhänge bei spezifischer Instrumentenentwicklung stärker hervortreten. Die Sekundärdaten konnten in diesem Fall die Konstruktion eigener statistischer Instrumente zur Operationalisierung der untersuchten Phänomene nicht vollständig ersetzen, denn ein Rückgriff auf Sekundärdaten beinhaltet immer die Unsicherheit, ob eine fehlende Signifikanz der Ergebnisse auf unzureichende Abbildung der Phänomene durch die vorliegenden Variablen oder auf fehlerhafte Annahmen zurückzuführen sind. Insbesondere für die Überprüfung der Wirkung von informeller institutionalisierter Versorgung und dem Einfluss von Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen sollten für weiterführende Forschungen eigene Instrumente konstruiert werden, da lediglich ein unzureichender Nachweis für deren Wirkung erbracht werden konnte. Selbst konstruierte Instrumente könnten zudem die Anpassungsgüte der Modelle insgesamt erhöhen und die Dominanz des ökonomischen Kapitals relativieren.

## 7 ABBILDUNGEN

Abbildung 1: "Die dick Seyllerin", Strasbourg. c. 1612 (Stolberg 2012, S. 377) Der abgebildete Text lautet: „Die dick seyllerin bin ich furwar; meines Alters sechs und dreysig Jahr. Auch noch bey leben frisch und gesundt; an gewicht 4 Centner und 89 Pfundt.“ .....	7
Abbildung 2: Zusammenhang Struktur, Habitus und Praxis (eigene Darstellung nach Jäger 2014, S. 176) .....	35
Abbildung 3: Darstellung Themen der Studien HBSC, KiGGS und AdiMon.....	42
Abbildung 4: Themenbereiche HBSC-Fragebogen (eigene Darstellung nach Moor et al. 2020b, S. 96) .....	45
Abbildung 5: Operationalisierung soziodemografischer Angaben HBSC (eigene Darstellung).....	46
Abbildung 6: Themenbereiche KiGGS-Fragebogen (eigene Darstellung).....	49
Abbildung 7: Dimensionen von Diversität (eigene Darstellung nach Brzoska und Razum 2017, S. 300).....	69
Abbildung 8: Beziehungen der kollektiven Akteure im Feld der Gesundheitsversorgung .....	121
Abbildung 9: Nährwertangaben Nesquik von Nestlé (Nestlé 2023), Hervorh. durch die Autorin .....	125
Abbildung 10: Veröffentlichungsjahre der in der S3-Leitlinie zitierten Literatur (eigene Darstellung).....	162
Abbildung 11: Ursache-Wirkungsmodell AdiMon (eigene Darstellung nach Lehmann et al. 2020, S. 7) .....	182
Abbildung 12: Auswahl Themen der Studien HBSC, KiGGS und AdiMon .....	207
Abbildung 13: Statistische Mediation (eigene Darstellung nach Baron und Kenny 1986, S. 1176) .....	211
Abbildung 14: Fallzahlen BMI und BMI-Klassifikation HBSC und KiGGS (eigene Zusammenstellung) .....	215
Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung Übergewicht/Adipositas, KiGGS/HBSC im Vergleich (eigene Darstellung) .....	216
Abbildung 16: Hauptkomponentenanalyse soziale Unterstützung online (eigene Darstellung).....	221
Abbildung 17: Mann-Whitney-U-Test Körperselbstbild nach Geschlecht Vergleich KiGGS/HBSC.....	230

Abbildung 18: Mann-Whitney-U-Test Differenz Körperselfbild/BMI nach Geschlecht Vergleich KiGGS/HBSC.....	230
Abbildung 19: Multiple lineare Regression Kapital Körperselfbild, KiGGS.....	231
Abbildung 20: Kendall-Tau-c kulturelles Kapital/Differenz zw. Körperselfbild und BMI, KiGGS.....	232
Abbildung 21: Kendall-Tau-c ökonomisches Kapital/Differenz zw. Körperselfbild und BMI Vergleich KiGGS/HBSC.....	232
Abbildung 22: Deskriptive Statistik t-Test Mobbing Vergleich KiGGS/HBSC .....	233
Abbildung 23: t-Test soziale Unterstützung KiGGS.....	234
Abbildung 24: Deskriptive Statistik Gruppenvergleich HRQoL Vergleich KiGGS/HBSC .....	234
Abbildung 25: Mann-Whitney-U-Test psychische Einschränkungen Vergleich KiGGS/HBSC .....	235
Abbildung 26: Partielle Korrelation BMI und Mobbingfahrung, Kontrolle Körperselfbild Vergleich KiGGS/HBSC .....	236
Abbildung 27: Partielle Korrelation BMI und HRQoL, Kontrolle Körperselfbild Vergleich KiGGS/HBSC.....	236
Abbildung 28: Partielle Korrelation BMI und psychische Einschränkungen, Kontrolle Körperselfbild Vergleich KiGGS/HBSC.....	237
Abbildung 29: Partielle Korrelation BMI, Kontrolle soziale Unterstützung Vergleich KiGGS/HBSC.....	238
Abbildung 30: Pearsons r soziale Unterstützung ges. Selbsteinschätzung und HRQoL Vergleich KiGGS/HBSC.....	239
Abbildung 31: Pearsons r soziale Unterstützung psychische Einschränkungen körperliches Wohlbefinden Vergleich KiGGS/HBSC.....	240
Abbildung 32: Kendall-Tau-c Onlinekontakte beziehungsweise Onlinethemen/Gesundheit beziehungsweise HRQoL, HBSC.....	241
Abbildung 33: Kendall-Tau-c Onlinekontakte beziehungsweise Onlinethemen/emo. psy. Einschränkungen, HBSC.....	241
Abbildung 34: Multiple lineare Regression Kapital symbolisches Kapital, alle Gruppen, KiGGS .....	242
Abbildung 35: Multiple lineare Regression Kapital symbolisches Kapital, N/U, KiGGS .....	243
Abbildung 36: Multiple lineare Regression Kapital symbolisches Kapital, Ü/A, KiGGS .....	243

## Abbildungen

Abbildung 37: Multiple lineare Regression Kapital Körperselbstbild, alle Gruppen, KiGGS .....	244
Abbildung 38: Multiple lineare Regression Kapital Körperselbstbild, Ü/A, KiGGS.....	245
Abbildung 39: Binär logistische Regression gesundheitliche Selbsteinschätzung, alle Gruppen, KiGGS .....	246
Abbildung 40: Multiple lineare Regression Kapital körperliches Wohlbefinden, alle, KiGGS .....	247
Abbildung 41: Multiple lineare Regression Kapital körperliches Wohlbefinden, U/N, KiGGS.....	248
Abbildung 42: Multiple lineare Regression Kapital körperliches Wohlbefinden, Ü/A, KiGGS .....	248
Abbildung 43: Multiple lineare Regression Kapital HRQoL, alle, KiGGS.....	249
Abbildung 44: Multiple lineare Regression Kapital HRQoL, U/N, KiGGS .....	250
Abbildung 45: Multiple lineare Regression Kapital HRQoL, Ü/A, KiGGS .....	250
Abbildung 46: Multiple lineare Regression Kapital psychische beziehungsweise emotionale Einschränkungen, alle, KiGGS .....	252
Abbildung 47: Multiple lineare Regression Kapital psychische bzw. emotionale Einschränkungen, U/N, KiGGS .....	253
Abbildung 48: Multiple lineare Regression Kapital psychische bzw. emotionale Einschränkungen, Ü/A, KiGGS .....	254
Abbildung 49: Kendall-Tau-c soziales Kapital/Körperselbstbild Vergleich KiGGS/HBSC.....	255
Abbildung 50: Kendall-Tau-c soziales Kapital/BMI Vergleich KiGGS/HBSC.....	255
Abbildung 51: Kendall-Tau-c symbolisches Kapital/Körperselbstbild und BMI, KiGGS .....	256
Abbildung 52: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild gesundheitliche Selbsteinschätzung, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, Vergleich KiGGS/HBSC.....	257
Abbildung 53: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild körperliches Wohlbefinden, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, KiGGS .....	258
Abbildung 54: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild HRQoL, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, Vergleich KiGGS/HBSC .....	259
Abbildung 55: Partielle Korrelation BMI/Körperselbstbild emo. psy. Einschränkungen, Kontrolle symbolisches soziales Kapital, Vergleich KiGGS/HBSC.....	260

Abbildung 56: Binär logistische Regression Obstverzehr, KiGGS .....	261
Abbildung 57: Binär logistische Regression Gemüseverzehr, KiGGS .....	262
Abbildung 58: Binär logistische Regression Extrasverzehr, KiGGS.....	263
Abbildung 59: Binär logistische Regression körperliche Aktivität, KiGGS .....	264
Abbildung 60: Binär logistische Regression sportliche Aktivität, KiGGS .....	265
Abbildung 61: Multiple lineare Regression Kapital Bildschirmmedienkonsum, KiGGS .....	266
Abbildung 62: Multiple lineare Regression Kapital Social Media Nutzung, KiGGS....	266
Abbildung 63: Kendall-Tau-c Bildschirm-/Social Media Konsum Körperselbstbild beziehungsweise BMI Vergleich KiGGS/HBSC .....	267
Abbildung 64: Kendall-Tau-c Bildschirm-/Social Media Konsum Differenz zw. Körperselbstbild und BMI Vergleich KiGGS/HBSC.....	268
Abbildung 65: Deskriptive Statistik t-Test Geschlechterunterschiede Ernährung/Bewegung Vergleich KiGGS/HBSC.....	268
Abbildung 66: Kendall-Tau-c Bildschirm-/Social Media Konsum Körperselbstbild beziehungsweise BMI Vergleich KiGGS/HBSC .....	269
Abbildung 67: Übersicht Ergebnisse der Sekundäranalyse (eigene Darstellung) .....	275
Abbildung 68: Zentrale Tendenzen des BMI der Miss America Gewinnerinnen im Zeitverlauf.....	334

## 8 ABKÜRZUNGEN

AdiMon	Bevölkerungsweite Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindes- und Jugendalter
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBM	Evidence Based Medicine
EU	Europäische Union
FAS	Family Affluence Scale
FOR	Familienorientierte Rehabilitation
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IOTF	International Obesity Task Force
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
JIM	Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
MBA	Master of Business Administration
NAAFA	National Association for the Advancement of Fat Acceptance
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SES	Sozioökonomischer Status
SGB	Sozialgesetzbuch
TI	Telematikinfrastruktur
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
VAS	Vierstelligen Ausführlichen Systematik
WHO	World Health Organisation
WHR	Waist to Hip Ratio
WHtR	Waist to Height Ratio

## 9 LITERATUR

- Abel, Thomas; Abraham, Andrea; Sommerhalder, Kathrin (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 185–198.
- Abel, Thomas; Fuhr, D. C.; Bisegger, C.; Ackermann Rau, S. (2011): Money is not enough. Exploring the impact of social and cultural resources on youth health. In: *Scand J Public Health* 39 (6\_suppl), S. 57–61.
- Abel, Thomas; Hofmann, Karen; Ackermann, Sabine; Bucher, Sabine; Sakarya, Sibel (2015): Health literacy among young adults. A short survey tool for public health and health promotion research. In: *Health Promot. Int.* 30 (3), S. 725–735.
- Abel, Thomas; Schori, Dominik (2009): Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. In: *ÖZS* 34 (2), S. 48–64.
- Aksakal, T.; Yilmaz-Aslan, Y.; Akbulut, N.; Razum, Oliver; Brzoska, Patrick (2018): Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen. Ergebnisse einer exemplarischen Ist-Analyse. In: Rolf Buschmann-Steinhage, Hans-Günter Haaf und Uwe Koch (Hg.): *27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Rehabilitation bewegt!* vom 26. bis 28. Februar 2018 in München. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; DRV Bund. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 512–514.
- Alvarez, Elena Carrillo; Kawachi, Ichiro; Romani, Jordi Riera (2017): Family social capital and health. A systematic review and redirection. In: *Sociology of health & illness* 39 (1), S. 5–29.
- AWMF (Hg.) (2023): AWMF online. Portal der wissenschaftlichen Medizin. Offizielle Leitlinien. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien>, zuletzt geprüft am 03.11.2023.
- Azar, Kristen M. J.; Halley, Meghan; Lv, Nan; Wulfovich, Sharon; Gillespie, Katie; Liang, Lily; Goldman Rosas, Lisa (2020): Differing views regarding diet and physical activity. Adolescents versus parents' perspectives. In: *BMC Pediatr* 20 (1), Artikel 137.
- Backhaus, Klaus; Erichson, Bernd; Plinke, Wulff; Weiber, Rolf (2006): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 2. Aufl. 2010. Berlin, Heidelberg: Springer.



- Ball, Geoff D. C.; Garcia, Arnaldo Perez; Chanoine, Jean-Pierre; Morrison, Katherine M.; Legault, Laurent; Sharma, Arya M. et al. (2012): Should I stay or should I go? Understanding families' decisions regarding initiating, continuing, and terminating health services for managing pediatric obesity. In: *BMC Health Serv Res* 12 (1), S. 1.
- Bandelow, Nils C.; Hassenteufel, Patrick (2006): Mehrheitsdemokratische Politikblockaden und verhandlungsdemokratischer Reformeifer. Akteure und Interessenten in der französischen und deutschen Gesundheitspolitik. In: Christof Wolf und Claus Wendt (Hg.): *Perspektiven der Gesundheitssoziologie*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (46). Köln, S. 320–342.
- Barlösius, Eva; Philipps, Axel (2011): Die Gesellschaft und das Selbst der ‚Dicken‘. Wie Kinder und Jugendliche gesellschaftliche Haltungen und Erwartungen in ihre Selbstkonstitution hineinnehmen. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 180–202.
- Baron, R. M.; Kenny, D. A. (1986): The moderator-mediator variable distinction in social psychological research. Conceptual, strategic, and statistical considerations. In: *Journal of personality and social psychology* 51 (6), S. 1173–1182.
- Bartsch, Silke (2018): Einflüsse auf das Essverhalten Jugendlicher. In: Mathilde Kersting (Hg.): *Kinderernährung aktuell. Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. 2., komplett aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Umschau Zeitschriftenverlag GmbH, S. 106–115.
- Bauer, Ullrich (2009): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. Internationale Forschungsbefunde und theoretische Zugänge. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 55 (4), S. 389–407.
- Bauer, Ullrich (2014): Kultur. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 158–162.
- Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H. (2008): Körpersozialisation. Zur Einführung in den Themenschwerpunkt. In: *ZSE (Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation)* 28 (2), S. 115–120.
- Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H.; Richter, Matthias (2008): Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In: Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer und Matthias Richter (Hg.): *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 13–56.
- Baumgartner-Hirscher, Natalie; Zumbach, Jörg (2019): Die Auswirkungen medialer Angebote auf das Körperbild von Jugendlichen. In: *Medienpädagogik*, S. 37–60.

- Becker, Franziska; Morfeld, Matthias (2019): Versorgungsleistungen in der Rehabilitation. In: Robin Haring (Hg.): Gesundheitswissenschaften. 1st ed. 2019, S. 597–608.
- Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius; Vogt, Werner (2010): Einleitung. Die Arzt-Patienten-Beziehung aus soziologischer Sicht. In: Jutta Begenau, Cornelius Schubert und Werner Vogt (Hg.): Die Arzt-Patient-Beziehung. 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 7–33.
- Behrens, Johann (2009): Meso-soziologische Ansätze und ihre Bedeutung für die Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, 55-76.
- Beilegoli, Alline M.; Andrade, Andre Q.; Cançado, Alexandre G.; Paulo, Matheus N. L.; Diniz, Maria De Fátima H.; Ribeiro, Antonio L. (2019): Web-Based Digital Health Interventions for Weight Loss and Lifestyle Habit Changes in Overweight and Obese Adults. Systematic Review and Meta-Analysis. In: Journal of medical Internet research 21 (1), e298.
- Berghem, S. (2017): Kinder mit Migrationshintergrund. Sichtweise der Rehabilitationskliniken. In: Rolf Buschmann-Steinhage, Hans-Günter Haaf und Uwe Koch (Hg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung vom 20. bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 444–445.
- BfArM (Hg.) (2023): Finden Sie die passende digitale Gesundheitsanwendung. Treffen Sie eine Auswahl aus digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die vom BfArM gemäß § 139e SGB V bewertet wurden. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Online verfügbar unter <https://caspar-health.com/>, zuletzt aktualisiert am 2023, zuletzt geprüft am 12.12.2023.
- Bischoff, Stephan C. (2018a): Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas. Bei Erwachsenen. In: Stephan C. Bischoff (Hg.): Adipositas. Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis. Berlin: de Gruyter, S. 16–19.
- Bischoff, Stephan C. (2018b): Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas. Verantwortung Adipositas - Gesundheitsrechtliche Einordnung. In: Stephan C. Bischoff (Hg.): Adipositas. Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis. Berlin: de Gruyter, S. 26–30.

- Bittlingmayer, Uwe H. (2008): Ungleich sozialisierte Körper. Soziale Determinanten der Körperlichkeit 10- bis 11-jähriger Kinder. In: ZSE (Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation) 28 (2), S. 155–173.
- Bittlingmayer, Uwe H. (2016): Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 23–40.
- Bittlingmayer, Uwe H.; Ziegler, Holger (2012): Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? Discussion Paper. Berlin (WZB Discussion Paper, No. SP I 2012-301), Februar 2012. Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/56930/1/689993358.pdf>, zuletzt geprüft am 05.02.2020.
- BMEL (Hg.) (2020): Deutschland, wie es isst. Der BMEL-Ernährungsreport 2020. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/ernaehrungsreport2020.html>, zuletzt geprüft am 09.02.2021.
- BMEL (Hg.) (2023): Nutri-Score. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Online verfügbar unter [https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittelkennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/nutri-score/nutri-score\\_node.html](https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittelkennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/nutri-score/nutri-score_node.html), zuletzt geprüft am 06.12.2023.
- BMG (2022): Das deutsche Gesundheitssystem. Leistungsstark. Sicher. Bewährt. 2. Aufl. Berlin, April 2022. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf), zuletzt geprüft am 20.08.2023.
- Böhler, Thomas; Bengel, Jürgen; Goldapp, Cornelia; Mann, Reinhard (2012): Bericht zur EvAKuJ-Studie im Rahmen des Qualitätssicherungsprozesses der BZgA zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Abschlussbericht. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG A).
- Boltanski, Luc (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Dietmar Kamper und Volker Rittner (Hg.): Zur Geschichte des Körpers. München: Hanser, S. 138–183.
- Bourdieu, Pierre (1978): Sport and social class. In: Social Science Information 17 (6), S. 819–840.
- Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. Originalbeitrag, übersetzt von Reinhard Kreckel. In: Reinhard Kreckel (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen, S. 183–198.

- Bourdieu, Pierre (1998): *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handels*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2001): *Das politische Feld. Zur Kritik der politischen Vernunft*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Bourdieu, Pierre (2002): *Das ökonomische Feld*. In: Pierre Bourdieu (Hg.): *Der Einzige und sein Eigenheim*. Erw. Neuausg. Hamburg: VSA-Verl., S. 185–222.
- Bourdieu, Pierre (2018a): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. 26. Auflage 2018. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2018b): *Homo academicus*. 7. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre; Wacquant, Loïc (1996): *Reflexive Anthropologie*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bremer, Helmut; Lange-Vester, Andrea; Vester, Michael (2014): "Die feinen Unterschiede". In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Bruchhausen, Walter (2010): 'Biomedizin' in sozial- und kulturwissenschaftlichen Beiträgen. Eine Begriffskarriere zwischen Analyse und Polemik. In: *NTM* 18 (4), S. 497–522.
- Brunnett, Regina (2009): Zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. In: *ÖZS* 34 (2), S. 65–71.
- Brunnett, Regina (2016): Gesundheit als Kapital. Zur Produktivität symbolischer Gesundheit im flexiblen Kapitalismus. In: Roland Anhorn und Marcus Balzereit (Hg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*, Bd. 103. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 207–223.
- Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2017): Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 56 (5), S. 299–304.
- Caspar Health (Hg.) (2023): *Wir denken Rehabilitation neu. Individualisierte, digitale Therapie kombiniert mit persönlicher Begleitung durch medizinische Fachkräfte*. GOREHA GmbH. Online verfügbar unter <https://caspar-health.com/>, zuletzt aktualisiert am 2023, zuletzt geprüft am 12.12.2023.
- Caumanns, Jörg (2019): Zur Diskussion: Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 143, S. 22–29.

- Christensen, Vibeke T.; Carpiano, Richard M. (2014): Social class differences in BMI among Danish women. Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. In: *Social science & medicine* (1982) 112, S. 12–21.
- Chung, Sophia Jihey; Ersig, Anne L.; McCarthy, Ann Marie (2018): Parent, school, and peer factors related to U.S. adolescents' diet and exercise. In: *Journal for specialists in pediatric nursing* : JSPN 23 (4), e12227.
- Cockerham, William C. (2013): Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory. In: William C. Cockerham (Hg.): *Medical Sociology on the Move*, Bd. 74. Dordrecht: Springer Netherlands, S. 127–154.
- Cockerham, William C.; Hinote, Brian P.; Abbott, Pamela (2006): A Sociological Model of Health Lifestyles. Conducting a Preliminary Test with Russian Data. In: Christof Wolf und Claus Wendt (Hg.): *Perspektiven der Gesundheitssoziologie*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (46). Köln, S. 177–197.
- Cohen, Jacob (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, Tim J.; Bellizzi, Mary C.; Flegal, Katherine M.; Dietz, William H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide. international survey. In: *BMJ* 320 (7244), S. 1240.
- Coleman, James S. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. In: *The American Journal of Sociology* 94, S. 95–120.
- Collyer, Fran M.; Willis, Karen F.; Franklin, Marika; Harley, Kirsten; Short, Stephanie D. (2015): Healthcare choice. Bourdieu's capital, habitus and field. In: *Current Sociology* 63 (5), S. 685–699.
- Crammond, Bradley R.; Carey, Gemma (2017): What do we mean by 'structure' when we talk about structural influences on the social determinants of health inequalities? In: *Soc Theory Health* 15 (1), S. 84–98.
- Da Silva Fernandes, Jaime; Schuelter-Trevisol, Fabiana; Cancelier, Ana Carolina Lobor; Gonçalves E Silva, Helena Caetano; Sousa, Daiana Gomes de; Atkinson, Richard L.; Trevisol, Daisson José (2021): Adenovirus 36 prevalence and association with human obesity: a systematic review. In: *Int J Obes* 45 (6), S. 1342–1356.
- Deck, Ruth; Hofreuter-Gätgens, Kerstin (2016): Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59 (2), S. 245–251.
- dem Knesebeck, Olaf von; Bauer, Ullrich; Geyer, S.; Mielck, A. (2009): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. Ein Plädoyer für systematische

- Forschung. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany) 71 (2), 59-62; discussion 63-4.
- Der Rat der Europäischen Union (2000): Richtlinie zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. 2000/78/EG, vom 27.11.2000. Fundstelle: 32000L0078. In: Amtsblatt (L303), S. 16–22. Online verfügbar unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/ALL/?uri=CELEX%3A32000L0078>, zuletzt geprüft am 11.11.2023.
- Deuschle, Jürgen; Sonnberger, Marco (2011): Zum Stereotypus des übergewichtigen Kindes. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 161–180.
- Dimbath, Oliver; Heinlein, Michael; Schindler, Larissa (2016): Einleitung: Körper und Gedächtnis. Perspektiven auf Zeichnungen der Vergangenheit und inkorporierte Verhaltensorientierungen. In: Michael Heinlein, Oliver Dimbath, Larissa Schindler und Peter Wehling (Hg.): Der Körper als soziales Gedächtnis. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–15.
- Eberding, Angela; Schlippe, Arist von (2005): Gesundheit und Migration. Konzepte der Beratung und Behandlung von Migranten. In: Arist von Schlippe, Stephan Theiling und Petra Bartram-Burde (Hg.): Niemand ist allein krank. Osnabrücker Lesebuch zu chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Lengerich: Pabst Science-Publ, S. 369–398.
- Eckhardt, Andrea G. (2014): Gesundheit in der Kindheit. Editorial. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung / Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research 9 (2).
- Eichhorn, C.; Nagel, Eckert (2010): Prävention von Übergewicht und Adipositas. Aufgaben von Staat, Lebensmittelindustrie und Individuum. In: Gesundheitswesen 72 (01), S. 10–16.
- Elgar, Frank J. (2016): Chapter 8. Family affluence. In: Jo Inchley, Dorothy Currie, Taryn Young, Oddrun Samdal, Torbjorn Torsheim, Lise Augustson et al. (Hg.): Growing up unequal. Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. World Health Organization. Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents), S. 227–230.
- ELLE (2023): Hubert Burda Media, August 2023. Online verfügbar unter <https://www.elle.de/>, zuletzt geprüft am 06.11.2023.
- Erhart, Michael; Wille, Nora; Ravens-Sieberer, Ulrike (2008): In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik.

- In: Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer und Matthias Richter (Hg.): Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 331–358.
- Europäischer Gerichtshof (Vierte Kammer), Vorabentscheidung vom 18.12.2014, Aktenzeichen C-354/13.
- Fach, Eva-Maria; Markert, Jenny; Spanier, Katja; Bethge, Matthias; Schlumbohm, Anna; Richter, Matthias (2021): Soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. In: *Rehabilitation* 60 (5), S. 310–319.
- Fahrenkrog, Sandra; Ammelburg, Nina; Schmelcher, Alina; Herrmann, Kristin; Spyra, Karla (2020): Wie sind die Bedarfe bezüglich der ambulanten Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Eine qualitative Befragung aller Beteiligten. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung : Prävention und Rehabilitation - der Betrieb als Partner, vom 2. bis 4. März 2020 in Hannover. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 251–252. Online verfügbar unter [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_29\\_reha\\_kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_29_reha_kolloqu.pdf), zuletzt geprüft am 21.09.2020.
- Farin-Glattacker, Erik; Schmidt, Erika; Spohn, Lucas (2019): Barrieren und förderliche Faktoren telemedizinischer Ansätze in der medizinischen Rehabilitation. In: Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Harald Mehlich (Hg.): *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen V. Impulse für die Rehabilitation*. 1. Auflage 2019. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 161–182.
- Farnesi, Biagina-Carla; Perez, Arnaldo; Holt, Nicholas L.; Morrison, Katherine M.; Gokiert, Rebecca; Legault, Laurent et al. (2019): Continued attendance for paediatric weight management. A multicentre, qualitative study of parents' reasons and facilitators. In: *Clinical obesity* 9 (3), e12304.
- Feierabend, Sabine; Rathgeb, Thomas; Kheredmand, Hediye; Glöckler, Stephan (2022): JIM-Studie 2022. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Hg. v. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. Stuttgart. Online verfügbar unter [https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2022/JIM\\_2022\\_Web\\_final.pdf](https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2022/JIM_2022_Web_final.pdf), zuletzt geprüft am 08.04.2023.
- Flegal, Katherine M. (2021): The obesity wars and the education of a researcher: A personal account. In: *Progress in cardiovascular diseases* 67, S. 75–79.

- Flegal, Katherine M.; Graubard, Barry I.; Williamson, David F.; Gail, Mitchell H. (2005): Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. In: *JAMA* 293 (15), S. 1861–1867.
- Flegal, Katherine M.; Kit, Brian K.; Orpana, Heather; Graubard, Barry I. (2013): Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis. In: *JAMA* 309 (1), S. 71–82.
- Florian, Michael (2008): Ökonomische Institutionen als soziale Praxis. Der Beitrag von Pierre Bourdieu zur "neuen" Wirtschaftssoziologie. In: Karl-Siegbert Rehberg und Dana Giesecke (Hg.): *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen. 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie*. Kassel, 2006. Deutsche Gesellschaft für Soziologie. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Foucault, Michel (2021): *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. 19. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fröhlich, Gerhard (2014): Wissenschaft. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 327–337.
- Fröhlich, Gerhard; Mörth, I. (1994): Lebensstile als symbolisches Kapital? Zum aktuellen Stellenwert kultureller Distinktionen. In: I. Mörth und Gerhard Fröhlich (Hg.): *Das symbolische Kapital der Lebensstile. Zur Kulturosoziologie der Moderne nach Pierre Bourdieu*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, S. 2–15.
- Fröhlich, Gerhard; Rehbein, Boike (2014): Symbol. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 228–231.
- Gagné, Thierry; Frohlich, Katherine L.; Abel, Thomas (2015): Cultural capital and smoking in young adults. Applying new indicators to explore social inequalities in health behaviour. In: *Eur J Public Health* 25 (5), S. 818–823.
- Gao, Liang; Liu, Jun jin; Fan, Qi chao; Ling, Li ting; Ding, Hai bo (2023): Association of obesity and mortality in sepsis patients. A meta-analysis from observational evidence. In: *Heliyon*, e19556.
- Gardenswartz, Lee; Rowe, Anita (1998): *Managing diversity. A complete desk reference and planning guide*. Rev. ed. New York: McGraw-Hill.
- Gausche, R.; Beger, C.; Kess, A.; Körner, A.; Kiess, W. (2019): Neues zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In: *Kinder- und Jugendmedizin* 19 (01), S. 24–28.



- G-BA (Hg.) (2023): Über den G-BA. Wer wir sind. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>, zuletzt geprüft am 20.08.2023.
- GBE (Hg.) (2014): Faktenblätter zu KiGGS Welle 1. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009 bis 2012. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Online verfügbar unter [https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=17625](https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=17625), zuletzt aktualisiert am August 2014, zuletzt geprüft am 30.01.2024.
- GBE (Hg.) (2020): Faktenblätterübersicht der HBSC-Studie. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Online verfügbar unter [https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=14467](https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467), zuletzt aktualisiert am Februar 2020, zuletzt geprüft am 30.01.2024.
- GBE (Hg.) (2023): Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale. Jahre, Deutschland, Alter, Beschäftigungsart, Beruf. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Online verfügbar unter [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=20918025&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_in\\_dnr=96&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=20918025&p_sprache=D&p_help=2&p_in_dnr=96&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=), zuletzt geprüft am 26.11.23.
- Giesecke, J.; Müters, S. (2009): Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit. Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 353–366.
- Giordano, Giuseppe N.; Merlo, Juan; Ohlsson, Henrik; Rosvall, Maria; Lindström, Martin (2013): Testing the association between social capital and health over time. A family-based design. In: BMC public health 13 (Artikelnummer 665), S. 1–9.
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2023): Über uns. GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/der\\_verband/wir\\_ueber\\_uns.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/wir_ueber_uns.jsp), zuletzt aktualisiert am 30.03.2022, zuletzt geprüft am 20.08.2023.
- Glüer, Michael (2018): Digitaler Medienkonsum. In: Arnold. Lohaus (Hg.): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint; Springer, S. 197–222.
- Goffman, Erving (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 7. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Goffman, Erving (2017): *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. First edition. London: Taylor and Francis.
- Gottschalk-Mazouz, Niels (2011): Philosophische Aspekte der Diskussion um Übergewicht und Adipositas als systemische Risiken. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 21–30.
- Gross, Christiane; Jungbauer-Gans, Monika (2012): Sozialkapital als individuelle Ressource und Produkt gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. In: Alban Knecht und Franz-Christian Schubert (Hg.): *Ressourcen im Sozialstaat und in der sozialen Arbeit. Zuteilung - Förderung - Aktivierung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 117–131.
- Gugutzer, Robert (2013): *Soziologie des Körpers*. 4., unveränd. Aufl. Bielefeld: Transcript-Verl.
- Günther, Sandra (2013): Fitness als Inklusionsprämisse? Eine Diskursanalyse zur Problematisierung adipöser Kinder- und Jugendkörper in sportwissenschaftlichen Gesundheitsdiskursen. In: *FQS (Forum: Qualitative Sozialforschung)* 14 (1), Artikel Art. 9.
- Guttman, Louis (1954): Some necessary conditions for common-factor analysis. In: *Psychometrika* 19 (2), S. 149–161.
- Hackauf, Horst; Quenzel, Gudrun (2019): Diversität von Gesundheit und Krankheit im Kinder- und Jugendalter. In: Robin Haring (Hg.): *Gesundheitswissenschaften*. 1st ed. 2019, S. 467–475.
- Hahn, Daphne (2011): Prinzip Selbstverantwortung? Eine Gesundheit für alle? Verschiebungen in der Verantwortung für Gesundheit im Kontext sozialer Differenzierungen. In: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 46, S. 29–50.
- Hähne, Cornelia; Dümmler, Kerstin (2008): Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter. In: Matthias Richter (Hg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa-Verl., S. 93–115.

- Hampel, Petra; Stachow, Rainer (2020): Psychische Auffälligkeiten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung : Prävention und Rehabilitation - der Betrieb als Partner, vom 2. bis 4. März 2020 in Hannover. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 249–250. Online verfügbar unter [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_29\\_reha\\_kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_29_reha_kolloqu.pdf), zuletzt geprüft am 21.09.2020.
- Hampel, Petra; Stachow, Rainer; Wienert, Julian (2019): Psychologische Kennwerte und BMI-SDS bei Jugendlichen mit Adipositas und unterschiedlichen Motivationsstadien in der stationären Rehabilitation. In: Rehabilitation, online first.
- Harriss, John (2005): Das eingebaute Sozialkapital. In: PERIPHERIE 25 (99), S. 267–285.
- Hartung, Susanne (2009): Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme? Einige theoretisch-normative Implikationen. In: Uwe H. Bittlingmayer, Diana Sahrai und Peter-Ernst Schnabel (Hg.): Normativität und Public Health, Bd. 29. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 211–234.
- Hartung, Susanne (2011): Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In: Thomas Schott und Claudia Hornberg (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 235–255.
- Hartung, Susanne (2014): Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss., 2013. Wiesbaden: Springer VS.
- Hartung, Susanne (2019): Sozialkapital und Gesundheit. In: Robin Haring (Hg.): Gesundheitswissenschaften. 1st ed. 2019, S. 177–188.
- Haverkamp, Fritz (2018): Gesundheitliche Ungleichheit und neue Morbidität. In: Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 479–502.
- Helmert, U.; Strube, H. (2004): Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002. In: Gesundheitswesen 66 (07), S. 409–415.
- Hensen, Gregor (2011): Gesundheitsverhalten und Ungleichheit zwischen individueller Freiheit und gesellschaftlichen Implikationen. In: Peter Hensen und Christian Kölzer (Hg.): Die gesunde Gesellschaft, Bd. 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 207–227.

- Heseker, Helmut; Heseker, Beate (2019): Die Nährwerttabelle. 6., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Umschau Zeitschriftenverlag.
- Himmelstein, M. S.; Puhl, R. M. (2019): Weight-based victimization from friends and family. Implications for how adolescents cope with weight stigma. In: *Pediatric Obesity* 14 (1).
- Hinney, Anke; Swienty, Lydia (2018): Ursachen der Adipositas. Genetische Faktoren. In: Stephan C. Bischoff (Hg.): *Adipositas. Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis*. Berlin: de Gruyter, S. 46–51.
- Hofer, Matthias (2012): Zur Wirkung der Nutzung von Online-Medien auf das Sozialkapital. In: Leonard Reinecke (Hg.): *Unterhaltung in neuen Medien. Perspektiven zur Rezeption und Wirkung von Online-Medien und interaktiven Unterhaltungsformaten*. Köln: Halem, S. 289–306.
- Hofreuter-Gätgens, Kerstin (2015): Soziale Ungleichheit in der rehabilitativen Versorgung. Zugl.: Hamburg, Univ., FB Sozialwiss., Diss., 2014 u.d.T.: Soziale Ungleichheit in der rehabilitativen Versorgung von onkologischen Erkrankungen und psychischen/psychosomatischen Erkrankungen. Berlin: LIT.
- Holder, Patricia (2014): Hexis. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 124–127.
- Holl, Reinhard (2018a): Klinische Präsentation, Diagnostik und Differenzialdiagnostik. Das adipöse Kind. In: Stephan C. Bischoff (Hg.): *Adipositas. Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis*. Berlin: de Gruyter, S. 166–175.
- Holl, Reinhard (2018b): Konservative Therapie. Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen. In: Stephan C. Bischoff (Hg.): *Adipositas. Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis*. Berlin: de Gruyter, S. 242–250.
- Iguacel, Isabel; Börnhorst, Claudia; Michels, Nathalie; Breidenassel, Christina; Dallongeville, Jean; González-Gross, Marcela et al. (2021): Socioeconomically Disadvantaged Groups and Metabolic Syndrome in European Adolescents. The HELENA Study. In: *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 68 (1), S. 146–154.
- Inchley, Jo; Aleman-Diaz, Aixa; Kelly, Colette; Walsh, Sophie; Stevens, Gonneke W. J. M. (2016): Health behaviour in school-aged children (HBSC) study. In: Jo Inchley, Dorothy Currie, Taryn Young, Oddrun Samdal, Torbjorn Torsheim, Lise Augustson et al. (Hg.): *Growing up unequal. Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. World Health Organization. Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents), S. 1–12.

- IQWiG (Hg.) (2023): Über uns. Aufgaben und Ziele. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://www.iqwig.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/>, zuletzt geprüft am 20.08.2023.
- Jäger, Ulle (2014): Der Körper, der Leib und die Soziologie. Entwurf einer Theorie der Inkorporierung. 2. Aufl. Sulzbach/Taunus: Ulrike Helmer Verlag.
- Jahoda, Marie; Lazarsfeld, Paul Felix; Zeisel, Hans (2021): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit: mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie. 28. Auflage. Frankfurt am Main, Leipzig: Suhrkamp Verlag.
- Janning, Frank (2014): Politik. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 342–351.
- Jerusalem, Matthias (2017): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Uwe Koch, Jürgen Bengel, Niels-Peter Birbaumer, Dieter Frey, Julius Kuhl, Wolfgang Schneider und Ralf Schwarzer (Hg.): Anwendungen der medizinischen Psychologie. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe, S. 137–161.
- Jolivet, B.; Schäfer, A.; Fischer, H. (2017): Konzeption und erste Erfahrungen mit einer Online-Nachsorge bei Adipositas. In: Rolf Buschmann-Steinhage, Hans-Günter Haaf und Uwe Koch (Hg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung vom 20. bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 151–153.
- Jordan, Susanne; Lange, Cornelia; Varnaccia, Gianni; Zeiher, Johannes (Laufzeit: 2015-2020): AdiMon. Bevölkerungsweites Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindesalter. Hg. v. Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut. online. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/adi\\_mon\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/adi_mon_node.html), zuletzt aktualisiert am 01.08.2019, zuletzt geprüft am 07.10.2019.
- Jung, Franziska; Spahlholz, Jenny; Hilbert, Anja; Riedel-Heller, Steffi G.; Luck-Sikorski, Claudia (2017): Impact of Weight-Related Discrimination, Body Dissatisfaction and Self-Stigma on the Desire to Weigh Less. In: *Obes Facts* 10 (2), S. 139–151.
- Jutel, Annemarie (2005): Weighing Health. The Moral Burden of Obesity. In: *Social Semiotics* 15 (2), S. 113–125.
- Jutel, Annemarie (2006): The emergence of overweight as a disease entity. Measuring up normality. In: *Social science & medicine* (1982) 63 (9), S. 2268–2276.

- Jutel, Annemarie (2009): Doctor's Orders. Diagnosis, Medical Authority and the Exploitation of the Fat Body. In: Jan Wright und Valerie Harwood (Hg.): Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'. Governing bodies. 1. Aufl. New York, NY: Routledge, S. 60–77.
- Jütte, Robert (1996): Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München: Beck.
- Kaiser, Henry F. (1960): The Application of Electronic Computers to Factor Analysis. In: Educational and Psychological Measurement 20 (1), S. 141–151.
- Kaps, Alexander (2013): Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas. Dissertation. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald. Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A der Universitätsmedizin.
- Karasu, Sylvia R. (2016): The Obesities. An Overview of Convergent and Divergent Paradigms. In: American Journal of Lifestyle Medicine 10 (2), S. 84–96.
- Karchynskaya, Viktoriya; Kopcakova, Jaroslava; Klein, Daniel; Gába, Aleš; Madarasova-Geckova, Andrea; van Dijk, Jitse P. et al. (2020): Is BMI a Valid Indicator of Overweight and Obesity for Adolescents? In: IJERPH 17 (13).
- Kastl, Jörg Michael (2016): Inkarnierte Sozialität. Körper, Bewusstsein, non-deklaratives Gedächtnis. In: Michael Heinlein, Oliver Dimbath, Larissa Schindler und Peter Wehling (Hg.): Der Körper als soziales Gedächtnis. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 79–98.
- Kawachi, Ichiro; Takao, Soshi; Subramanian, S. V. (2013): Introduction. In: Ichiro Kawachi, Soshi Takao und S. V. Subramanian (Hg.): Global Perspectives on Social Capital and Health. Dordrecht: Springer, S. 1–20.
- KBV (Hg.) (2023): Unsere Aufgaben. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/434.php>, zuletzt aktualisiert am 25.09.2020, zuletzt geprüft am 20.08.2023.
- Kieserling, André (2008): Felder und Klassen. Pierre Bourdieus Theorie der modernen Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie 37 (1), S. 3–24.
- Kinter, Kevin J.; Alfaro, Robert; Kinter, Christopher; Suder, Lucas; Davis, Zachary; Rodriguez, Pura et al. (2021): The Effects of Body Mass Index on In-hospital mortality following first ischemic or hemorrhagic stroke events: Does the "obesity paradox" apply? In: Annals of medicine and surgery (2012) 70, S. 102839.

- Klöppel, Ulrike (2007): Problematische Körper? Überlegungen zu Historiographie von Problematisierungsweisen im Anschluss an Foucault. In: Torsten Junge und Imke Schmincke (Hg.): *Marginalisierte Körper. Zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers*. 1. Aufl. Münster: UNRAST-Verlag, S. 45–62.
- Klotter, Christoph (2008): von der Diätetik zur Diät. Zur Ideengeschichte der Adipositas. In: Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb (Hg.): *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 21–34.
- Knapp, Sebastian; Kölle, Theresa; Kaluscha, Rainer; Krischak, Gert (2020): Welche Gründe lassen Patienten eine face-to-face oder Tele-Nachsorge antreten? In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Wilfried Mau (Hg.): 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Prävention und Rehabilitation - der Betrieb als Partner, vom 2. bis 4. März 2020 in Hannover. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 476–479. Online verfügbar unter [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_29\\_reha\\_kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_29_reha_kolloqu.pdf), zuletzt geprüft am 21.09.2020.
- Kögel, Andreas (2021): *Medizin und Gesellschaft. Eine Einführung in die Medizinsoziologie*. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Koller, Andreas (2014): Machtfeld. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 171–172.
- Konnopka, Alexander; Dobroschke, Astrid; Lehnert, Thomas; König, Hans-Helmut (2018): Die Kosten von Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ein systematischer Literaturüberblick. In: *Gesundheitswesen* 80 (05), S. 471–481.
- Konrad, Kerstin; König, Johanna (2018): Biopsychologische Veränderungen. In: Arnold. Lohaus (Hg.): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint; Springer, S. 1–22.
- Kreisky, Eva (2008): Fitte Wirtschaft und schlanker Staat. Das neoliberale Regime über die Bäuche. In: Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb (Hg.): *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 143–162.
- Krings, Matthias (2017): Albinismus. Rekodierungen einer Humankategorie in historisch variablen Rahmungen. In: Stefan Hirschauer (Hg.): *Un/doing differences. Praktiken der Humandifferenzierung*. Erste Auflage. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, S. 358–390.

- Kromeyer-Hauschild, K.; Moss, Anja; Wabitsch, Martin (2015): Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. In: *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 09 (03), S. 123–127.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, Martin; Kunze, Detlef; Geller, F.; Geiß, H. C.; Hesse, V. et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 149 (8), S. 807–818.
- Kühn, Hagen (1993): Arzt-Konsument-Verhältnis. Der gesunde Patient. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* (21), Artikel 3, S. 6–20.
- Lange, Andreas; Theunert, Helga (2008): Popularkultur und Medien als Sozialisationsagenturen. Jugendliche zwischen souverän-eigensinniger und instrumentalisierender Subjektivierung. In: *ZSE (Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation)* 28 (3), S. 231–241.
- Latawitz, Toni; Spielau, Ulrike; Lipek, Tobias; Gausche, Ruth; Lück, Martina; Kiess, Wieland et al. (2019): Stadtteildeprivation und Lebensmittelumwelt. Zusammenhänge von sozialen und baulichen Merkmalen der Wohnumgebung und Lebensmittelverfügbarkeit. In: *Gesundheitswesen* 81 (05), S. 405–412.
- Lehmann, Franziska; Varnaccia, Gianni; Zeiher, Johannes; Lange, Cornelia; Jordan, Susanne (2020): Einflussfaktoren der Adipositas im Schulalter. Eine systematische Literaturrecherche im Rahmen des Adipositasmonitorings. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (S2), S. 2–25.
- Leroux, Janette S.; Moore, Spencer; Dubé, Laurette (2013): Beyond the “I” in the Obesity Epidemic. A Review of Social Relational and Network Interventions on Obesity. In: *Journal of Obesity* 2013 (7106), S. 1–10.
- Liné, C.; Moro, M. R.; Lefèvre, H.; Thievenaz, J.; Lachal, J. (2016): A qualitative exploration of the work of embodiment in adolescent girls with obesity. In: *Clinical obesity* 6 (5), S. 321–331.
- Lippke, S.; Storm, V.; Reinwand, D.; Wienert, J. (2017): Effektivität einer Internet-basierten und maßgeschneiderten Intervention für ehemalige Teilnehmer\*Innen an einer medizinischen Rehabilitation. In: Rolf Buschmann-Steinhage, Hans-Günter Haaf und Uwe Koch (Hg.): 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung vom 20. bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 281–283.



- Luck-Sikorski, Claudia (2017): Stigmatisierung und internalisiertes Stigma bei Adipositas. Interventionsmöglichkeiten. In: Lotte Rose und Friedrich Schorb (Hg.): Fat-Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 86–96.
- Lujic, Claudia (2008): Krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten türkischer Migranten mit Gesundheitsstörungen. Anregungen zur Optimierung der Versorgung. Inauguraldissertation. Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen. Fachbereich Medizin. Online verfügbar unter [http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2018/13919/pdf/LujicClaudia\\_2009\\_02\\_18.pdf](http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2018/13919/pdf/LujicClaudia_2009_02_18.pdf), zuletzt geprüft am 20.11.2023.
- Mauz, Elvira; Gößwald, Antje; Kamtsiuris, Panagiotis; Hoffmann, Robert; Lange, Michael; Schneck, Ursula von; Allen, Jennifer (2017): Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. In: Journal of Health Monitoring 2 (S3), S. 2–28.
- McCabe, Marita P.; Ricciardelli, Lina A.; Holt, Kate (2010): Are there different sociocultural influences on body image and body change strategies for overweight adolescent boys and girls? In: Eating behaviors 11 (3), S. 156–163.
- Meurer, Anja; Siegrist, Johannes (2005): Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Moebius, Stephan; Peter, Lothar (2014): Strukturalismus. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 20–28.
- Moebius, Stephan; Wetterer, Angelika (2011): Symbolische Gewalt. In: ÖZS 36 (4), S. 1–10.
- Möller, Torger (2008): Disziplinierung und Regulierung widerständiger Körper. Zum Wechselverhältnis von Disziplinarmacht und Biomacht. In: Karl-Siegbert Rehberg und Dana Giesecke (Hg.): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen. 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Kassel, 2006. Deutsche Gesellschaft für Soziologie. Frankfurt/Main: Campus-Verl., S. 2768–2780. Online verfügbar unter <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/18221>, zuletzt geprüft am 02.01.2024.

- Moor, Irene; Hinrichs, Richard; Heilmann, Kristina; Richter, Matthias (2020a): Studie Health Behaviour in School-aged Children. Faktenblatt "Methodik der HBSC-Studie". Online verfügbar unter [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=14467](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467), zuletzt geprüft am 17.07.2020.
- Moor, Irene; Winter, Kristina; Bilz, Ludwig; Bucksch, Jens; Finne, Emily; John, Nancy et al. (2020b): Die Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie 2017/18. Methodik der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie der Weltgesundheitsorganisation. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (3), S. 93–108.
- Mühlich, Felissa (2008): *Übergewicht als Politikum? Normative Überlegungen zur Ernährungspolitik*. Renate Künasts. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Müller, Claudia; Roscher, Kirsten; Parlesak, Alexandr; Bode, Christiane (2011): Systemische Risikofaktoren relativieren den alleinigen Einfluss von Ernährung und Bewegung bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Nestlé (Hg.) (2023): NESQUIK®. Kakaohaltiges Getränkepulver. Online verfügbar unter <https://www.nesquik.de/produkte/nestle-nesquik-kakaohaltiges-getraenkepulver>, zuletzt aktualisiert am 2023, zuletzt geprüft am 09.12.23.
- Ottova, Veronika; Richter, Matthias (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ein Resümee. In: Matthias Richter (Hg.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa-Verl., S. 255–275.
- Papadopoulou, Eleni (2015): Kann Adipositas eine Behinderung darstellen. Anmerkung zu EuGH, Urteil v. 18.12.2014 - C354/13. Forum B, Beitrag B9-2015. diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Online verfügbar unter <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-b9-2015>, zuletzt geprüft am 11.11.2023.
- Petermann, Franz; Hampel, Petra; Bengel, Jürgen (2017): Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. In: *Rehabilitation* 56 (2), S. 88–90.
- Pfaff, Holger; Pförtner, Timo-Kolja (2016): Gesundheitssystemgestaltung, Versorgungsgestaltung und Versorgungsentwicklung. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 327–340.

- Platte, Petra; Vögele, Claus; Meule, Adrian (2014): Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Risikofaktoren, Prävention und Behandlung. In: *Verhaltenstherapie* 24 (3), S. 182–192.
- Plessner, Helmuth (1975): *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. 3., unveränderte Auflage, im Original erschienen 1975. Berlin, New York: de Gruyter.
- PONS (Hg.) (2001-2022): *Online-Wörterbuch. Latein*. Langenscheidt. Online verfügbar unter <https://de.pons.com/%C3%BCbersetzung>, zuletzt geprüft am 05.09.2022.
- Ponterio, Eleonora; Gnessi, Lucio (2015): Adenovirus 36 and Obesity. An Overview. In: *Viruses* 7 (7), S. 3719–3740.
- Putnam, R. (1995): Bowling alone. America's declining social capital. In: *Journal of Democracy* 6 (1), S. 65–78.
- Rail, Geneviève (2009): Canadian Youth's Discursive Constructions of Health in the Context of Obesity Discourse. In: Jan Wright und Valerie Harwood (Hg.): *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'*. Governing bodies. 1. Aufl. New York, NY: Routledge, S. 141–156.
- Rathmayer, Bernhard; Peskoller, Helga; Wolf, Maria (2009): Theoretische Konturen alltagspraktischer Absicherung. Das Konzept der Konglomeration. In: Maria Wolf, Bernhard Rathmayer und Helga Peskoller (Hg.): *Konglomerationen - Produktion von Sicherheiten im Alltag*. Theorien und Forschungsskizzen. Bielefeld: Transcript, S. 7–32.
- Rehbein, Boike (2016): *Die Soziologie Pierre Bourdieus*. 3., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK/Lucius.
- Rehbein, Boike; Baumann, Benjamin; Costa, Luzia; Fadaee, Simin; Kleinod, Michael; Kühn, Thomas et al. (Hg.) (2015): *Reproduktion sozialer Ungleichheit in Deutschland*. Konstanz, München: UVK-Verl.-Ges.
- Rehbein, Boike; Saalman, Gernot (2014a): Feld. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 99–103.
- Rehbein, Boike; Saalman, Gernot (2014b): Habitus. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 110–118.
- Rehbein, Boike; Saalman, Gernot (2014c): Kapital. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 134–140.

- Reifegerste, Doreen; Karnowski, Veronika (2020): Lifestyle, Präventionserfolg oder Optimierungszwang? Chancen und Risiken der Gesundheitssozialisation Jugendlicher durch Selftracking-Apps. In: Anja Kalch und Anna Wagner (Hg.): Gesundheitskommunikation und Digitalisierung. Zwischen Lifestyle, Prävention und Krankheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos, S. 103–116.
- Richter, Matthias (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, Matthias (2020): Editorial. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (3), S. 3–4.
- Richter, Matthias; Bohn, Verena; Lampert, Thomas (2011): Kinder und Jugendliche. Die Gesundheit der heranwachsenden Generation. In: Thomas Schott und Claudia Hornberg (Hg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 489–508.
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2016): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 3–22.
- Richter, Matthias; Lampert, Thomas (2008): Verkörperte Ungleichheiten. Die Rolle multipler Statusindikatoren für das Gesundheitsverhalten Jugendlicher. In: *ZSE (Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation)* 28 (2), S. 174–190.
- Ritter, Sabrina; Dannenmaier, J.; Krischak, G. (2018): Zwei Blickwinkel. Wie kann Nachsorge nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation gelingen? In: Rolf Buschmann-Steinhage, Hans-Günter Haaf und Uwe Koch (Hg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Rehabilitation bewegt! vom 26. bis 28. Februar 2018 in München. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; DRV. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 497–498.
- RKI (Hg.) (2020a): *AdiMon-Themenblatt. Gesundheitsverhalten der Eltern*. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF\\_Themenblatt\\_Familie\\_Gesundheitsverhalten.pdf?sessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF_Themenblatt_Familie_Gesundheitsverhalten.pdf?sessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.

- RKI (Hg.) (2020b): AdiMon-Themenblatt. Lebensmittelpreise. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF\\_Themenblatt\\_Kommerz\\_Lebensmittelpreise.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF_Themenblatt_Kommerz_Lebensmittelpreise.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.
- RKI (Hg.) (2020c): AdiMon-Themenblatt. Nutzung von Bildschirmmedien. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhalten/PDF\\_Themenblatt\\_Nutzung\\_Bildschirmmedien.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Nutzung_Bildschirmmedien.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.
- RKI (Hg.) (2020d): AdiMon-Themenblatt. Spielen im Freien. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhalten/PDF\\_Themenblatt\\_Spielen.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Spielen.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.
- RKI (Hg.) (2020e): AdiMon-Themenblatt. Verfügbarkeit von Bildschirmmedien. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF\\_Themenblatt\\_Familie\\_Bildschirmmedien.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF_Themenblatt_Familie_Bildschirmmedien.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.
- RKI (Hg.) (2020f): AdiMon-Themenblatt. Policy-Maßnahmen. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Ma%C3%9Fnahmen/PDF\\_Themenblatt\\_Massnahmen\\_Policy.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Ma%C3%9Fnahmen/PDF_Themenblatt_Massnahmen_Policy.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.
- RKI (Hg.) (2020g): AdiMon-Themenblatt. Kosten für die Nutzung von Bewegungsmöglichkeiten. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF\\_Themenblatt\\_Kommerz\\_Bewegungskosten.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF_Themenblatt_Kommerz_Bewegungskosten.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.

- RKI (Hg.) (2020h): *AdiMon-Themenblatt. Verfügbarkeit von Bewegungsräumen*. Robert Koch-Institut. Berlin (AdiMon-Themenblätter). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF\\_Themenblatt\\_Kommune\\_Bewegungsraeume\\_Verfuegbarkeit.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF_Themenblatt_Kommune_Bewegungsraeume_Verfuegbarkeit.pdf;jsessionid=E3A32BE4FBFECCFF5880D98762BCBDA2.internet052?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 15.02.2021.
- RKI (Hg.) (2021): *Themenblätter des bevölkerungsweiten Monitorings adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindes- und Jugendalter*. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/Alle\\_Themenblaetter/adimon\\_themenblaetter\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Alle_Themenblaetter/adimon_themenblaetter_node.html), zuletzt aktualisiert am 06.12.2021, zuletzt geprüft am 30.01.2024.
- Rose, Lotte; Schorb, Friedrich (2017): *Fat Studies in Deutschland. Eine Einführung*. In: Lotte Rose und Friedrich Schorb (Hg.): *Fat-Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung*. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 7–14.
- Roth, Marcus (2002): *Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl*. In: *Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (51), S. 150–164.
- Russell, Cristel Antonia; Buhrau, Denise (2015): *The role of television viewing and direct experience in predicting adolescents' beliefs about the health risks of fast-food consumption*. In: *Appetite* 92, S. 200–206.
- Russo, Manfred (2014): *Autonomie*. In: Gerhard Fröhlich und Boike Rehbein (Hg.): *Bourdieu-Handbuch. Leben - Werk - Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 65–68.
- Salvy, Sarah-Jeanne; Bowker, Julie C. (2014): *Peers and Obesity during Childhood and Adolescence. A Review of the Empirical Research on Peers, Eating, and Physical Activity*. In: *Journal of obesity & weight loss therapy* 4 (1).
- Schäfer, Roland (1981): *Medizin, Macht und Körper. Überlegungen zu Foucault*. In: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 7, S. 178–195.
- Schiek, Daniela (2011): *Körper von Gewicht. Zur Geschlechterdifferenz in den Ernährungs- und Körperrnormen*. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 203–218.

- Schienkiewitz, Anja; Damerow, Stefan; Schaffrath Rosario, Angelika (2018): Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen 3 (3), S. 60–74.
- Schienkiewitz, Anja; Damerow, Stefan; Schaffrath Rosario, Angelika (2019a): Alles nur Methodeneffekte? Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von Gewichtungsfaktoren und Referenzsystem. In: Bundesgesundheitsbl. 62 (10), S. 1235–1241.
- Schienkiewitz, Anja; Damerow, Stefan; Schaffrath Rosario, Angelika; Kurth, Bärbel-Maria (2019b): Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen. Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von Untergewicht und extremer Adipositas. In: Bundesgesundheitsbl. 62 (10), S. 1225–1234.
- Schlippe, Arist von; Theiling, Stephan; Bartram-Burde, Petra (Hg.) (2005): Niemand ist allein krank. Osnabrücker Lesebuch zu chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Lengerich: Pabst Science-Publ.
- Schmidt, Bettina (2019): Gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In: Robin Haring (Hg.): Gesundheitswissenschaften. 1st ed. 2019, S. 225–232.
- Schmidt, Robert (2004): Habitus und Performanz. Empirisch motivierte Fragen an Bourdieus Konzept der Körperlichkeit des Habitus. In: Steffanie Engler und Beate Kraus (Hg.): Das kulturelle Kapital und die Macht der Klassenstrukturen. Sozialstrukturelle Verschiebungen und Wandlungsprozesse des Habitus. Weinheim: Juventa, S. 55–70.
- Schmidt, Robert (2009): Soziale Praktiken in der Habitusforschung. Zu Desideraten der Bourdieu'schen Praxeologie. In: Maria Wolf, Bernhard Rathmayer und Helga Peskoller (Hg.): Konglomerationen - Produktion von Sicherheiten im Alltag. Theorien und Forschungsskizzen. Bielefeld: Transcript, S. 33–48.
- Schmidt, Robert; Woltersdorff (2010): Bourdieu. Der zwanglose Zwang symbolischer Gewalt. In: Hannes Kuch und Steffen K. Herrmann (Hg.): Philosophien sprachlicher Gewalt. 21 Grundpositionen von Platon bis Butler. 1. Aufl. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, S. 313–330.
- Schmidt, Sabine (2018): Wie Essverhalten in der Familie geprägt wird. In: Mathilde Kersting (Hg.): Kinderernährung aktuell. Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. 2., komplett aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Umschau Zeitschriftenverlag GmbH, S. 92–105.
- Schneickert, Christian (2015): Pierre Bourdieu. Über den Staat. Vorlesungen am Collège de France 1998-1992. In: Philosophische Rundschau 62 (2), S. 185–189.

- Schorb, Friedrich (2008): Keine "Happy Meals" für die Unterschicht. Zur symbolischen Bekämpfung der Armut. In: Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb (Hg.): Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 107–124.
- Schorb, Friedrich (2015): Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem. Gesellschaftliche Wahrnehmung und staatliche Intervention. Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 2014. Wiesbaden: Springer VS.
- Schorb, Friedrich; Helmert, Uwe (2011): Kritische Betrachtungen zur Verwendung des Body-Mass-Index und der Gewichtsklassifizierung bei Minderjährigen. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 31–48.
- Schroer, Markus; Wilde, Jessica (2016): Gesunde Körper - Kranke Körper. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 257–273.
- Schubert, Charlotte (2019): Adipositas in der Antike. In: Kinder- und Jugendmedizin 19 (01), S. 50–52.
- Schumann, Nadine; Kasprzyk, Katharina; Richter, Matthias (2016): Zugang zur stationären Kinderrehabilitation: Barrieren und Potentiale. Eine Projektsynthese mit Handlungsleitfäden für die Praxis. Abschlussbericht KIREZplus. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland. Institut für Medizinische Soziologie Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (IMS). Halle (Saale).
- Seitz, Susanne; Zwick, Michael M. (2011): Das Adipositasrisiko als Folge sozialkonstruktivistischer Prozesse. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 261–278.
- Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Kneesebeck, Olaf von (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 167–180.
- Simpkins, Sandra D.; Schaefer, David R.; Price, Chara D.; Vest, Andrea E. (2013): Adolescent Friendships, BMI, and Physical Activity. Untangling Selection and Influence Through Longitudinal Social Network Analysis. In: Journal of research on adolescence : the official journal of the Society for Research on Adolescence 23 (3).



- Sperlich, Stefanie (2016): Handlungsorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 41–54.
- Steffens, Tomas (2020): Aspekte der Versorgung chronisch kranker Kinder und von Kindern mit (drohender) Behinderung mit Heilmitteln und rehabilitativen Leistungen. In: *RP-Reha (Recht und Praxis der Rehabilitation)* 20 (2), S. 43–51.
- Stolberg, Michael (2012): 'Abhorreas pinguedinem'. Fat and obesity in early modern medicine (c. 1500-1750). In: *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 43 (2), S. 370–378.
- Ströbele-Benschop, Nanette; Depa, Julia (2018): Prävention von Adipositas. Bevölkerungsbezogene Maßnahmen und sozioökonomische Aspekte. In: Stephan C. Bischoff (Hg.): *Adipositas. Neue Forschungserkenntnisse und klinische Praxis*. Berlin: de Gruyter, S. 311–323.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem (2010): "Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen". Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In: Jutta Begenau, Cornelius Schubert und Werner Vogt (Hg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung*. 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 95–111.
- Thyen, Ute (2010): Familienorientierte Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. Auswirkung von chronischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen auf das Familiensystem und Erfordernisse an die Gesundheitsversorgung. In: Jürgen Collatz und Karl E. Bergmann (Hg.): *Familienmedizin in Deutschland. Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven für eine inhaltlich orientierte Gesundheitsreform*. Wissenschaftliches Symposium Familienmedizin in Deutschland - Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven. Hannover. Medizinische Hochschule Hannover, Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder. Lengerich, Westf.: Pabst Science Publ, S. 218–237.
- Tsiros, Margarita D.; Samaras, Michelle G.; Coates, Alison M.; Olds, Timothy (2017): Use-of-time and health-related quality of life in 10- to 13-year-old children. not all screen time or physical activity minutes are the same. In: *Qual Life Res* 26 (11), S. 3119–3129.
- Tutor, Austin W.; Lavie, Carl J.; Kachur, Sergey; Milani, Richard V.; Ventura, Hector O. (2023): Updates on obesity and the obesity paradox in cardiovascular diseases. In: *Progress in cardiovascular diseases* 78, S. 2–10.
- Unschuld, Paul U. (2011): *Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin*. Orig.-Ausg., 2., aktualisierte, um ein Nachw. erw. Aufl. München: Beck.

- Vadlakonda, Amulya; Chervu, Nikhil; Verma, Arjun; Sakowitz, Sara; Bakhtiyar, Syed Shahyan; Sanaiha, Yas; Benharash, Peyman (2023): Moving beyond frailty. Obesity paradox persists in lung resection. In: Surgery.
- Valois, Darcie D.; Davis, Christopher G.; Buchholz, Annick; Obeid, Nicole; Henderson, Katherine; Flament, Martine; Goldfield, Gary S. (2019): Effects of weight teasing and gender on body esteem in youth. A longitudinal analysis from the REAL study. In: Body image 29, S. 65–73.
- Varnaccia, Gianni; Zeiher, Johannes; Lange, Cornelia; Jordan, Susanne (2017): Adipositasrelevante Einflussfaktoren im Kindesalter. Aufbau eines bevölkerungsweiten Monitorings in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (2), S. 90–102.
- Vogd, Werner (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie / An Increase in Professionalization or Erosion of Medical Autonomy? In: Zeitschrift für Soziologie 31 (4), S. 294–315.
- Vries, U. de; Hampel, Petra; Petermann, Franz (2017): Patientenschulung in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. In: Rehabilitation 56 (2), S. 103–108.
- Wabitsch, Martin; Kunze, Detlef (2015): Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 15.10.2015. Unter Mitarbeit von Anja Moß. Online verfügbar unter <https://aga.adipositas-gesellschaft.de/>, zuletzt geprüft am 11.07.2019.
- Wabitsch, Martin; Moß, Anja (2009): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbände und weiterer Organisationen.
- Wabitsch, Martin; Moß, Anja (2019): Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte (S3-) Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Version 15.10.2015. Unter Mitarbeit von Anja Moß. Online verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-002>, zuletzt geprüft am 03.01.2023.
- Waldschmidt, Anne (2007): Behinderte Körper. Stigmatheorie, Diskurstheorie und Disability Studies im Vergleich. In: Torsten Junge und Imke Schmincke (Hg.): Marginalisierte Körper. Zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers. 1. Aufl. Münster: UNRAST-Verlag, S. 27–44.
- Waldschmidt, Anne (2011): Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. In: ÖZS 36 (4), S. 89–106.

- Warschburger, Petra (2018): Jugendliche und junge Erwachsene mit Adipositas. Wie sollte in ihren Augen „die perfekte Therapie“ aussehen? In: *Rehabilitation* 57 (05), S. 295–302.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa. Online verfügbar unter [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf), zuletzt geprüft am 22.09.2020.
- WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Genf.
- WHO (2010): *Global recommendations on physical activity for health*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2022): Study Documentation. Health Behaviour in School-aged Children, HBSC. HBSC-2017/18, ed.1.0 - HBSC2018OAed1.0. HBSC2014OAed1.1, 05.10.2022, zuletzt geprüft am 17.07.2020.
- WHO (Hg.) (2023): HBSC Data Management Centre. World Health Organization; University of Bergen. Online verfügbar unter <https://data-browser.hbsc.org/>, zuletzt geprüft am 25.12.2023.
- WHO (Hg.) (2024): Growth reference data for 5-19 years. BMI-for-age (5-19 years). World Health Organization. Online verfügbar unter <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>, zuletzt geprüft am 18.02.2024.
- Widera, Teresia; Volke, Eva (2019): Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an Telenachsorge. In: Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Harald Mehlich (Hg.): *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen V. Impulse für die Rehabilitation*. 1. Auflage 2019. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, S. 203–217.
- Witte, Daniel; Schmitz, Andreas (2020): Zur Pluralisierung der Feldanalyse. Das Feld der Macht als Feld der Felder. In: Christian Schneickert, Andreas Schmitz und Daniel Witte (Hg.): *Das Feld der Macht. Eliten – Differenzierung – Globalisierung*. Wiesbaden, Heidelberg: Springer VS, S. 61–102.
- Wulff, Hagen; Wagner, Petra (2016): Mediennutzungs- und Aktivitätsverhalten jugendlicher Teilnehmer einer Adipositas therapie. Analyse zum Einfluss soziodemographischer Faktoren. In: *Bundesgesundheitsbl.* 59 (2), S. 284–291.
- Wulff, Hagen; Wagner, Petra (2018a): Media Use and Physical Activity Behaviour of Adolescent Participants in Obesity Therapy. Impact Analysis of Selected Socio-Demographic Factors. In: *Obes Facts* 11 (4), S. 307–317.

- Wulff, Hagen; Wagner, Petra (2018b): Soziodemografisch stratifizierte Analyse der Nutzung sozialer Netzwerke und des Bewegungsverhaltens von juvenilen Adipositastherapieeteilnehmern. In: *Rehabilitation* 57 (05), S. 303–313.
- Wunderer, Eva; Götz, Maya; Greithanner, Julia; Maslanka, Eva; Borse, Sigrid; Voderholzer, Ulrich (2020): Soziale Medien und Essstörungen. Zusammenhänge und Implikationen für die Soziale Arbeit. In: *Soziale Arbeit* (3), S. 89–97.
- Wunderer, Eva; Hierl, Frida; Götz, Maya (2022): Einfluss sozialer Medien auf Körperbild, Essverhalten und Essstörungen. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 23 (01), S. 85–89.
- Zwick, Michael M. (2011): Die Ursachen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter in der modernen Gesellschaft. In: Michael M. Zwick, Jürgen Deuschle und Ortwin Renn (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

# Anhang



## 1 ADIPOSITASBEZOGENE LITERATUR DER STUDIEN KIGGS UND HBSC

Die folgende Liste enthält alle Veröffentlichungen der Studien KiGGS und HBSC, die einen Bezug zu Adipositas oder Übergewicht aufweisen. Die neuesten Artikel wurden zuerst gelistet und eine thematische Einordnung vorgenommen.

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Cross-national variation in the association between family structure and overweight and obesity	2022	Zusammenhang Familie		HBSC
Prevalence of Overweight and Obesity and Associated Diet-Related Behaviours and Habits in a Representative Sample of Adolescents in Greece	2022	Prävalenz	Diät	HBSC
Trends in prevalence of overweight and obesity among South African and European adolescents: a comparative outlook	2022	Prävalenz		HBSC
Assessing policies to reduce adolescent overweight and obesity: Insights from a system dynamics model using data from the Health Behavior in School-Aged Children study	2022	Maßnahmen		HBSC
Weight Status and Mental Well-Being Among Adolescents: The Mediating Role of Self-Perceived Body Weight. A Cross-National Survey	2022	Zusammenhang psychische Gesundheit		HBSC
The Association between Greenness and Urbanization Level with Weight Status among	2022	Zusammenhang Wohnumfeld		HBSC

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Adolescents: New Evidence from the HBSC 2018 Italian Survey				
Association between maternal and paternal employment and their children's weight status and unhealthy behaviours: does it matter who the working parent is?	2022	Zusammenhang Familie		HBSC
Bullying victimization profiles of school-aged adolescents and associations with weight statuses: a latent class analysis	2021	Zusammenhang Mobbing		HBSC
Is BMI a Valid Indicator of Overweight and Obesity for Adolescents?	2020	Methode		HBSC
Trends in social inequality in overweight and obesity among adolescents in Denmark 1998–2018	2020	Zusammenhang SES		HBSC
Time-trends and correlates of obesity in Czech adolescents in relation to family socioeconomic status over a 16-year study period (2002–2018)	2020	Zusammenhang SES		HBSC
The Relationship between Weight Status, Health-Related Quality of Life, and Life Satisfaction in a Sample of Spanish Adolescents	2020	Zusammenhang Lebensqualität		HBSC
Individuelle Verläufe von Asthma, Adipositas und ADHS beim Übergang von Kindheit und Jugend ins junge Erwachsenenalter	2020	Krankheitsverlauf		RKI



<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Einflussfaktoren der Adipositas im Schulalter – Eine systematische Literaturrecherche im Rahmen des Adipositasmonitorings	2020	Determinanten		RKI
The Prevalence of Overweight and Obesity in Adolescents from 1988 to 2014: Results from the HBSC Portuguese Survey	2018	Prävalenz		HBSC
Trends and correlates of overweight/obesity in Czech adolescents in relation to family socioeconomic status over a 12-year study period (2002–2014)	2018	Zusammenhang SES		HBSC
The association between chronic bullying victimization with weight status and body self-image: a cross-national study in 39 countries	2018	Zusammenhang Mobbing		HBSC
Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends	2018	Überblick		RKI
Trends in Overweight and Obesity in Czech Schoolchildren from 1998 to 2014	2017	Prävalenz		HBSC
Poor Health and Experiences of Being Bullied in Adolescents: Self-Perceived Overweight and Frustration with Appearance Matter	2017	Zusammenhang Gesundheit Selbst-einschätzung	Zusammenhang Mobbing	HBSC

Anhang

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Adolescent weight status: Associations with structural and functional dimensions of social relations	2017	Zusammenhang soziale Beziehungen		HBSC
Adipositasrelevante Einflussfaktoren im Kindesalter – Aufbau eines bevölkerungsweiten Monitorings in Deutschland	2017	Determinanten		RKI
Relative deprivation and risk factors for obesity in Canadian adolescents	2016	Determinanten		HBSC
Was sind die Einflussfaktoren kindlicher Adipositas? Eine Literaturübersicht im Rahmen des Projekts „Bevölkerungsweites Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindesalter“	2016	Determinanten		RKI
Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)	2016	Überblick		RKI
Temporal trends in overweight and obesity, physical activity and screen time among Czech adolescents from 2002 to 2014: A national health behaviour in school-aged children study.	2015	Zusammenhang Verhalten		HBSC

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Prevalence of overweight/obesity in relation to dietary habits and lifestyle among 7–17 years old children and adolescents in Lithuania.	2015	Prävalenz		HBSC
Relation between overweight/obesity and self-rated health among adolescents in Germany. Do socio-economic status and type of school have an impact on that relation?	2015	Zusammenhang Gesundheit Selbst- einschätzung		RKI
Updated prevalence rates of overweight and obesity in 11- to 17-year-old adolescents in Germany. Results from the telephone-based KiGGS Wave 1 after correction for bias in self-reports.	2015	Prävalenz		RKI
Body size perception and weight control in youth: 9-year international trends from 24 countries	2014	Diät		HBSC
Psychische Gesundheit von übergewichtigen und adipösen Jugendlichen unter Berücksichtigung von Sozialstatus und Schulbildung (Abstract)	2014	Zusammenhang psychische Gesundheit		RKI
Gesundheitsbezogene Lebensqualität von übergewichtigen und adipösen Jugendlichen: Welche Unterschiede zeigen sich nach Sozialstatus und Schulbildung?	2014	Zusammenhang Lebensqualität		RKI
Applying a correction procedure to the	2014	Prävalenz		RKI

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
prevalence estimates of overweight and obesity in the German part of the HBSC study				
Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Danish Infants, Children and Adolescents – Are We Still on a Plateau?	2013	Prävalenz		HBSC
Trends of overweight and obesity, physical activity and sedentary behavior in Czech schoolchildren: HBSC study	2013	Zusammenhang Verhalten		HBSC
Abdominal obesity in German adolescents defined by waist-to-height ratio and its association to elevated blood pressure: The KiGGS Study	2013	Zusammenhang Blutdruck		RKI
The mediating effects of dietary habits on the relationship between television viewing and body mass index among youth	2012	Zusammenhang Verhalten		HBSC
Is obesity at individual and national level associated with lower age at menarche? Evidence from 34 countries in the health behaviour in school-aged children study	2012	Zusammenhang Menstruation		HBSC
Overweight adolescents' self-perceived weight and weight control behaviour: HBSC study in Finland 1994–2010	2012	Diät		HBSC
Differences in Weight Status and Energy-Balance Related Behaviors among	2012	Zusammenhang Verhalten		HBSC

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Schoolchildren across Europe: The ENERGY-Project				
Obesity, smoking, and health-related quality of life among adolescent girls	2011	Zusammenhang Lebensqualität		HBSC
Urban-rural differences in asthma prevalence among young people in Canada: the roles of health behaviors and obesity	2011	Komorbidität		HBSC
Indicators of Overweight and Cardiovascular Disease Risk Factors among 11- to 17-Year-Old Boys and Girls in Germany.	2011	Determinanten	Komorbidität	RKI
Risk factors for obesity: further evidence for stronger effects on overweight children and adolescents compared to normal-weight subjects	2011	Determinanten		RKI
Sexuality and obesity, a gender perspective: Results from French national random probability survey of sexual behaviours	2010	Zusammenhang Sexualität	Zusammenhang Geschlecht	HBSC
Overweight, obesity, youth, and health-risk behaviors	2010	Zusammenhang Verhalten		HBSC
Are overweight and obese youth at increased risk for physical activity injuries?	2010	Zusammenhang Verletzungen		HBSC
Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland	2010	Überblick		RKI
Nationally representative waist circumference percentiles in German	2010	Prävalenz		RKI

Anhang

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
adolescents aged 11.0-18.0 years				
Relevance of age-related growth references: variations in body measurements among girls in relation to their menarche status	2010	Zusammenhang Menstruation		RKI
Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries	2009	Zusammenhang SES		HBSC
Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study	2009	Zusammenhang Demographie	Zusammenhang Verhalten	HBSC
Patterns in weight reduction behaviour by weight status in schoolchildren	2009	Diät		HBSC
Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Kapitel 4. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern, was ist heute anders als vor 20 Jahren?	2009	Determinanten		RKI
Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in	2009	Überblick		RKI

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)				
Regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschülern	2009	Prävalenz		RKI
Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany	2009	Determinanten		RKI
Sleep Duration and Obesity in Children: Is the Association Dependent on Age and Choice of the Outcome Parameter?	2009	Zusammenhang Schlaf		RKI
Rural Canadian adolescents are more likely to be overweight and obese compared with urban adolescents	2008	Zusammenhang Wohnumfeld		HBSC
KiGGS-Basiserhebung: Übergewicht und Adipositas	2008	Überblick		RKI
Prevalence of Obesity in Denmark	2007	Prävalenz		HBSC
Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland	2007	Prävalenz		RKI
Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents	2006	Zusammenhang SES		HBSC

Anhang

<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Thema 1</b>	<b>Thema 2</b>	<b>Studie</b>
Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors	2005	Determinanten		HBSC
Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns	2005	Prävalenz	Zusammenhang Verhalten	HBSC
Overweight and obesity in Canadian adolescents and their associations with dietary habits and physical activity patterns	2004	Prävalenz	Zusammenhang Verhalten	HBSC
Associations Between Overweight and Obesity With Bullying Behaviors in School-Aged Children	2004	Zusammenhang Mobbing		HBSC
The independent influence of physical inactivity and obesity on health complaints in 6th to 10th grade Canadian youth	2004	Zusammenhang Gesundheit Selbsteinschätzung		HBSC
Trends in the dietary patterns and prevalence of obesity among Greenlandic school children	2004	Prävalenz	Zusammenhang Verhalten	HBSC
Prevalence of overweight and obesity in Greek school-aged children and adolescents	2003	Prävalenz		HBSC



## 2 LISTE DER LITERATURANGABEN DER S3-LEITLINIE OHNE DUPLIKATE

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
Dietz, W.H. Jr., S.L. Gortmaker	1985	Blomquist, B., M. Borjeson, et al.	1965
Clapp, J.F., III	1996	Christiakis, G., S. Sajecki, et al.	1966
Barker, D.J.	1998	Epstein, L. H., R. R. Wing, et al.	1980
Mo-suwan, L., S. Pongprapai, et al.	1998	Epstein, L. H., R. R. Wing, et al.	1981
Gortmaker, S. L., L.W.Y. Cheung, et al.	1999	Epstein, L. H., R. R. Wing, et al.	1982
Gortmaker, S. L., K. Peterson, et al.	1999	Coates, T., R.W. Jeffery, et al.	1982
Field, A.E., S.B. Austin, et al.	2003	Coates, T. J., J.D. Killen, L.A. Slinkard	1982
Caballero, B.	2004	Lansky, D., K. D. Brownell	1982
Dennison, B. A., T.J. Russo, et al.	2004	Mendonca, P., S.S. Brehm	1983
Wong, F., M. Huhman, et al	2004	Brownell, K. D., J. H. Kelman, et al.	1983
Deforche, B., I. De Bourdeaudhuij, et al.	2005	Epstein, L. H., R. R. Wing, et al.	1984
Müller, M., S. Danielzik, et al.	2005	Kirschenbaum, D. S., E.S. Harris, A.J. Tormarken	1984
Veugelers, P. J., A. L. Fitzgerald	2005	Epstein, L. H., R.R. Wing, et al.	1985
Burke, V., L.J. Beilin, et al.	2006	Epstein, L. H., R. R. Wing, et al.	1985
Ebbeling, C. B., H. A. Feldman, et al.	2006	Israel, A. C., L. S. Shapiro	1985
Flynn, M. A., D. A. McNeil, et al.	2006	Senediak, C., S.H. Spence	1985
Graf, C., B. Koch, et al.	2006	Dietz, W., Gortmaker SL.	1985
Malik, V. S., M. B. Schulze, et al.	2006	Israel, A. C., L. Stolmaker, et al.	1985
Plagemann, A., H. Davidowa, et al.	2006	Epstein, L. H., A. Valoski, et al.	1986
Stice, E., H. Shaw, C. N. Marti	2006	Gropper, S. S., P. B. Acosta	1987
Weissgerber, T.L., L.A. Wolfe, et al.	2006	Mellin, L. M., L. A. Slinkard, et al.	1987
Zhang, C., C.G. Solomon, et al.	2006	Sugerman, H. J., J. V. Starkey, et al.	1987
DeMattia, L., L. Lemont, et al.	2007	Hills, A. P., A. W. Parker	1988
Eliakim, A., D. Nemet, et al.	2007	Graves, T., A. W. Meyers, et al.	1988
Huhman, M.E., L.D. Potter, et al.	2007	Epstein, L. H., A. Valoski, et al.	1989
Plachta-Danielzik, S., S. Pust, et al.	2007	Nanoff, C., K. Zwiauer, K. Widhalm	1989
Kamath, C.C., K.S. Vickers, et al.	2008	Reybrouck, T., J. Vinckx, et al.	1990
Katz, D.L., M. O'Connell, et al.	2008	Epstein, L. H., A. Valoski, et al.	1990
Pate, R.R., J.R. O'Neill, F. Lobelo	2008	Valoski, A., L. H. Epstein	1990

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
Price, S.M., M. Huhman, L.D. Potter	2008	Epstein, L. H., J. McCurley, et al.	1990
Thompson, D., T. Baranowski, et al.	2008	Wadden, T. A., A.J. Stunkard, et al.	1990
An, J.Y., L.L. Hayman, et al.	2009	Nuutinen, O.	1991
Brown T., C. Summerbell	2009	Wabitsch, M., H. Hauner, et al.	1992
Fiorito, L.M., M. Marini, et al.	2009	Cousins, J. H., D. S. Rubovits, et al.	1992
Gonzalez-Suarez, C., A. Worley, et al.	2009	Nuutinen, O., M. Knip	1992
Krishna, S., S.A. Boren, E.A. Balas	2009	Epstein, L. H., A. Valoski, et al.	1993
Libuda, L., M. Kersting	2009	Flodmark, C. E., T. Ohlsson, et al.	1993
Robinson, S.M., L.D. Marriott, et al.	2009	Foger, M., G. Bart, et al.	1993
Wu, T.C., P.H. Chen	2009	Duffy, G., S.H. Spence	1993
BzgA	2010	Figuroa-Colon, R., T. K. von Almen, et al.	1993
Fleten, C., H. Stigum, et al.	2010	Vido, L., P. Facchin, et al.	1993
Hopkins, S.A., J.C. Baldi, et al.	2010	MacLean, L. D., B. M. Rhode, et al.	1993
Juhl, M., J. Olsen, et al.	2010	Wabitsch, M., H. Hauner, et al.	1994
Kavey, R.E.	2010	Epstein, L. H., S.J. McKenzie, et al.	1994
Klein, D., D. De Toia et al.	2010	Schwingshandl, J., M. Borkenstein	1995
Mauriello, L.M., M.M. Ciavatta, et al.	2010	Wabitsch, M., H. Hauner, et al.	1995
Tam, W.H., R.C. Ma et al.	2010	Epstein, L. H.	1995
Blüher, S., C. Meigen, et al.	2011	Epstein, L. H., A.M. Valoski, et al.	1995
Crutzen, R., J. de Nooijer, et al.	2011	Flores, R.	1995
Evelein, A.M.V., C.C. Geerts, et al.	2011	Gutin, B., N. Cucuzzo, et al.	1995
Goldapp, C., M. Cremer, et al.	2011	Howard, L., M. Malone, et al.	1995
Golley, R.K., G.A. Hendrie, et al.	2011	Gately, P. J., R.J. Butterly, C.B. Cooke	1996
Guran, T., A. Bereket	2011	Kaplan, T. A., M.H. Campbell, G. Moccia-Loos	1996
Monasta, L., G.D. Batty, et al.	2011	Wabitsch, M., U. Braun, et al.	1996
Nguyen, B., K.P. Kornman, L.A. Baur	2011	Figuroa-Colon, R., F. A. Franklin, et al.	1996
Plachta-Danielzik, S., B. Landsberg, et al.	2011	Scottish, I. G. N.	1996
Van Der Beek	2011	Donnelly, J. E., D. J. Jacobsen, et al.	1996
Tudor-Locke, C., C.L. Craig, et al.	2011	Gortmaker, S. L., A. Must, et al.	1996
Wahi, G., P.C. Parkin, et al.	2011	Braet, C., M. Van Winckel, K. Van Leeuwen	1997

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
Waters, E., A. de Silva-Sanigorski, et al.	2011	Wong, M. L., D. Koh, et al.	1997
WHO	2011	James, W. P., A. Avenell, et al.	1997
Zavorsky, G.S., L.D. Longo	2011	Lean, M. E.	1997
Colley, R.C., I. Janssen, et al.	2012	Gately, P. J., P. Mackreth, et al.	1998
de Niet, J., R. Timman, et al	2012	Golan, M., A. Weizman, et al.	1998
Friedrich, R.R., I. Schuch, M.B. Wagner	2012	Golan, M., M. Fainaru, et al.	1998
Guardamagna, O., F. Abello	2012	Lee, H. I., H.W. Kuo, et al.	1998
Haynos, A.F., W.T. O'Donohue	2012	Royal College of Physicians	1998
Khambalia, A.Z., S. Dickinson, et al.	2012	Sjostrom, L., A. Rissanen, et al.	1998
Knowlden, A.P., M. Sharma	2012	Schwingshandl, J., K. Sudi, et al.	1999
Krishnaswami, J., M. Martinson, et al.	2012	Andersen, R. E., T. A. Wadden, et al.	1999
Luckner, H., J.R. Moss, C.A. Gericke	2012	Robinson, T. N.	1999
Morenga, L., S. Mallard, J. Mann	2012	Apfelbaum, M., P. Vague, et al.	1999
Nguyen, B., V. Shrewsbury, et al.	2012	Davidson, M. H., J. Hauptman, et al.	1999
Nixon, C.A., H.J. Moore et al.	2012	Brolin, R. E. and M. Leung	1999
Plachta-Danielzik, S., B. Kehden, et al.	2012	Gately, P. J., C.B. Cooke, R.J. Butterly	2000
Skouteris, H., D.D. Aquila, et al.	2012	Gately, P. J., C. B. Cooke, et al.	2000
Summerbell, C.D., J.H. Moore et al.	2012	Sothorn, J. N. Udall, Jr., et al.	2000
Tremblay, M. S., Leblanc, et al.	2012	WHO, W. H. O.	2000
Tremblay, M. S., A.G. Leblanc, et al.	2012	Epstein, L. H., R.A. Paluch, et al.	2000
Van Grieken, A., N.P.M. Ezendam, et al.	2012	Epstein, L. H., R. A. Paluch, et al.	2000
Van Lippevelde W., M. Verloigne, et al.	2012	Jeffery, R. W., A. Drewnowski, et al.	2000
von Kries, R., A. Beyerlein, et al.	2012	Molnar, D., K. Torok, et al.	2000
Bleich, S.N., J. Segal, et al.	2013	Nguyen, N. T., H. S. Ho, et al.	2000
Silveira, J.A., J.A. Taddei, et al.	2013	Bell, E. A., B. J. Rolls	2001
Deutsche Gesellschaft für Ernährung	2013	Ebbeling, C. B., D.S. Ludwig	2001
Deutsche Gesellschaft für Ernährung	2013	Epstein, L. H., C. C. Gordy, et al.	2001
Goersch, C.M., F. Lamboglia, et al.	2013	Epstein, L. H., R. A. Paluch, et al.	2001

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
Graf, C., R. Beneke, et al.	2013	Levine, M. D., R.M. Ringham, et al.	2001
Graf,C., R. Beneke,et al.	2013	Warschburger, P., C. Fromme, et al.	2001
Koletzko, B., M. Armbruster, et al.	2013	Westenhoefer, J.	2001
Markert, J., F. Alff, et al.	2013	Freemark, M., D. Bursey	2001
Showell, N.N., O. Fawole, et al.	2013	Kay, J. P., R. Alemzadeh, et al.	2001
Sobol-Goldberg, S., J. Rabinowitz, R. Gross	2013	Wirth, A., J. Krause	2001
Sun, C., A. Pezic, et al.	2013	Yanovski, J. A.	2001
Vine, M., M.B. Hargreaves, et al.	2013	Caroli, M., W. Burniat	2002
Wang, Y., Y. Wu, et al.	2013	Eliakim, A., G. Kaven, et al.	2002
Wilhelmi de Toledo, F., A. Buchinger, et al.	2013	Jelalian, E., R. Mehlenbeck	2002
Markert, J., S. Herget, et al.	2014	Ostrowska, L., J. Karczewski	2002
Zhou, Y.E., J.S. Emerson, et al.	2014	Ebbeling, C. B., D. B. Pawlak, et al.	2002
Effertz, T., D. Garlichs et al.	2015	Raynor, H. A., C. K. Kilanowski, et al.	2002
Kunze, D., M. Wabitsch	2015	Westenhoefer, J.	2002
Blüher, S., K. Kromeyer-Hauschild, et al.	2016	Gutin, B., P. Barbeau, et al.	2002
Deutsche Gesellschaft für Ernährung	2016	Kang, H. S., B. Gutin, et al.	2002
Koletzko, B., CP Bauer, et al.	2016	Parížková, J., C. Maffeis, EME. Poskitt	2002
Eclarinal, J.D., S. Zhu, et al.	2016	Lehrke, S., S. Becker, R.G. Laessle	2002
WHO	2016	Burniat, W., T. Cole, et al.	2002
Graf, C., Ferrari, N. et al.	2017	Frelut, M. L.	2002
Li, C., B. Sadraie, et al.	2017	Summerbell, C. D., V Ashton, et al.	2003
Müller, M.J.	2017	Ebbeling, C. B., M. M. Leidig, et al.	2003
		Field, A. E., S.B. Austin, et al.	2003
		Sondike, S. B., N. Copperman, et al.	2003
		Widhalm, K., J. Eisenkölbl	2003
		Berkey, C. S., H. R. Rockett, et al.	2003
		Maziekas, M. T., L. M. LeMura, et al.	2003
		Reilly, J. J., Z. C. McDowell	2003
		Robinson, T. N., J. D. Killen, et al.	2003
		Saris, W. H. M., S.N. Blair, et al.	2003
		McLean, N., S. Griffin, et al.	2003

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
		Braet, C., A. Tanghe, et al.	2003
		Walker, L. L., P. J. Gately, et al.	2003
		Berkowitz, R. I., T. A. Wadden, et al.	2003
		McTigue KM., R. H., B. Hemphill, et al.	2003
		Norgren, S., P. Danielsson, et al.	2003
		Padwal R., S. Li, DCW. Lau	2003
		Zhi, J., R. Moore, et al.	2003
		Capella, J. F., R. F. Capella	2003
		Dolan, K., L. Creighton, et al.	2003
		Sugerman, H. J., E. L. Sugerman, et al.	2003
		Dao, H. H., M. L. Frelut, et al.	2004
		Eliakim, A., O. Friedland, et al.	2004
		Reinehr, T., W. Andler	2004
		Reinehr, T., W. Kiess, et al.	2004
		Woo, K. S., P. Chook, et al.	2004
		Zhang, Q. H., Y.L. Yue, et al.	2004
		Lobstein, T., L. Baur, et al.	2004
		Watts, K., P. Beye, et al.	2004
		Braet, C., A. Tanghe, et al.	2004
		Epstein, L. H., R. A. Paluch, et al.	2004
		Hauner, H., M. Meier, et al.	2004
		Hutton, B., D. Fergusson	2004
		Ozkan, B., A. Bereket, et al.	2004
		Böhler T., M. Wabitsch, U. Winkler	2004
		Chapman, A. E., G. Kiroff, et al.	2004
		Husemann, B., et al.	2004
		Inge, T. H., V. Garcia, et al.	2004
		Inge, T. H., N. F. Krebs, et al.	2004
		Widhalm, K., S. Dietrich, et al.	2004
		Balagopal, P., D. George, et al.	2005
		Jiang, J. X., X. L. Xia, et al.	2005
		Korsten-Reck, U., K. Kromeyer-Hauschild, et al.	2005
		Nemet, D., S. Barkan, et al.	2005

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
		Reinehr, T., M. Kersting, et al.	2005
		Sacher, P. M., P. Chadwick, et al.	2005
		Taylor, M. J., M. Mazzone, et al.	2005
		Butryn, M. L., T.A. Wadden	2005
		Greene-Finestone, L. S., M. K. Campbell, et al.	2005
		Carrel, A. L., R. R. Clark, et al.	2005
		Elgar, F. J., C. Roberts, et al.	2005
		Kirschenbaum, D. S., J. N. Germann, et al.	2005
		Resnicow, K., R. Taylor, et al.	2005
		Williamson, D. A., P. D. Martin, et al.	2005
		Yin, T. J., F.L. Wu, et al.	2005
		Deforche, B., I. De Bourdeaudhuij, et al.	2005
		Gately, P. J., C.B. Cooke, et al.	2005
		Chanoine, J. P., S. Hampl, et al.	2005
		Correa, L. L., M. W. Platt, et al.	2005
		Godoy-Matos, A., L. Carraro, et al.	2005
		Violante-Ortiz, R., B.E. Rio-Navarro, et al.	2005
		Yoo, J. H., E. J. Lee, et al.	2005
		Angrisani, L., F. Favretti, et al.	2005
		Apovian, C. M., C. Baker, et al.	2005
		Barnett, S. J., C. Stanley, et al.	2005
		Fielding, G. A., J. E. Duncombe	2005
		Inge, T. H., M. H. Zeller, et al.	2005
		Wabitsch, M., J. Hebebrand, et al.	2005
		Warman, J. L.	2005
		Braet, C.	2006
		Davis Martin, P., P. C. Rhode, et al.	2006
		Inge, T. H.	2006
		Monzavi, R., D. Dreimane, et al.	2006
		Reinehr, T., G. de Sousa, et al.	2006
		van Egmond-Frohlich, A., W. Brauer, et al.	2006
		Wunsch, R., G. de Sousa, et al.	2006

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
		Alexy, U., T. Reinehr, et al.	2006
		Collins, C. E., J. Warren, et al.	2006
		Ebbeling, C. B., H. A. Feldman, et al.	2006
		Gibson, L.J., J. Peto, et al.	2006
		Gidding, S. S., B. A. Dennison, et al.	2006
		Malik, V. S., M. B. Schulze, et al.	2006
		McMillan-Price, J., P. Petocz, et al.	2006
		Beets, M. W., R. Vogel, et al.	2006
		Jaeschke, J.	2006
		Parsons, T. J., O. Manor, et al.	2006
		Sideraviciute, S., A. Gailiuniene, et al.	2006
		Jelalian, E., R. Mehlenbeck, et al.	2006
		Williamson, D. A., H. M. Walden, et al.	2006
		Siegfried, W., K. Kromeyer-Hauschild, et al.	2006
		Berkowitz, R. I., K. Fujioka, et al.	2006
		Garcia-Morales, L. M., A. Berber, et al.	2006
		Maahs, D., D. G. de Serna, et al.	2006
		Reisler, G., T. Tauber, et al.	2006
		Srinivasan, S., G.R. Ambler, et al.	2006
		Webb, E., R. Viner	2006
		Lawson, M. L., S. Kirk, et al.	2006
		Hauner, H., et al.	2007
		Korsten-Reck, U.	2007
		Kersting, M., K. Clausen	2007
		Center for Disease Control.	2007
		Spear, B. A., S. E. Barlow, et al.	2007
		Fried, M., V. Hainer, et al.	2007
		McGovern, L., Jonathan N. Johnson, et al.	2008
		Wiegand, S. et al	2008
		August G.P., S. Caprio, et al	2008
		Treadwell, J.R., F. Sun et al.	2008

<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
		Whitlock, E.P., E.A. O'Connor, et al.	2008
		Widhalm, K., S. Dietrich, et al.	2008
		Oude Luttikhuis H, Baur L, et al.	2009
		Pratt, J.S.A., C.M. Lenders, et al.	2009
		Griffiths, L. J., T.J. Parsons, A.J. Hill	2010
		Whitlock, E.P., E.A. O'Connor, et al.	2010
		Czernichow, S., C. M. Y. Lee, et al.	2010
		Viner, R.M., Y. Hsia, et al.	2010
		O'Brien, P.E., S.M. Sawyer, et al.	2010
		Laframboise, M.A., C. de Graauw	2011
		Kelly, K.P., Kirschenbaum, D.S.	2011
		Aikenhead, A., T. Lobstein, C. Knai	2011
		Nguyen, B., K.P. Kornman, L.A. Baur	2011
		Hooper, L., A. Abdelhamid, et al.	2012
		Niemeier, B.S., J.M. Hektner, K.B. Enger	2012
		Niemeier, B.S., J. M. Hektner, K. B. Enger	2012
		Bouza, C., Teresa López-Cuadrado, et al.	2012
		Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter AGA	2012
		Michalsky, M., K. Reichard, et al.	2012
		Ho, M., S.P. Garnett et al.	2013
		Alberga, A.S., A. Frappier, et al.	2013
		Kelley, G.A., K.S. Kelley	2013
		Martin, J, A. Chater, F. Lorencatto	2013
		Jull, A., R. Chen	2013
		Sung-Chan, P., Y. W. Sung, et al.	2013
		van der Kruk, J.J., F. Kortekaas, et al.	2013
		Brufani, C., Antonino Crinò, et al.	2013
		Black, J.A., B. White, et al.	2013
		Fried, M., V. Yumuk, et al.	2013
		Mühlig, Y., M. Wabitsch, et al.	2014
		Warkentin, L. M., D. Das, et al.	2014



<b>Autor:innen Prävention</b>	<b>Jahr</b>	<b>Autor:innen Therapie</b>	<b>Jahr</b>
		McDonagh, M.S., Shelley Selph, et al.	2014
		Alqahtani, A.R., M.O. Elahmedi et al.	2014
		Hauner, H., et al.	2014
		Kunze, D., M. Wabitsch	2015
		Loveman E, L. Al-Khudairy, et al.	2015
		Paulus, G.F., L.E.de Vaan	2015
		Reinehr, T., N. Lass, et al.	2016
		Warschburger, P., K. Kröller et al.	2016
		Inge, T.H., A.P. Courcoulas	2016
		Al-Khudairy, L., E. Loveman et al.	2017
		Mead, E., T. Brown, et al.	2017

### 3 AUSWERTUNG BMI MISS AMERICA

Die mittleren Werte (arithmetisches Mittel und Median) der BMIs der Gewinnerinnen wurden durch die Autorin auf Basis der Angaben des Public Broadcasting Service (PBS 2002) berechnet. Die benannte Homepage stellt anthropometrische und demographische Daten der Gewinnerinnen von 1921 bis 2002 bereit. Zur Ermittlung des BMI wurden Größe und Gewicht von den amerikanischen Maßeinheiten in Meter und Kilogramm umgerechnet. Für die Beschreibung der zentralen Tendenz im Text wurde der Median abgebildet, um eine Verzerrung der Darstellung durch Ausreißer zu reduzieren.

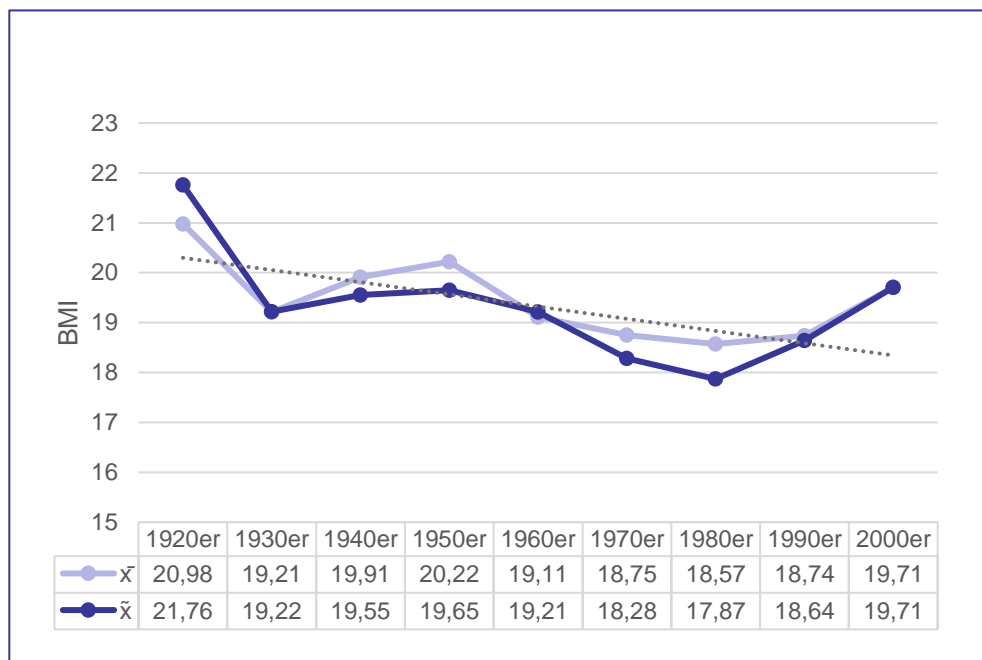


Abbildung 68: Zentrale Tendenzen des BMI der Miss America Gewinnerinnen im Zeitverlauf

## 4 CODEPLÄNE

Die Codepläne der verwendeten Datensätze sind online abrufbar.

### 4.1 HBSC-Datensatz

HBSC 2017/18: "Open Access data file documentation 2017/18 (ed. 1.0)". Online verfügbar unter: <https://www.uib.no/en/hbscdata/113290/open-access> [zuletzt geprüft am 13.10.2024].

### 4.2 KiGGS-Datensatz

KiGGS Welle 2. Variablenübersicht für SUF: „KiGGS Welle 2 Variablen (xlsx, 482 KB, Datei ist nicht barrierefrei)“. Online verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/FDZ/Datenangebot/KiGGS\\_inhalt.html?nn=2377388](https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/FDZ/Datenangebot/KiGGS_inhalt.html?nn=2377388) [zuletzt geprüft am 13.10.2024].

## 5 ÜBERSICHT OPERATIONALISIERUNG DER DATENSÄTZE

Die Operationalisierung der einzelnen Elemente der Hypothesen und Teilhypothesen anhand der Datensätze HBSC und KiGGS kann untenstehender Tabelle entnommen werden.

	Beschreibung	Variablen HBSC	Variablen KiGGS
<b>Geschlecht</b>			
Geschlecht	Geschlecht in zwei Ausprägungen (Mädchen/Junge). Divers in keinem der Datensätze erhoben	sex	sex
<b>Jugend</b>			
Alter	Adoleszenz liegt zwischen dem elften und 20. Lebensjahr. Für eine Vergleichbarkeit zwischen den Datensätzen wird im KiGGS Datensatz nach den Ausprägungen 7 (12-13) und 8 (14-15) gefiltert. Ist keine Vergleichbarkeit möglich, wird nach den Ausprägungen 6 (10-11) bis 9 (16-17) gefiltert.	age	age
<b>BMI</b>			
BMI	Berechnung aus kg/m <sup>2</sup>	MBMI	USbmi_st
BMI-Klasse WHO	Klassifikation des BMI nach WHO (2024), eigene Berechnung bei KiGGS	oweight_who	
BMI-Klasse IOTF	Klassifikation des BMI nach Cole et al. (2000)	IOTF4	USbmi_iotf
BMI-Klasse Kromeyer-Hausschild	Klassifikation des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2015), eigene Berechnung bei HBSC	KH4	USbmiB_kh
		KH2	USbmiB_kh2
Körperselbstbild	Beschreibung des eigenen Körpers durch die Jugendlichen	thinkbody	KSsubj
Abweichung Körperselbstbild von BMI	Die Differenz der Abweichung zwischen dem Körperselbstbild und der Klassifikation des BMI sagt viel über die Selbstwahrnehmung aus	thinkbodybmidiff	KSsubjBMIdiff

	Beschreibung	Variablen HBSC	Variablen KiGGS
<b>Mobbingerfahrung</b>			
Mobbingerfahrung	Mobbingerfahrung der Jugendlichen beispielsweise durch Mitschüler:innen, Lehrer, soziales Umfeld, Fremde inkl. Cybermobbing	beenbullied	VApeer
			VAsdq19
		cbeenbullied	
<b>Soziale Unterstützung</b>			
Soziale Unterstützung allgemein	Soziale Unterstützung allgemein beziehungsweise unspezifisch		SFsss
Soziale Unterstützung durch Freunde	Soziale Unterstützung durch Freunde	friendskala	KC27pe_R
Soziale Unterstützung durch Familie	Soziale Unterstützung durch die Gespräche mit den Eltern/Stiefeltern oder die Familie im allgemeinen	talkparentska la	KC27p_R
		talkstepskala	
		famskala	
Soziale Unterstützung durch Onlinekontakte	Es gibt Freundschaften, die vor allem online stattfinden, zudem können manche Themen ggf. besser online besprochen werden.	emconlfreq	
		emconlpref	
<b>Lebensqualität</b>			
Lebensqualität	Allgemeine Lebensqualität, gesundheitsbezogene Lebensqualität	lifesat	
<b>Gesundheit</b>			
Allgemeiner Gesundheitszustand	Gesundheitliche Selbsteinschätzung	health	GZmehm1_k3
		health_k2	GZmehm1_ki
	Einschränkungen durch Krankheit		GZ3cshcn3c
			BBbehB
<b>Körperliche Beschwerden</b>			
Schmerzen	Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, (Übelkeit)	headache	VAsdq3
		stomachache	
		backache	
Körperliches Wohlbefinden	Bewegung, Energie, Rennen, Fitness		KC27ph_R

	Beschreibung	Variablen HBSC	Variablen KiGGS
<b>Emotionale oder psychologische Einschränkungen</b>			
Psychologische Einschränkungen	Sorgen, schlechte Stimmung, Nervosität, Schlafprobleme...	psychunwohl	KC27pw_R
Emotionale Einschränkungen			VAsdq
<b>Medienkonsum</b>			
Nutzung von Bildschirmmedien	Bildschirmmediennutzung in Stunden/Tag Unterscheidung Fernsehen, Spielekonsole/Computerspiele und sonstiger Computernutzung/Internet		MNfernC
			MNkonsC
			MNpcC
			MNbildSkala
Social Media Nutzung	Häufigkeit der Nutzung von Social Media und Abhängigkeitsverhalten	emcsocmedskala	
			MNsoznw
<b>Körperliche Aktivität</b>			
Körperliche Aktivität gemäß WHO-Empfehlung	Die WHO-Empfehlung mindestens 60 Minuten pro Tag, es wird zwischen körperlicher Aktivität und Sport unterschieden	physactwho	KAempf2zBwho
		timeexewho	KAspodauA_kwho
		physexewho	KAwho
Vereinsport	Teilnahme am Vereinssport		KAverein
<b>Ernährung</b>			
Gemeinsame Mahlzeiten	Mahlzeiten gemeinsam mit der Familie	fmeal	
DGE-Empfehlungen (BZfE Ernährungspyramide)	Werden die DGE-Empfehlungen zu ausgewogener Ernährung erreicht? Eigene Berechnungen	fruits_2dge	FQobstMenge_k
		vegetables_2dge	FQgemMenge_k
		sweetsdge	FQextrasges2_k
		sweetsfruitsdge	FQgesdge
DGE-Empfehlung tägliche Energie- und Nährstoffzufuhr	Wird die altersgemäße Empfehlung bezüglich der täglichen kcal, Proteine und Fett (DGE) erreicht?		FQkaldge_k
			FQeidge_k
			FQFettdge_k

	Beschreibung	Variablen HBSC	Variablen KiGGS
<b>Kulturelles Kapital</b>			
Bildung	Institutionalisiertes Kulturkapital, spiegelt sich in der Schulform wider, objektiviertes Kapital drückt sich in Noten aus		KJESchultypnorm
kulturelles Kapital der Eltern	Bildung der Eltern		SDEcasminmz
			SDEcasminvz
			SDEcasminz
			SDEcasmin
			SDEses_bild
Freizeitaktivitäten	inkorporiertes kulturelles Kapital durch die Wahl der Freizeitaktivitäten symbolisiert sein		MNbuch
Gesundheits-habitus	Ernährung, körperliche Aktivität, Medienkonsum, Familienmahlzeiten	Eigene Berechnung	Eigene Berechnung
<b>Ökonomisches Kapital</b>			
Taschengeld/ verfügbares Geld	ausreichend Geld zur Verfügung für Freizeitaktivitäten und Freunde		KY27g_M
<b>Soziales Kapital</b>			
ökonomisches Kapital der Familie	ökonomisches Kapital wird durch verschiedene Skalen in den Fragebögen abgebildet	IRFAS	SDEses_eink
symbolisches Kapital der Eltern	Symbolisches Kapital der Eltern ausschließlich durch berufliche Stellung abbildbar. Arbeitslosigkeit als starker Statusverlust, allerdings aufgrund zu kleiner Fallzahlen in beiden Datensätzen nicht verwendbar.	employfa	SDEaloCv_jj
		employmo	SDEaloCm_jj
			SDEses_ber
<b>Symbolisches Kapital</b>			
Gesellschaftliches Ansehen	Selbsteinschätzung des gesellschaftlichen Ansehens		SDsssB
Keine Mobbing-erfahrung	Negative Werte beim Konstrukt Mobbing-erfahrung (s. o.)		
Soziale Unterstützung	Soziale Unterstützung allgemein bzw. unspezifisch (s. o.)		

## 6 ÜBERSICHT HYPOTHESEN

Nr.	Hypothesen	Testergebnis
<b>Wirkung der Konstruktion von Gesundheit auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen</b>		
G1	Es gibt einen Gruppenunterschied der Geschlechter bezüglich des Körperselbstbild und der Differenz zwischen Körperselbstbild und BMI	signifikant
G2	Kulturelles Kapital, ökonomisches Kapital, soziales Kapital und symbolisches Kapital beeinflussen gemeinsam die Differenz zwischen BMI und Körperselbstbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
G3	Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen kulturellem Kapital und der Differenz zwischen BMI und Körperselbstbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
G4	Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen ökonomischem Kapital und Differenz zwischen BMI und Körperselbstbild	nicht signifikant
<b>Wirkung Stigmatisierung auf Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas</b>		
S1	Mobbingverfahrung tritt bei Jugendlichen mit hohem BMI häufiger auf als bei normal- bzw. Untergewichtige Jugendliche	signifikant
S2	Jugendlichen mit hohem BMI erfahren weniger soziale Unterstützung als normal- bzw. Untergewichtige Jugendliche	signifikant
S3	Jugendliche mit hohem BMI haben eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität als normal- bzw. Untergewichtige Jugendliche	signifikant
S4	Jugendliche mit hohem BMI haben stärkere psychische/emotionale Einschränkungen als normal- bzw. Untergewichtige Jugendliche	signifikant
S5	Das Körperselbstbild ist Mediator für den statistischen Zusammenhang zwischen den Konstrukten BMI und Mobbingverfahrung	signifikant
S6	Das Körperselbstbild ist Mediator für den Zusammenhang zwischen den Konstrukten BMI und gesundheitsbezogener Lebensqualität	signifikant
S7	Das Körperselbstbild ist Mediator für den Zusammenhang zwischen den Konstrukten BMI und emotionalen/psychischen Einschränkungen	signifikant



<b>Wirkung Institutionalisierte Versorgung auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen</b>		
<b>V1</b>	Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde sind Mediatoren für den Zusammenhang zwischen BMI und gesundheitlicher Selbsteinschätzung, (gesundheitsbezogener) Lebensqualität, körperlichem Wohlbefinden sowie emotionalen bzw. psychischen Einschränkungen	nicht signifikant
<b>V2</b>	Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen familiärer/freundschaftlicher Unterstützung und gesundheitlicher Selbsteinschätzung bzw. gesundheitsbezogener Lebensqualität für Jugendliche mit Übergewicht bzw. Adipositas	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>V3</b>	Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen familiärer/freundschaftlicher Unterstützung und körperlichem Wohlbefinden bzw. emotionalen/psychischen Einschränkungen für Jugendliche mit Übergewicht bzw. Adipositas	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>V4</b>	Bei Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung durch Onlinekontakte bzw. Onlinethemen und der gesundheitlichen Selbsteinschätzung bzw. der gesundheitlichen Lebensqualität	nicht signifikant
<b>V5</b>	Bei Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung durch Onlinekontakte bzw. Onlinethemen und emotionalen bzw. psychischen Einschränkungen	nicht signifikant
<b>Einfluss von Gesundheitskapital auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen</b>		
<b>GK1</b>	Kulturelles, ökonomisches und soziales Kapital beeinflussen für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas die Selbsteinschätzung bezüglich symbolischen Kapitals	signifikant
<b>GK2</b>	Kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital beeinflussen für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas das Körperselbstbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>GK3</b>	Kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital beeinflussen für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas die gesundheitliche Selbsteinschätzung	nicht signifikant

<b>GK4</b>	Kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital beeinflussen für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas das körperliche Wohlbefinden	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>GK5</b>	Kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital beeinflussen für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas die gesundheitsbezogene Lebensqualität	signifikant
<b>GK6</b>	Kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital beeinflussen für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas emotionale bzw. psychische Einschränkungen	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>Einfluss von Kapitalsorten mit Gesundheitsbezug Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen</b>		
<b>K1</b>	Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen sozialem Kapital und BMI und Körperselfbild	nicht signifikant
<b>K2</b>	Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen symbolischem Kapital und BMI und Körperselfbild	nicht signifikant
<b>K3</b>	Symbolisches und soziales Kapital sind Mediatoren für den Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Selbsteinschätzung und BMI bzw. Körperselfbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>K4</b>	Symbolisches und soziales Kapital sind Mediatoren für den Zusammenhang zwischen körperlichem Wohlbefinden und BMI bzw. Körperselfbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>K5</b>	Symbolisches und soziales Kapital sind Mediatoren für den Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogene Lebensqualität und BMI bzw. Körperselfbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>K6</b>	Symbolisches und soziales Kapital sind Mediatoren für den Zusammenhang zwischen emotionalen bzw. psychischen Einschränkungen bzw. BMI und Körperselfbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>Gesundheitshabitus hat einen Einfluss auf Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen</b>		
<b>GH1</b>	Kulturelles, ökonomisches, symbolisches und soziales Kapital beeinflussen gemeinsam das Erreichen der DGE-Empfehlung für Obst-, Gemüse- und Extrasverzehr	nicht signifikant
<b>GH2</b>	Kulturelles Kapital, ökonomisches, soziales und symbolisches Kapital beeinflussen gemeinsam das Erreichen der WHO-Bewegungsempfehlung	nicht signifikant
<b>GH3</b>	Kulturelles Kapital, ökonomisches, soziales und symbolisches Kapital beeinflussen gemeinsam den Bildschirmmedienkonsum und die Social Media Nutzung	signifikant, aber sehr schwacher Effekt

<b>GH4</b>	Es gibt einen Zusammenhang zwischen Bildschirmmedienkonsum bzw. Social Media Nutzung und BMI bzw. Körperelbstbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt
<b>GH5</b>	Es keinen Zusammenhang zwischen Bildschirmmedienkonsum und der Differenz zwischen Körperelbstbild und BMI, allerdings gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen Konsum von Social Media und dieser Differenz	signifikant
<b>GH6</b>	Der weibliche Anteil unter den Jugendlichen, die die DGE-Ernährungsempfehlung einhalten, ist größer als der der Jungen. Für die WHO-Bewegungsempfehlung ist hingegen der männliche Anteil größer	signifikant
<b>GH7</b>	Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einhaltung der DGE-Ernährungs- bzw. WHO-Bewegungsempfehlung und dem BMI bzw. dem Körperelbstbild	signifikant, aber sehr schwacher Effekt