

Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe  
Gender Gesundheit



gender ♀ gesundheit

# Körperbilder

## Dokumentation

der Fachreferate in  
Bregenz | Chur | Herisau | Vaduz | 2010



Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe  
Gender Gesundheit  
Körperbilder

# Dokumentation



Die Fachstellen für Gleichstellungsfragen aus dem Fürstentum Liechtenstein, dem Bundesland Vorarlberg, den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Graubünden organisierten im Jahr 2010 die Veranstaltungsreihe «Gender Gesundheit – Körperbilder» in Bregenz, Chur, Herisau und Vaduz. Die Dokumentation beinhaltet alle Fachreferate der Reihe sowie Informationen zur begleitenden Wanderausstellung und Broschüre.

## Impressum

**Herausgeberinnen** Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung | Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden | Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein | Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden | **Redaktion** Silvia Hofmann, Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden | Margrit Gmünder, Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden (bis Juli 2010) | **Gestaltung** Sabine Bockmühl, Triesen FL | **Druck** Lampert Druckzentrum, Vaduz FL | **Auflage** 1'020 Exemplare | **Vaduz, 2011**

### Die Dokumentation kann kostenlos bestellt werden bei:

Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung: [frauen@vorarlberg.at](mailto:frauen@vorarlberg.at)

Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden: [gleichstellung@ar.ch](mailto:gleichstellung@ar.ch)

Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden: [info@chancengleichheit.gr.ch](mailto:info@chancengleichheit.gr.ch)

Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein: [info@scg.llv.li](mailto:info@scg.llv.li)



## Inhalt

5 | **Vorwort der Regierungen**

6 | **Vorwort der Fachstellen für Gleichstellungsfragen**

---

### 7 | **Einführung**

9 | **Wanderausstellung «Barbiefreie Zone»**

11 | **Dokumentation «Körperbilder in den Medien – Konstruierte Realitäten von Frauen und Männern»**

---

### 17 | **Vorarlberg | «Die Macht der Körperbilder»**

19 | **Perfekte Frauen – hungrig nach Liebe, süchtig nach Schönheit**

Dr.<sup>in</sup> Edit Schläffer

28 | **Wann ist ein Mann ein Mann?**

**Männlichkeitsbilder im Wandel – Schwerpunkt Jugendliche**

Dr. Heinz Bolliger-Salzman

---

### 33 | **Graubünden | «Jung, schlank und erfolgreich?»**

35 | **Weiblicher Hunger – Geschlechtsspezifische Aspekte des Essverhaltens in Beratung und Therapie** Dr. med. Bettina Isenschmid

40 | **Mein Körper zeigt wer ich bin ...**

**Körperbilder und junge Männer – Wie könnte ein Blickwechsel aussehen**

Frank Luck, MNS

---

### 47 | **Appenzell Ausserrhoden | «Nicht mehr jung – noch nicht alt»**

49 | **Frauen und Männer im mittleren Lebensalter – Umgang mit körperlichen und psychosozialen Veränderungen** Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Pasqualina Perrig-Chiello

56 | **Plastische und Ästhetische Chirurgie:**

**Ethik und Moral – zum Trotz im Alter jüngern?** Dr. med. Volker Wedler

---

### 65 | **Liechtenstein | «Älter werden – lebendig bleiben»**

67 | **Der Die Das Alter – Geschlecht als Einflussfaktor für die Gesundheit im Alter**

Univ. Prof. Dr. Éva Rásky

76 | **Wie kluge Frauen alt werden** Dr. phil. Heidi Witzig

81 | **Tote Hosen – Leben mit Krebs und Krücken**

Dr. med. Walter Raaflaub und Dr. med. Renata Raaflaub-Gmür

---

### 86 | **Kurzportraits Referentinnen und Referenten**



## Vorwort der Regierungen

Nach der erfolgreichen Durchführung der länderübergreifenden Veranstaltungsreihe «Gender Medizin: Gesundheit weiblich – männlich» im Jahr 2007 beauftragten die für die Gleichstellung zuständigen Regierungsmitglieder des Fürstentums Liechtenstein, des Landes Vorarlberg, der Kantone Appenzell Ausserrhoden und Graubünden die Gleichstellungsfachstellen mit der Fortsetzung des Projektes. Diesmal mit einer Veranstaltungsreihe zum Thema «Gender Gesundheit – Körperbilder».

Frauen und Männer, Jugendliche und ältere Menschen haben unterschiedliche Erwartungen an den Körper und andere Vorstellungen von Körperbildern. Die in der vorliegenden Dokumentation zusammengestellten Referate nehmen gesundheits- und gleichstellungspolitisches Wissen im Umgang mit dem eigenen Körper und mit Körperbildern auf. Damit werden die Ideale von Gesundheit und Schönheit reflektiert und ein anderes Bewusstsein für einen selbstbestimmten Umgang mit dem eigenen Körper wird ermöglicht.

Wir freuen uns, Ihnen die Dokumentation überreichen zu können und hoffen, damit die Diskussionen über gesellschaftliche Erwartungen und Vorstellungen von Körperbildern anzuregen.

**Martin Jäger** | Regierungsrat, Kanton Graubünden

**Dr. Greti Schmid** | Landesrätin, Vorarlberg

**Dr. Klaus Tschüscher** | Regierungschef, Fürstentum Liechtenstein

**Jürg Wernli** | Regierungsrat, Kanton Appenzell Ausserrhoden

## Vorwort der Fachstellen für Gleichstellungsfragen

Im Europäischen Jahr der Chancengleichheit 2007 haben die Fachstellen aus dem Fürstentum Liechtenstein, dem Land Vorarlberg, den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Graubünden und St. Gallen die Veranstaltungsreihe «Gender Medizin: Gesundheit weiblich – männlich» organisiert und durchgeführt. Die Veranstaltungsreihe thematisierte den unterschiedlichen Umgang von Frauen und Männern mit ihrem Körper, ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten und in der Nutzung des medizinischen Angebots.

Das Echo auf die Veranstaltungsreihe mit dem geschlechterspezifischen und geschlechtersensiblen Ansatz und das Interesse für die herausgegebene Dokumentation waren gross. Die Fachstellen (mit Ausnahme von St. Gallen) wurden von den zuständigen Regierungsmitgliedern beauftragt, die Zusammenarbeit weiterzuführen und eine Fortsetzung und Weiterentwicklung des Themas anzubieten. Unter dem Titel «Gender Gesundheit – Körperbilder» organisierten die Fachstellen eine weitere länderübergreifenden Veranstaltungsreihe.

Die an vier Veranstaltungsorten vorgestellten Referate widmen sich den Fragen, welchen Einfluss die gesellschaftlichen Bilder auf Frauen und Männer, auf junge und ältere Menschen in den verschiedenen Lebensphasen im Umgang mit dem Körper haben, und wie sich diese Bilder auf die Gesundheit von Frauen und Männern auswirken.

Begleitet wurden die Veranstaltungen von der Wanderausstellung «Barbiefreie Zone» des Mädchenzentrums Amazone, Bregenz. Kurzfilme über Körperbilder sowie ein Selbsttest zur Reflexion des persönlichen Körperbildes regten zu Diskussionen an. In der für die Veranstaltungsreihe ausgearbeiteten Broschüre «Körperbilder in den Medien – Konstruierte Realitäten von Frauen und Männern» werden verschiedene Kriterien der Darstellung von Gender in den Medien untersucht und illustriert.

Die Fachstellen für Gleichstellungsfragen wollen mit dieser zweiten Dokumentation einen Beitrag leisten zur Reflexion und kritischen Auseinandersetzung mit den heutigen Vorstellungen und Erwartungen an die herrschenden Körperbilder von Frauen und Männern.

**Margrit Gmünder** | Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden (bis Juli 2010)

**Silvia Hofmann** | Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden

**Bernadette Kubik-Risch** | Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein

**Monika Lindermayr** | Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung

The image features two classical statues, likely from the Vatican Museums. On the left is a male figure, possibly a deity or hero, with a muscular physique and curly hair. On the right is a female figure, also with a muscular physique and curly hair. They are both depicted in a standing, slightly turned pose. The background is a blurred, light-colored wall. A semi-transparent dark blue horizontal band is overlaid across the middle of the image, containing the text.

**Wanderausstellung & Begleitbroschüre**



«Die wahren Idealfrauen»: Polaroids der Ausstellung «Barbiefreie Zone»

## Wanderausstellung «Barbiefreie Zone»

Mädchenzentrum Amazone, Bregenz

Die Vortragsreihe «Gender Gesundheit – Körperbilder» wurde an den verschiedenen Veranstaltungsorten von der interaktiven Wanderausstellung «Barbiefreie Zone» begleitet.



Das Mädchenzentrum Amazone in Bregenz konzipierte die Wanderausstellung mit dem Ziel, eine kritische, innovative und kreative Auseinandersetzung für Mädchen und Erwachsene zum Thema der Stellung der Frau in unserer Gesellschaft aufzunehmen. Die Ausstellung thematisiert die Inhalte der Mädchenarbeit sowie die gesellschaftliche Rolle der Frau und stellt diese kreativ dar. Zehn Kuben mit adaptierten Barbiepuppen wurden gemeinsam mit den Mädchen des Mädchenzentrums Amazone entworfen und gestaltet. Die Ausstellung «Barbiefreie Zone» gibt den Mädchen eine Stimme, welche die eng gesteckten Grenzen der Barbie-Welt laut und fordernd sprengt.



Mit Fragen und Informationen zu den Themen Gewalt, Alkohol, Berufsorientierung, Sexualität, Sexismus, Schönheitsideale, Migration, Geschichte und Besitz regen sie zum Nachdenken und Diskutieren an. Professionell geschulte Peers-Mädchen des Mädchenzentrums Amazone führten durch die Ausstellung, beantworteten Fragen und verbanden die Kuben mit frauen- und gesellschaftspolitisch aktuellen Daten und Themen.

Als Wanderausstellung konzipiert, hat die «Barbiefreie Zone» zum Ziel, die-

se Themen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Interessierte können die Ausstellung begleitet von den Peers-Mädchen beim Mädchenzentrum Amazone buchen.



**Kontakt:**  
Informationen und Konditionen zur «Barbiefreien Zone»:  
Mädchenzentrum Amazone  
Kirchstrasse 39 | 6900 Bregenz  
T +43 5574 45801  
F +43 5574 52873  
maedchenzentrum@amazone.or.at  
www.amazone.or.at

## Körperbilder in den Medien – Konstruierte Realitäten von Frauen und Männern

Präsentation mit interaktiver Station, ausgearbeitet vom Mädchenzentrum Amazone, Bregenz

**Im Auftrag der Fachstellen für Gleichstellungsfragen gestaltete das Mädchenzentrum Amazone in Bregenz eine Bilderpräsentation zum Thema «Gender Gesundheit – Körperbilder» sowie die Broschüre «Körperbilder in den Medien – Konstruierte Realitäten von Frauen und Männern».**

Seit je her wird das menschliche Denken von Bildern geprägt. Auch Körperbilder haben großen Einfluss auf uns Menschen – vor allem mediale. Denn Medien stellen Frauen und Männer nicht nur dar, sondern produzieren Vorstellungen darüber, was Frauen und Männer ausmacht. Aber wie wird nun Gender – die soziale Konstruktion von Geschlecht – in den Medien bildlich inszeniert und konstruiert? Und welche Auswirkungen haben diese medialen Darstellungen auf unsere Selbstwahrnehmung?

In der Broschüre «Körperbilder in den Medien – Konstruierte Realitäten von Frauen und Männern» werden verschiedene Darstellungskriterien von Gender in den Medien untersucht und illustriert. Sie geben den Betrachtenden Anhaltspunkte, weibliche und männliche Darstellungen zu analysieren und so die medial verbreiteten Ideale von Frauen und Männern zu «entzaubern». Die Präsentation informiert über gesundheitliche Auswirkungen dieser einseitigen und retuschierten Medienbilder und regt zur kritischen Reflexion dieser an. Die Grundlage zur Broschüre bildet die Diplomarbeit «Frau in Bild und Text – Entzauberung eines Ideals in der Werbung» von Mag.<sup>a</sup> (FH) Olivia Mair M.A., Medienpädagogin im Mädchenzentrum Amazone.

Um das Gesehene erlebbar zu machen, wurde eine interaktive Station, bestehend aus zwei Körperbildern, entworfen. Auch sie regen zur Reflexion der eigenen Körperbilder und -wahrnehmung an. Daneben werden verschiedene Kurzfilme abgespielt, die ebenfalls von der Entzauberung der Ideale in den Medien handeln.

## Textauszug aus der reich bebilderten Broschüre des Mädchenzentrums Amazone, Bregenz

**Medien stellen Frauen und Männer nicht nur dar, sondern produzieren Vorstellungen darüber, was Frauen und Männer ausmacht.**

### Mediale Vor-Bilder

Jugendliche nehmen medial vermittelte Körperbilder als Vor-Bilder wahr. Auch Erwachsene ziehen diese als Identifikationsfiguren für das eigene Erscheinungsbild heran.

### Konstruierte Ideale

Medien bestimmen, was schön ist und was nicht und konstruieren so weibliche und männliche Schönheitsideale. Diese Darstellungen können in Realität nicht erreicht werden, da diese Bilder verändert, retuschiert und beschönigt sind. Wir eifern konstruierten Idealen nach, die in Wirklichkeit nicht existieren!

Knapp die Hälfte der Frauen halten Medien für besonders einflussreich, wenn es um die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper geht. Das sind deutlich mehr als 28% der Frauen, die dem eigenen Partner oder den Freundinnen mehr Einfluss zuschreiben.

8% der Österreicherinnen haben bereits einen Schönheitseingriff hinter sich, 25% können sich einen Eingriff für sich vorstellen. Diese hohen Werte zeigen, dass Frauen



so stark mit normierten Schönheitsidealen konfrontiert sind, dass sie glauben, diese nur durch medizinische Eingriffe erreichen zu können.<sup>1</sup>

### Immer mehr Männer geraten unter den Druck des medialen Schönheitsideals:<sup>2</sup>

2006 wurde mit Herrenkosmetik 360 Millionen Euro Umsatz gemacht.

- Bei den unter 30-Jährigen empfinden sich 13% der Unter- und Normalgewichtigen als zu dick.
- 60'000 bis 80'000 Männer in Deutschland leiden an einer Essstörung.

<sup>1</sup> Studie im Auftrag des Wiener Programms für Frauengesundheit, Oktober 2008

<sup>2</sup> «Warum Männer ihre Brust rasieren?», Artikel auf stern.de, Juni 2007



### Entzauberung der Ideale

Anhand verschiedener Kriterien können Bilder in den Medien analysiert und hinterfragt werden. So werden die weiblichen und männlichen Schönheitsideale in den Medien dekonstruiert und ihre Wirkung entzaubert.

## Körpercodes<sup>3</sup>

### Körpersprachliche Inszenierung der Frau

Frauen werden selten in gerader, aufrechter Position dargestellt, sondern meist in verbogener, schräger oder abgeknickter Haltung. Dies verringert ihre Stabilität, Bequemlichkeit und Körpergrösse und suggeriert Hilflosigkeit, Unsicherheit oder Labilität.

### Körpersprachliche Inszenierung des Mannes

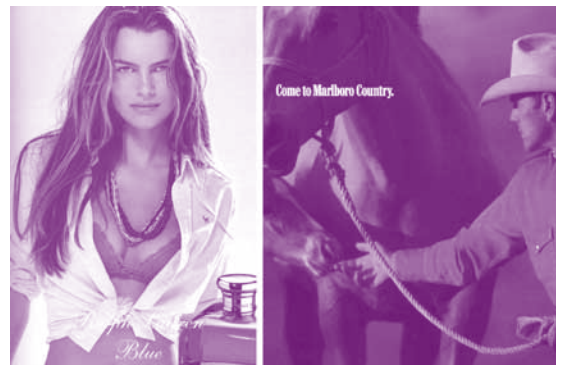
Männer werden meist in aufrechter, beherrscher und gelassen wirkender Körperhaltung dargestellt. Sie sind entweder mit beiden Beinen fest auf dem Boden stehend oder unmerklich an Gegenstände gestützt abgebildet. Durch diese Haltung nehmen sie mehr Raum ein und wirken selbstbewusst.

### Liegende Position

Frauen werden häufig in liegender Position abgebildet. Dies macht sie verletzlich, lässt sie (sozial) niedriger erscheinen und symbolisiert sexuelle Verfügbarkeit. Wenn Männer liegend dargestellt werden, dann zum Entspannen und nicht, um anderen ihren Körper zur Betrachtung zur Verfügung zu stellen.

### Das Gesicht als Zeichenträger

Unsere Gefühlswelt spiegelt sich vor allem durch die Gesichtsmimik wider. Medien zeigen Frauen häufig mit vergnügtem, entzücktem Gesichtsausdruck. Dadurch stellen sie scheinbar ihre Gefühle vorbehaltlos zur Schau – im Gegensatz zu den meist emotionslosen Gesichtern der Männer in den Medien.



<sup>3</sup> Die folgenden Ausführungen basieren auf der Diplomarbeit «Frau in Bild & Text – Entzauberung eines Ideals in der Werbung.» von Mag.<sup>a</sup> (FH) Olivia Mair, 2004

## Kleidung oder Kostüm

### Die Wirkung der Kleidung

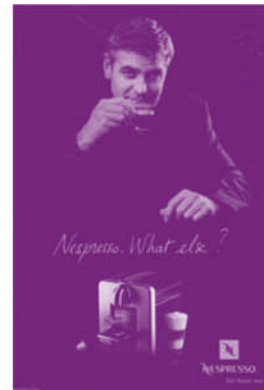
Für Frauen gibt es innerhalb der drei wesentlichen Kategorien – Gesellschaft, Arbeit und Freizeit – viel mehr unterscheidbare Möglichkeiten, sich zu präsentieren. So stellt die weibliche Kleidung in den Medien eher ein Kostüm dar und lässt Frauen weniger ernsthaft erscheinen.

Männer werden entweder in Anzug, Berufskleidung oder in Freizeitkleidung abgebildet. Dabei unterstreicht das Kleidungsstück seine absolute Identifizierung mit der jeweiligen Tätigkeit.

## Berufliche Darstellung

### Professionalität vs. Flexibilität

Wird die Frau am Arbeitsplatz abgebildet, dann wird sie mit Eigenschaften wie Flexibilität und Vielseitigkeit verbunden, während Männer sich durch Professionalität und «Know How» auszeichnen.



## Berufliche Umgebung

### Effektvolles Ambiente vs. Realität

Obwohl in der Realität zunehmend, sind berufstätige Frauen in den Medien immer noch unterrepräsentiert. Im Vergleich werden Männer öfter in ihrer Berufsrolle dargestellt.

## Gegenseitige Zugriffe

### Festhalten und festgehalten werden

Bei Abbildungen von Paaren geben Männer den Frauen durch ihre Arme oder Körper Schutz. Männer wirken dabei unabhängig, als würden sie alleine stehen. Die Frau wird oft in Halt suchenden Berührungen, anschniegender oder an ihm festhaltend gezeigt. Diese Darstellungen lassen die Frau schwach und unsicher wirken.

## Sex sells!

### Erotische Darstellungen wirken

Der Trend zu mehr nackter Haut nimmt in den Medien weiterhin zu. Unter dem Deckmantel Natürlichkeit werden nackte Körper vermarktet und sexualisiert. Für die Rolle des Sexobjekts wird weiterhin das weibliche dem männlichen Geschlecht vorgezogen.



## Körper-Zergliederung

### Der Körper wird zum Objekt

Oft werden menschliche Körper «zerstückelt» abgebildet, wodurch sie zum Objekt werden. Dies suggeriert, dass alles was bei einer Person wichtig ist, sich zwischen ihrem Hals und ihren Knien befindet. Diese Körper-Zergliederung kommt in Medendarstellungen bei Frauen öfter vor als bei Männern.

## Abweichungen des Ideals

### Ausnahmen bestätigen die Regel

Vermeehrt zeigen Medien Personen die dem Schönheitsideal nicht entsprechen. Z.B. zeigt die Zeitschrift Brigitte eigene Fotostrecken «ohne Models, sondern mit Frauen wie Ihnen und uns». Manche Mediendarstellung hingegen spielen bewusst mit Abweichungen des gängigen Schönheitsideals.

## Medien & Gesundheit

- Grossbritannien und Frankreich 2009: erwägen bearbeitete Fotos in Werbeanzeigen mit Gesundheitswarnungen zu kennzeichnen wie Zigarettenschachteln.<sup>11</sup>
- Österreich 2008: 50% der Frauen halten Medienfürbesonderseinflussreich, wenn es um die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper geht.<sup>12</sup>
- Schweiz 2008: Nur 12% der Frauen mögen ihren Körper so wie er ist. 31% der Frauen ziehen eine Schönheitsoperation in Betracht oder haben bereits einen Eingriff hinter sich.<sup>13</sup>
- Britische Ärztesgesellschaft 1998: äussert Befürchtungen, dass Medien zu einem Ansteigen von Essstörungen beitragen.

### Modelabel entlässt untergewichtiges Model, weil es zu dick ist.<sup>14</sup>

Ralph Lauren hat das Model Filippa Hamilton entlassen, obwohl sie gemäss dem Body-Mass-Index vier Kilo Untergewicht hat.

<sup>11</sup> FrauenSicht, Februar 2010

<sup>12</sup> Studie im Auftrag des Wiener Programms für Frauengesundheit, Oktober 2008

<sup>13</sup> Studie von Acredis, unabhängiges Beratungszentrum für Plastische Chirurgie, Jänner 2008

<sup>14</sup> FrauenSicht, Februar 2010

Für eine Anzeigenkampagne veränderte Ralph Lauren ihren Körper so stark, dass der Kopf breiter war als ihre Taille.

### Stereotypisierung durch Medien beeinflusst männliche Lebensrealitäten<sup>15</sup>

Fast zwei Drittel der Medienberichte stellen Männer negativ dar. Männer sind meist die Bösewichte, Gewalttäter und Schürzenjäger. In 99% aller Filme und fiktiven Erzählungen werden Gewalt ausübende Personen männlich dargestellt. Männer werden in Mediendarstellungen von Jobs ausgeschlossen, die mit Kindern zu tun haben.

### Statements von Mädchen des Mädchenzentrums Amazone

«Mir fällt auf, dass die Frauen meist nackt dargestellt werden, während man bei den Männern mehr das Gesicht und den Oberkörper sieht.» *Larissa, 17*

«Da ich ein gutes Selbstbewusstsein habe, macht mir das nix aus, dass die Bilder unecht sind. Ich denke aber für manche Jugendliche ist das ein Druck.» *Jessi, 12*

«Ich finde sexistische Werbung nicht nötig, auch wenn es heisst, «sex sells». Meiner Meinung nach können sich Produkte auch ohne Freizügigkeit gut verkaufen.»  
*Merve, 18*

«Dadurch, dass die meisten Werbungen bearbeitet und retuschiert werden, wird ein Druck erzeugt, so «perfekt» aussehen zu müssen. Mich spricht eher natürliche Werbung an, wo die Frauen nicht alle gleich langweilig aussehen.» *Yng Yng, 19*

Die Abbildungen entstammen der Broschüre «Körperbilder in den Medien – Konstruierte Realitäten von Frauen und Männern»

#### Bezugsquellen

Die **Broschüre** «Körperbilder in den Medien – Konstruierte Realitäten von Frauen und Männern» kann bei den Fachstellen bezogen werden (Bezugsadressen siehe Impressum).

Die **Präsentation** «Körperbilder in den Medien» kann gebucht werden bei:

Mädchenzentrum Amazone  
Kirchstrasse 39, 6900 Bregenz  
Telefon: +43 (0)5574 45801

Email: maedchenzentrum@amazone.or.at



Bregenz | 8. Juni 2010  
«Die Macht der Körperbilder»

**Vorarlberg**



## Perfekte Frauen –

### Hungrig nach Liebe, süchtig nach Schönheit.

Dr<sup>in</sup>. Edit Schlaffer, Sozialwissenschaftlerin, Gründerin von Frauen ohne Grenzen, [www.frauen-ohne-grenzen.org](http://www.frauen-ohne-grenzen.org)

## Die Barbie-Puppe als Vorbild für die weibliche Selbstpräsentation

Wenn wir ehrlich sind, tragen wir alle ein ziemlich konfuses Bild von Weiblichkeit mit uns herum. Wenn wir die Illustrierten durchblättern, Posters von grossen Kaufhausketten, die vor allem die junge Mädchen- und Frauengeneration adressieren, an uns vorbei ziehen lassen, sind wir schnurstracks in der Barbie-Welt gelandet.

Wie wirklich ist diese Wirklichkeit für die aktuelle Frauengeneration? Frauen heute sind gebildet, ambitioniert und, wenn man das Medienbombardement in Bezug auf weibliche Selbstpräsentation nicht einmal allzu kritisch analysiert, fehlt noch ein Attribut: fehlgeleitet.

Die Barbie Puppe ist zwar schon eine Seniorin, aber ihre Anziehungskraft ist für die junge Frauengeneration nach wie vor ungebrochen. Ein leitender Mitarbeiter der Firma Mattel, dem so genannten Brain-Trust hinter der Barbie Fabrikation bringt die Schizophrenie dieses Images auf den Punkt: *«Ich werde oft gefragt, was ich machen würde, wenn mir eine Barbie lebend entgegen käme. Na, dann würde ich zu Tode erschrecken, weil das ist ja eine Mutation! Eine solche Figur ist, hochgerechnet auf ein Erwachsenenleben, ja kein normaler Mensch. Und daher kann ich mir nicht vorstellen, dass ein Mädchen ernsthaft so aussehen möchte.»* Und er trifft den entscheidenden Punkt: wer will schon wie Barbie aussehen?

Leider sind die Produzenten offensichtlich kritischer als die Konsumentinnen. Es stimmt, Barbie ist der Inbegriff von Biederkeit, schnurstracks aus den 50er Jahren angereist, das Gesicht ausdruckslos, brav, die Kleidung neureich, die Haare strohig und künstlich, der Busen zu gross, die Trittflächen der Füsse zu klein. Die Proportionen stimmen nicht und das Bild von Pseudo-Glamour, das sie vorgaukelt, ist absurd. Und trotzdem. Aber tausende Frauen pressen ihren Busen mittels Wonderbra zusammen, um ein Dekolletee vorzutäuschen, das sie nicht haben oder blondieren sich die Haare hingebungsvoll bis zum Haarausfall. Die Diätobsession entspricht keinem Gesundheitsdenken, sondern hat einen manischen Charakter, geprägt von einer rituellen kasteienden Komponente, vergleichend mit dem Passionsweg.

Die Sucht nach Glamour und Schönheit hat sich längst vom harmlos modischen Terrain in einen medizinischen Schattenbereich verlagert: Der operative Bereich weitet sich ungeheuerlich aus, Fett wird abgesaugt, Falten aufgespritzt. Millionen von Frauen fin-

den offenbar nichts dabei, ihr Gesicht täglich säurehaltigen Produkten auszusetzen, um «jüngere» Hautschichten freizulegen.

Die psychische Seite ist interessant. Wir gehen von einem magischen Denken aus, wir glauben, dass es eine Formel für das private Glück gibt, eine Formel mit der ein Partner gefunden und dauerhaft gebunden werden kann. Die Kultur ermutigt uns, daran zu glauben, danach zu suchen und verunsichert immer wieder mit Geschichten von Frauen, die falsch kalkulierten und so nicht ihr Glück fanden.

Die Kopf-Körper-Beziehung ist wechselseitig und faszinierend. Das weibliche Denken folgt, wenn es um die physische Selbstwahrnehmung geht, dem Glaubenssatz: Ich leide, also bin ich.

Diese Gedankenkette kann noch weiter aufgerollt werden: Wenn ich es fühle, dann ist es echt. Je stärker ich es fühle, desto echter ist es. Nach diesem Leitsatz handeln viele Frauen. Dabei verwechseln sie fühlen mit leiden und leiden mit handeln und sie verwechseln gute Gefühle mit schlechten Gefühlen.

Die Botschaft ist in jedem Fall verwirrend. Schätzen Männer die Meinung und die Gesellschaft von Frauen nicht dann, wenn sie etwas zu sagen haben und interessant sind, sondern primär dann, wenn ihre sekundären Geschlechtsmerkmale prominent dargestellt sind. Ist das tatsächlich so? Die Botschaft vor allem an die junge Frauengeneration ginge dann in diese Richtung: Du musst als selbstgestalteter Lockvogel in manche Situationen gehen und danach versuchen, auf dieser archaischen Grundlage eine anspruchsvolle Beziehung herzustellen. Dieser Zugang wirft aber auch kein besonders positives Bild auf das männliche Vis-a-Vis. Wobei immer auch eine kleine Portion Verachtung für den Mann mitschwingt, der so anspruchslos auf diese oberflächlichen Signale der Frau reagiert, der nicht einmal in der Lage ist, echte Konturen zu erkennen, sondern auf simpelste Art und Weise zu täuschen ist.

Müssen Frauen durch das dornige Gestrüpp des elementar, animalisch, männlichen Impulses hindurch, um den wahren Partner, das zweite Ich, zu finden?

Selbst objektive Bereiche wie die Welt der Arbeit und der Karriere entziehen sich nicht den klassisch weiblichen Sehnsüchten: Auch hier wollen Frauen positiv wahrgenommen werden, ja sogar geliebt.

Eine klassische amerikanische Studie von zwei Soziologinnen, Margret Hennig und Anne Jardim an der prestigereichen Harvard Business School identifiziert eine Reihe von weiblichen Stolpersteinen wie zum Beispiel den Wunsch, nicht durch allzu sichtbare Ambition oder Leistung Aggressionen zu wecken.

Die gebildete weibliche Generation ist im internationalen Schnitt intellektuell auf der Überholspur. Die Absolventenzahlen der Universitäten sprechen für sich, mehr als die Hälfte der Graduierten sind weiblich.

Die Erziehung der Mädchen hat sich enorm verändert. Mit Förderprogrammen werden die Defizite in ihrem traditionellen Rollenbild abgeschliffen. Sie werden zum Beispiel ermutigt, sich für Mathematik und Computer und Technik zu interessieren. Sie reparieren Fahrräder, lernen Karate und werden aufgefordert, sich auch einen Männerberuf zuzutrauen. Ihre Welt wird immer weiter.

Und trotzdem, die Prioritätensetzung von Frauen scheint weniger auf ihren neu erworbenen Kompetenzen aufzubauen. Die Utopie der Wissensgesellschaft könnte von einer gebildeten energischen Frauengeneration entschlossen in die Hand genommen und realisiert werden. Wären da nicht die klassischen Stolpersteine, die den Weg von Frauen säumen.

Für Frauen geht es um den Sinn des Lebens, um die Liebe, um das ganze Leben. Dadurch sehen sie auch ihr privates Glück und ihre Karriere als oft völlig getrennte Bereiche. Ihr «wirkliches Selbst» sehen Frauen als etwas, das von der Karriere unberührt bleibt. Sie können daher beruflich grossen Erfolg haben und ihr Leben als absoluten Misserfolg einstufen.

Frauen betonen auch immer die persönlichen Aspekte der Karriere. Sie sehen Karriere als Chance zur Selbstentfaltung, als Teil ihrer persönlichen Entwicklung. Männer haben unbestritten einen pragmatischeren Zugang.

Die kritischen Punkte, die die unterschiedliche psychische Disposition von Frauen und Männern in der Arbeitswelt beleuchten, sind ganz klar davon geleitet, dass Frauen relativ durchgängig konsens- und anerkennungsorientiert agieren. Frauen sind viel zurückhaltender, wenn es um Beförderung und Erkennung ihrer Begabung geht. Es fällt ihnen schwerer, mit Kritik umzugehen, sie nehmen sie oft zu persönlich und überschätzen ihre Bedeutung. Sie überanstrengen sich, was die Arbeit in Familie und Haushalt betrifft und legen nicht genug Wert auf die Durchsetzung von Fair Share Prinzipien im Berufs- und im Privatleben.

Aus der internationalen Fachliteratur beziehen wir die Erkenntnis, dass die Jahre zwischen 12 und 16 für den Identitätsbildungsprozess ganz entscheidend sind und einen klaren Wendepunkt darstellen. In dieser biographischen Phase entwickelt sich das weibliche Selbstbild und das spezifisch weibliche Verhalten der Mädchen besonders deutlich weiter. Die Entwicklung nimmt häufig keinen positiven Verlauf. Jüngere Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Adoleszenz Mädchen einen hohen Preis abverlangt. In einem diesbezüglichen Projekt der Harvard Universität wurden Kinder der Volksschule und in der Adoleszenz nach ihrer Selbstzufriedenheit befragt. In der Volksschule wiesen ein grosser Anteil von Mädchen und Jungen (jeweils 68% bzw. 67%) einen hohen Grad an Selbstzufriedenheit auf. Im Alter von 16 hatte eine dramatische Veränderung stattgefunden. 50% der Jungen, aber nur noch 29% der Mädchen waren mit sich selbst im Lot.

Eine präzisere Folgestudie der AAUW (American Association of University Women) erweiterte diese Einsicht. Doppelt so viele Jungen wie Mädchen glauben daran, eine «besondere Begabung» in irgendeinem Bereich zu besitzen. Doppelt so viele Mädchen wie Jungen meinten, dass ihre beste persönliche Eigenschaft in irgendeinem Aspekt ihres körperlichen Aussehens lag. Jungen hatten wesentlich höhere Ziele und viel grösseres Vertrauen darin, diese Ziele eines Tages erreichen zu können, fassen die Forscherinnen zusammen. (Elizabeth Debold/ Marie Wilson/ Idelisse Malave, *Mother Daughter Revolution*, N.Y. 1993).

Lyn Mikel Brown und Carol Gilligan verfolgten in ihrer Studie, die Mädchen in einer amerikanischen Schule untersuchte, den Prozess der Anpassung von Mädchen an die Erwartungen ihrer Umgebung. Sie beobachteten einen sehr subtilen, aber in der Summe massiven Prozess der Beeinflussung durch Mitschülerinnen, durch die «Mädchenkultur» der Zeitschriften, durch Lehrpersonen und durch das Elternhaus. Dieser Prozess wurde von den Mädchen als sehr zwingend erlebt und führte zu einer Angleichung der Mädchen an erwartete Verhaltensweisen; er ging einher mit der unterbewussten Verdeutlichung des erwarteten Lebensmusters. Das kann unter Umständen eine Reduzierung, eine Einschränkung bedeuten. Der Druck, «brav» und «nett» zu sein, nicht «zu» gescheit zu wirken, ist noch nicht verschwunden.

Die Teenager-Generation kämpft heute mit Erwartungen der Medienindustrie, Peer-Pressure und sexistischer Alltagskultur. Das läuft ganz konträr zur gängigen Annahme, dass sich in den letzten Jahrzehnten das Mädchenleben dramatisch verbessert hätte. Das ist bis zu einem gewissen Grad auch der Fall. Heute haben Mädchen ungeahnte Möglichkeiten in Hinblick auf Bildung, Selbstrealisierung und persönliche Freiheit. Allerdings schlagen Experten Alarm. Junge Mädchen werden als demographische Risikogruppe eingestuft. Helen Sweetings Longitudinale Studie, publiziert im *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* kam zu dem Schluss, dass die junge Mädchen-generation als depressiv eingestuft werden muss. Ihre Studie, obwohl geographisch auf Schottland eingeschränkt, hat im Jahr 1987, 1999 und 2006 jeweils bis zu 3000 Teenager über ihr Wohlbefinden befragt.

Interessant ist, dass die Anzahl der Mädchen, die angaben, «ich glaube ich bin wertlos» sich zwischen 1987 und 2006 verdreifacht hatte (von 5% auf 16% anstieg). Depressionen und Panikattacken stiegen von 19 auf 32%, bei Buben von 2 auf 15%.

Eine Reihe weiterer Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen, wie zum Beispiel Dr. Alison Tedstone, die 42'000 Kinder zwischen 10 und 15 in Grossbritannien untersuchte und zum Schluss kam, dass weibliche Teenager eine verletzliche demographische Gruppe seien. Sie wies darauf hin, dass die Entscheidungen, die diese Mädchen in Bezug auf Diät, Lebensstil und andere gesundheitsbezogene Bereiche fällen, konsistent selbstbeschädigend waren und unmittelbarer Intervention bedürfen.

Natasha Walter, Autorin des Buches »Living Dolls – The Return of Sexism« schreibt, dass Anorexia Nervosa konstant zunimmt, wobei die Klinikeinweisungen dramatisch

ansteigen. Susie Orbach, populärwissenschaftliche Psychotherapeutin und Autorin von «Fat is a Feminist Issue» kommt zu folgender Schlussfolgerung: *«Was wir heute für normal halten in Bezug auf die Beziehung von Mädchen zu ihrem Körper, hätte uns vor 20 Jahren ernsthaft beunruhigt. Das hat mit den Aspekten der Celebrity Culture zu tun, die ihnen vermittelt wird sowie der Annahmen der Nach-Thatcher Area, dass Erfolg und Geld der schnelle Weg zum Glück sind.»*

Susie Orbach sieht auch die Rolle der Eltern in diesem Zusammenhang als kritisch. Die Ambitionen der Elterngeneration würden den Weg in die falsche Richtung zeigen. Mädchen heute müssen den Trapezakt zwischen superklug, superdünn und supersexy machen.

Laut der Expertin Dr. Adrienne Key vom Royal College of Psychiatrists' Eating Disorders haben Medien einen enormen Einfluss auf den Anstieg von Magersucht unter Jugendlichen. International werden Medien dafür kritisiert, untergewichtige Models für ihre Kampagnen zu verwenden und Fotos so abzuändern, dass jede Frau rundum perfekt erscheint. Erst im Herbst 2006 gab es einen grossen Aufschrei, weil zu viele Magersucht-Models die Laufstege entlang gingen. Spanien schloss schliesslich Models, die untergewichtig waren, von der Mailänder Modewoche aus. Heute gibt es ein Abkommen, das von Modehäusern wie Valentino oder Fendi eingehalten wird und das besagt, dass ein gesundes Schönheitsideal gefördert werden müsse, die Gesundheit der Fotomodelle auf dem Laufsteg zu schützen sei, das Mindestalter von Models 16 Jahre betragen muss und ihre Konfektionsgrösse nicht kleiner als 34 sein darf.

Pro-Anorexia Webseiten finden unter jungen Mädchen grossen Zuspruch. Frankreich hat letztes Jahr ein Gesetz erlassen, das derartige Websites, so genannte Pro-Ana-Seiten, für illegal erklärt. Für die Betreiberinnen derartiger Webseiten ist Anorexia keine Krankheit, sondern im Gegenteil ein Lifestyle, den sie mit allen Mitteln zu verteidigen und verbreiten wissen. Bloggerinnen schreiben, wie toll sie es fänden, endlich eine Community gefunden zu haben, in der sie ernst genommen werden, wie stolz sie darauf wären, Fans für ihre 30 Stunden Fastenmarathons zu haben.

Es gibt einen interessanten Konsens in den klassischen Untersuchungen zur Körperwahrnehmung und Selbsteinschätzung von Frauen. Die Untersuchungsteilnehmerinnen sind grundsätzlich nur dann zufrieden mit ihrem Gewicht, wenn dieses deutlich unter dem angemessenen Durchschnittsgewicht liegt. Frauen, die vom durchschnittlich angemessenen Körpergewicht auch nur geringfügig abweichen, tendieren dazu, ihren tatsächlichen Körperumfang deutlich zu überschätzen. Der Hauptgrund wird in vielen Analysen darin gesehen, dass die Medienbotschaften in Bezug auf weibliche Schönheit darauf fokussieren, Frauen dünn und fast durchsichtig wirken zu lassen, sodass die durchschnittliche Frau sich selbst überproportional schwergewichtig im Verhältnis zu diesen «Medienelfen» fühlt. Und diese Gefühle können wir direkt übersetzen in eine verzerrte subjektive Selbstwahrnehmung begleitet von ständiger Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.

Das populäre Teenager Magazin *Bliss* hat heuer unter seinen Leserinnen eine Umfrage zur Selbsteinschätzung der Jugendlichen gemacht. Die Herausgeberin Chantelle Horten beschreibt die Umfrageergebnisse als eine Tragödie des 21. Jahrhunderts: *«Die endlose Parade von dünnen, aber dennoch kurvigen, chirurgisch aufgerüsteten Celebrities macht die jungen Mädchen verrückt in Bezug auf ihre eigenen normalen Körperformen.»* Sieben von zehn Mädchen sagten, sie wären glücklicher, wenn sie ein paar Kilo weniger hätten. Mehr als die Hälfte der Mädchen sagte, dass ihre Mütter selbst beunruhigt und nörgelnd in Bezug auf ihr eigenes Gewicht seien. Ein Teil der Verantwortung liegt damit auch bei den Müttern. Mädchen sitzen in einer doppelten Falle. Einerseits erwarten ihre Boyfriends von ihnen, dass sie genauso fabelhaft ausschauen wie die Girls in den Hochglanzmagazinen. Und wenn sich die Mädchen dann an ihre Mütter wenden, sind sie mit einer älteren Generation von Frauen konfrontiert, die ebenfalls von einer Diät zur anderen strauchelt.

Die Suche nach Liebe ist damit in einer Sackgasse gelandet. Die Adoleszenz ist eine Zeit der emotionalen Turbulenz. In dieser schwierigen Phase finden junge Mädchen wenig Orientierung, weder draussen noch im häuslichen Rückzugsbereich. Wie sollen sie ihr Wertesystem etablieren, wenn ihnen niemand sagt, dass sie einzigartig sind, so wie sie sind.

Eine Neudefinition von Schönheit haben Frauen wie die Gründerin des Body Shops, Anita Roddick, bereits Ende der 90er Jahre gefordert. Sie riefen nach einer Definition, die auf die Eigenart und Vielfältigkeit eingeht, statt einen körperlichen Idealzustand zu propagieren. Bereits 1998 startete The Body Shop die legendäre und erfolgreiche Ruby Kampagne und sprach damit Millionen von Frauen an. Ruby war eine Puppe, die ganz im Gegensatz zu Barbie, eine «normale» Figur hatte.

Nivea zog mit der Idee, keine Models, aber Frauen mit straffen Kurven zu zeigen nach und schrieb mit der Dove-Werbekampagne Geschichte. Die Dove-Aktion für mehr Selbstwertgefühl, die überzogene Schönheitsideale in Frage stellt, ist bis heute ein Erfolgskonzept.

Zu ihrer Branche hielt Anita Roddick, die Bodyshop Gründerin stets Distanz. *«Ich hasse das Geschäft mit der Schönheit. Es ist eine Monster-Industrie, die unerreichbare Träume verkauft. Wir haben das Wort Schönheit aus unserem Vokabular gestrichen»*, erregt sich die Kosmetik-Produzentin. *«Unserer Vorstellung von Schönheit kommt Mutter Teresa oder Bob Geldof am nächsten. Wir machen den üblichen Betrug der Kosmetikbranche einfach nicht mit. Wir versprechen keine Jung- und Gesundbrunnen. Wir verkaufen nicht das ewig blühende Leben. Unsere Artikel sind denkbar einfache Produkte, wie sie viele Naturvölker schon seit Jahrhunderten benutzen. Die basieren auf rein pflanzlichen Wirkstoffen.»*

Eine bei Forsa (Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, Berlin) in Auftrag gegebene Studie bestätigte im Jahr 2004 die Ergebnisse, die Nancy Etcoff und Susie Orbach in einer globalen Studie zum Schönheitsbegriff publizierten: Die befragten Frauen und Männer bevorzugten eher den «normalen und natürlichen» Frau-

entyp (Typ Franka Potente, 44%), gefolgt von einer «straffen und kurvigen» Frau (Typ Barbara Schöneberger, 34%). Bei Männern war die Reihenfolge umgekehrt. An letzter Stelle bei beiden Geschlechtern fanden sich die Typen «sportlich und muskulös», «schlank und schmal», sowie «dünn und knabenhaft».

Zuletzt sprang die deutsche Frauenzeitschrift *Brigitte* auf den Zug des Wandels in der Mode- und Kosmetikbranche auf. Seit 2010 arbeitet das Blatt nicht mehr mit professionellen Models, sondern zeigt Mode an Frauen mit normaler Figur. So wundert es auch nicht, dass die Punk-Ikone Beth Ditto, die knappe 100 Kilo wiegt, gefeierter Star und neue Stilikone ist.

### **Wo bitte geht es zur Selbstsicherheit?**

Frauen stylen und verbessern sich gerne, das wissen wir. Doch längst ist dieser Wunsch nicht mehr auf das Nagelstudio oder den Frisörladen konzentriert. Den modernen Frauen geht es in erster Linie um ihre Wirkung in der Öffentlichkeit. Gäbe es einen Salon für mehr Selbstsicherheit, die halbe deutschsprachige Frauenbevölkerung hätte dort morgen einen Termin.

### **Wie selbstsicher sind die Frauen von heute?**

*«Auf einer Skala von 0 bis 10, wie selbstsicher sind Sie? In welchen Situationen werden Sie nervös: Wenn Feinde Sie kritisieren? Wenn Sie alleine ein Lokal betreten? Wenn Sie in einer reinen Männerrunde mitdiskutieren sollen? Und wie sieht es mit dem Privatleben aus? Haben sie einen Mann? Wollen sie einen? Was für einen? Falls sie einen haben, wer ist der Boss: er, Sie, oder keiner von beiden?»*

Darüber und über viele andere Dinge dachten 20- bis 49-jährige deutsche und österreichische Frauen im Rahmen einer soeben abgeschlossenen, grossen Repräsentativstudie<sup>1</sup> nach. Der Zweck: Bilanz zu ziehen darüber, wie selbstsicher Frauen sich heute fühlen, wo sie besonders firm sind, wo sie noch ins Schleudern geraten – und wie sie über das alles denken. Etwa eine Stunde pro Frau dauerten die insgesamt 1319 Interviews – Zeit genug, um in die Breite und die Tiefe des aktuellen Frauenlebens und Frauendenkens vorzustossen. Selbstsicherheit: Dieses Wort war der Überraschungssieger im Beliebtheitswettbewerb, stand auf allen Skalen ganz weit oben. 93% geraten beim blossen Begriff ins Schwärmen, er hat für sie höchste Sympathiewerte. Sogar Frauen, die sich als selbstsicher einstufen, wollen mehr davon. Mehr! Mehr! 77% der Frauen wünschen sich zumindest in manchen Situationen mehr Selbstsicherheit, 22% sogar häufig. 60% der Frauen, die sich selber als eher unsicher einstufen, fühlen sich oft mal einer Situation nicht ganz gewachsen, gegenüber nur 5% der selbstsicheren Frauen.

Frauen zeigen einen guten Instinkt, wenn sie der Selbstsicherheit eine so grosse Wichtigkeit zuschreiben. In dieser Studie belegt Zahl für Zahl, Prozentsatz für Prozentsatz den absolut zentralen Wert von Selbstsicherheit im Frauenleben. Kein Zweifel, selbstsi-

<sup>1</sup> Die Studie im Auftrag der Procter und Gamble Tochtergesellschaft Always wurde in Deutschland von Allensbach, in Österreich von der Ludwig Boltzmann Forschungsstelle durchgeführt.

chere Frauen sind glücklicher. Sie fühlen sich rundum wohler und es geht ihnen überall besser. Wenn das erreicht ist, folgen alle anderen guten Dinge ganz von selber. 65% der sehr selbstsicheren Frauen sind insgesamt mit ihrem Leben zufrieden, dagegen nur 29% der Frauen mit geringer Selbstsicherheit. Der gute Flaschengeist muss Frauen gar keine drei Wünsche erfüllen, sondern nur einen einzigen: mehr Selbstsicherheit.

Die Ergebnisse der Studie werfen aber auch so manche kleine und grössere Bombe in lang gehegte Geschlechter-Annahmen. Männer umschwärmen die schüchterne Fee mit dem zaghaften Stimmchen und dem schmeichelnden Augenaufschlag, weil das ihre Beschützerinstinkte wachruft? Denkste. Das beste Liebesleben hat die selbstsichere Frau. Der fürsorglichste Ehemann ist derjenige, dem eine hingebungsvolle, ihn anhimmelnde Hausfrau ein kuscheliges Heim bereitet? Forget it – die selbstsichere Ganztags-Berufstätige hat den entgegenkommendsten Mann. Sie haben mit Ihrem Partner vereinbart, dass er zwar das Geld verdienen und mit Volldampf Karriere machen wird, während Sie zurückstecken, dass er Sie aber dessen ungeachtet als absolut gleichwertiges Gegenüber respektieren und sein Geld als ihr Geld betrachten wird? Ja, und am 24. kommt der Weihnachtsmann – wer für voll genommen werden und daheim ein gleiches Stimmrecht haben möchte, braucht ein eigenes Einkommen und, Sie erraten es bereits, viel Selbstsicherheit.

Die Daten zeigen ganz unmissverständlich, wo es für Frauen langgeht. Mit der präzisen Klarheit einer mathematischen Formel können wir aus den Zahlen dieser Studie das Rezept für Glück im Privatleben, für Selbstsicherheit in der grossen weiten Welt und für umfassendes Wohlfühlen in der eigenen Haut erstellen. Frauen mit höherer Schulbildung und Ganztagsjob schneiden rundum und überall besser ab: in der Liebe, im Job, in der Familie, in der Welt. Sie quälen sich weniger mit Selbstzweifel, sprechen besser in Diskussionsrunden, bekommen mehr Hilfe mit der Hausarbeit, haben mehr Spass im Bett. Es ist fast schon ungerecht.

An den objektiven Hürden, die das Leben von Frauen noch immer limitieren, jenseits ihrer realen Möglichkeiten, arbeiten Politikstrateginnen und Aktivistinnen. Aber es geht auch um die psychische Disposition, diese kleine Sonderzulage, die den Frauen im Weg steht und den grossen Unterscheid macht für den potentiellen Durchbruch zur Selbstrealisierung und tatsächlichen Gleichberechtigung. Bewusst gesetzte Schritte und Reformen sind notwendig, aber auch ein sich kontinuierlich verlagerndes Schwergewicht unserer einzelnen und kollektiven Bewusstseinsstände und Verhaltensweisen. Das erfordert Zeit, aber dranbleiben ist alles.

Und wie soll es weitergehen? Früher dachte ich, man erkennt ein Problem oder eine Ungerechtigkeit, man beschreibt alles genau, um zu beweisen, dass es wirklich so ist. Man erklärt das Zustandekommen. Nun sind alle in der Lage, die Sache zu durchschauen und abzulehnen und damit hört sie auf. Alles stimmt, bis auf den letzten Punkt. Das Problem ist noch lange nicht beseitigt, bloss weil wir es für schlecht befunden und als veränderbar identifiziert haben.

Dass Frauen eine mächtige Lobby sind, wissen die Männer schon längst. Das wissen vor allem die Konzerne, die Frauen manipulieren und an ihnen verdienen. In ihren Köpfen sind Frauen allerdings noch immer eine kleine Minderheit und nicht eine politische Kraft. Diese Dissonanz zwischen Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung, zwischen subjektiver und objektiver Wirklichkeit ist als historischer Rückstand verständlich, aber bedauerlich. Die einzelne Frau verliert an Lebensqualität und verschenkt Chancen, aber Frauen kollektiv verlieren die Dekaden, in denen sie die Welt schon ganz anders mitgestalten könnten.

## Wann ist ein Mann ein Mann?

### Männlichkeitsbilder im Wandel – Schwerpunkt Jugendliche

Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzman, Universität Bern

Herr Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzman stellte seine Folien-Präsentation zur Verfügung. Diese wird nachfolgend zusammengefasst dargestellt.

Journalistische Schlagzeilen wie z.B. «Vom Macho zur Memme», «Angeknackste Helden», «Krise der Kerle» bildeten den Einstieg in das Referat mit dem Untertitel «Die Erschwerung der individuellen Rollenfindung als Folge entwicklungspsychologischer Gegebenheiten und gesellschaftlicher Normen». Der Inhalt bezog sich im Wesentlichen auf entwicklungspsychologische Befunde, die Anlegung von Rollenstereotypen und Aspekte des gesellschaftlichen Männerbildes.

## 1 | Entwicklungspsychologische Befunde<sup>1</sup>

- Männliche Neugeborene sind weniger reif als weibliche, sie fordern von den Eltern grössere Aufmerksamkeit.
- Jungen sind von früher Kindheit an empfindlicher, feinfühlicher und ängstlicher als Mädchen, sie suchen mehr körperlichen Kontakt zu erwachsenen Bezugspersonen
- Insbesondere Mütter setzen viel Energie und emotionale Bindung ein, um ihre Söhne zu beruhigen, wenn sie erregt sind.
- Mit zunehmendem Alter reagieren Jungen vermehrt auf dieses mütterliche Überengagement.
- Sie beginnen Kummer und Schmerzen mehr und mehr zu leugnen, verbergen ihre Gefühle, um nicht hilfsbedürftig zu erscheinen, selbst wenn es nötig wäre.
- Jungen, die ohne Vater aufwachsen, bauen ihre männliche Identität noch stärker als andere über die Distanzierung vom Bild der Mutter auf.
- Das Bedürfnis, sich von dem, was in ihren Augen weiblich ist, zu distanzieren, kann sich auch in einer übertriebenen Inszenierung von typisch männlichen Verhaltensweisen äussern (z.B. im Umgang mit der eigenen Gesundheit).
- Ziel: eine klar männlich ausgerichtete Orientierung entwickeln.
- Durch geschlechtsspezifische Spielzeuge, Spiele, Verhaltens- und Kommunikationsweisen fördern Erwachsene diese stereotype Entwicklung von Jungen und Mädchen zusätzlich.

<sup>1</sup> Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen, Michel Graf, in Zusammenarbeit mit Beatrice Annaheim und Janine Messerli, Hrsg.: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, 2006, S. 19

- Geschlechtsspezifischer Erziehungsstil führt bei Jungen in Bezug auf die Identität zu einer Sozialisation, die ausgerichtet ist auf: Risikobereitschaft, Erfolg, Leistung.
- Mädchen werden in ihrer Sozialisation eher dazu «gedrängt», die Gesundheit zu schützen.

## 2 | Wann werden Rollenstereotypen angelegt?

Der Einfluss der Umwelt prägt neben genetischen Anlagen Mädchen und Jungen von frühester Kindheit an. Die geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen entstehen durch vielfältige Wechselwirkungen zwischen genetischen Anlagen und der Aussenwelt. Eingespilte Rollenmuster sind tief in unserer Gesellschaft verankert und werden ständig neu hervorgebracht.

### Vorstellungen von Fünfjährigen über die geschlechtsspezifische Verteilung von Tätigkeiten<sup>2</sup>

	Mutter	Vater	beide
Wäsche waschen	94,7	0,6	4,7
Knopf annähen	94,7	2,0	3,3
Stube wischen	88,7	3,3	8,0
Einkaufen	79,4	1,3	19,3
Essen kochen	86,0	6,0	8,0
Buch lesen	11,8	66,2	22,0
Vorm TV sitzen	6,6	80,0	13,4
Bier trinken	2,7	78,6	18,7
Zigaretten rauchen	4,2	80,0	15,8
Zeitung lesen	7,3	81,8	10,9

### Geschlechtsspezifische Zuordnung (I) kindlicher Verhaltensweisen von Dreijährigen (Angaben in %)

Antworten von dreijährigen Jungen			Antworten von dreijährigen Mädchen		
Tätigkeiten	Jungen	Mädchen	Tätigkeiten	Jungen	Mädchen
Fahren schneller	76.4	23.6	Fahren schneller	53.3	46.7
Sind stärker	72.2	27.8	Sind stärker	53.3	46.7
Helfen fleissiger	52.8	47.2	Helfen fleissiger	24.0	76.0
Sind braver	50.0	50.0	Sind braver	29.4	70.7
Hören nicht	38.9	61.1	Hören nicht	53.3	46.7

<sup>2</sup> Die nachfolgenden Abbildungen beziehen sich auf Dannhauser, 1973, zitiert nach Kasten, 2003, S. 60f (Hartmut Kasten (2003). Weiblich – männlich. Geschlechterrollen durchschauen. Ernst Reinhardt Verlag München) Bitte beachten Sie, dass die Zahlen aus dem Jahr 1973 stammen (Anmerkung der Redaktion).

## Geschlechtsspezifische Zuordnung (II)

### kindlicher Verhaltensweisen von *Fünfjährigen* (Angaben in %)

Antworten von <i>fünfjährigen Jungen</i>			Antworten von <i>fünfjährigen Mädchen</i>		
Tätigkeiten	Jungen	Mädchen	Tätigkeiten	Jungen	Mädchen
Fahren schneller	93.3	6.7	Fahren schneller	79.2	20.8
Sind stärker	93.3	6.7	Sind stärker	93.3	6.9
Helfen fleissiger	30.7	69.3	Helfen fleissiger	8.3	91.7
Sind braver	30.7	69.3	Sind braver	4.2	95.8
Hören nicht	69.3	30.7	Hören nicht	79.2	20.8

## Rollenbotschaften durch Medien

### (Kinderfernsehsendungen in den USA)<sup>3</sup>

Typische <i>männliche Berufe</i> (Anzahl 90)		Typische <i>weibliche Berufe</i> (Anzahl 21)	
Professor	Geschäftsmann	Sekretärin	Kellnerin
Pirat	Schulleiter	Lehrerin	Kindermädchen
Polizeiinspektor	Manager	Assistentin	Filmstar
Rennfahrer	Arzt	Krankenschwester	
Wissenschaftler	Raumfahrer	Sängerin/Musikerin	
Erfinder	Dirigent	Hausfrau/Mutter	
Priester	Reporter	Soziale Rollen: (Tochter, Grossmutter, Freundin)	
Zirkusbesitzer	Seemann/Kapitän		
Fernsehautor	Karate-Lehrer		

## 3 | Aspekte des gesellschaftlichen Männerbildes<sup>4</sup>

- Unsere Gesellschaft bietet heute verschiedene «Männerbilder» an (allerdings weniger zahlreiche und sozial anerkannte als jene für Frauen).
- Dies erlaubt es Jungen, sich ihr eigenes, unabhängiges Männerbild zu schaffen.
- Trotzdem: die latenten Stereotypen haben noch immer Gewicht.

### 3.1 | Auswirkungen auf die Gesundheit<sup>5</sup>

- Gesellschaftliche Vorstellungen von Gesundheit bauen auf dem Bild eines virilen, starken, risikobereiten Mannes auf.
- Dominante, männliche Normen der Gesellschaft werden gestützt.
- Das Streben nach Macht und Vorherrschaft des männlichen Geschlechts führt bei manchen Männern zu riskanten Sozial- und Gesundheitspraktiken, die paradoxerweise ihrer Gesundheit schaden.

<sup>3</sup> Levinson, 1975, zitiert nach Kasten, 2003, S. 81

<sup>4</sup> Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen, Michel Graf, in Zusammenarbeit mit Beatrice Annaheim und Janine Messerli, Hrsg.: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, 2006, S. 19

<sup>5</sup> Ebenda, S. 21

- Die negativen Folgen einer zu starken Verinnerlichung des traditionellen Männerbilds für die Gesundheit, das Sozialverhalten und die Beziehung zum anderen Geschlecht sind heute sehr gut dokumentiert.
- Der Ausdruck von Männlichkeit unterscheidet sich je nach Alter, Kultur, Sozial-, Wirtschafts- und Bildungsstatus sowie sexueller Orientierung.
- Gemäss diesen Kriterien demonstrieren Männer ihre Männlichkeit durch das Tragen einer Waffe, mit ihren Fäusten, in ihrer Sexualität, beim Sport, durch körperliche Stärke, durch Prestigeobjekte wie Autos oder durch ihre Finanzkraft.

### 3.2 | Männer im Wandel<sup>6</sup>

Traditionelle Männerbilder verlieren an Orientierungskraft, weil:

- die durch die Frauenbewegung betriebene Kritik an der männlichen Herrschaft langsam Früchte trägt;
- ein Strukturwandel in der Familie stattfindet, in dessen Verlauf das Modell des Mannes als Ernährer der Familie zunehmend obsolet wird;
- Mädchen und Frauen im Bildungssystem die grösseren Erfolge haben;
- der Übergang von der Industrie- zu einer Informationsgesellschaft weniger männliche «Attribute» erfordert.

Die Kritik der Frauenbewegung hat zumindest eines bewirkt: einen Einstellungswandel unter Männern. Vergleicht man Befragungen von Männern, die in den 1970er und 1980er Jahren durchgeführt wurden mit aktuellen Studien, dann findet man eine wesentlich grössere Orientierung an egalitären Werten und eine höhere Gewichtung eines Engagements in der Familie. Es ist bekannt, dass dieser Einstellungswandel bislang nur selten mit einer entsprechend veränderten Praxis korrespondiert. Es hat sich zunächst einmal eine Rhetorik der Gleichheit durchgesetzt, vor allem unter jungen Männern.

### 3.3 | Die neue Rolle

- Heute wissen die Männer, was sie nicht sein sollten, nämlich gebieterisch, gewalttätig, machtbesessen, omnipräsent usw.
- Weniger klar für sie ist dagegen zu erkennen, was sie eigentlich sein sollten.<sup>7</sup>
- Männer entwickeln ein Verständnis von aktiver Vaterschaft (allerdings weniger auf lästige Routinen wie Hausaufgaben, Pflege oder Waschen).
- Im Vordergrund stehen eher kreative und angenehme Tätigkeiten, vor allem das Spielen mit den Kindern. Gleichwohl markiert das sich verändernde Verständnis von Vaterschaft einen Bereich, in dem am deutlichsten ein Wandel von Männlichkeit sichtbar wird (Lynne Segal, Soziologin).<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Meuser, M. (2008). Männer im Wandel. In: AKTIV Frauen in Baden-Württemberg, 39 (1). <http://www.frauen-aktiv.de/aktiv/39/seite4.php> (Zugriff: 14.05.10)

<sup>7</sup> Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen, Michel Graf, in Zusammenarbeit mit Beatrice Annaheim und Janine Messerli, Hrsg.: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, 2006, S. 23

<sup>8</sup> Meuser, M. (2008). Männer im Wandel. In: AKTIV Frauen in Baden-Württemberg, 39 (1). <http://www.frauen-aktiv.de/aktiv/39/seite4.php> (Zugriff: 14.05.10)

### 3.4 | Die Dynamik, die von den Frauen ausgeht

- Die Frauen bringen die traditionellen sozialen Rollen ins Wanken, indem sie sich beruflich engagieren und politisch aktiv sind.
- Manche Männer sehen sich dadurch selbst mit der Doppelbelastung «Familie und Arbeit» konfrontiert. In dieser neuen Rolle erhalten Männer jedoch – ebenso wie die Frauen übrigens – nur wenig Anerkennung von ihrer Umgebung, wenn nicht gar Kritik oder Missfallen.<sup>9</sup>
- Die Lebensbedingungen von Männern ändern sich, zum Teil durchaus dramatisch.
- Nur eine Minderheit sieht darin eine Chance, neue Wege zu erproben.
- Für die meisten Männer stellen sich die Veränderungen als eine «erlittene Emanzipation» dar.
- Gravierende Veränderungen sind im Bildungsbereich zu verzeichnen. Mädchen erzielen bessere schulische Leistungen als Jungen.
- Gegenwärtig kann man noch davon ausgehen, dass die jungen Männer, die heute mit schlechteren Noten die Schule verlassen, in zehn bis fünfzehn Jahren in ihrer beruflichen Karriere weiter vorangekommen sein werden als ihre ehemaligen Mitschülerinnen.
- Aber das kann sich ändern, sollte sich der Trend der letzten Jahre fortsetzen; und dann wäre eine (weitere) zentrale Säule männlicher Herrschaft – Beruf und Karriere – ernsthaft einsturzgefährdet.<sup>10</sup>

## 4 | Fazit<sup>11</sup>

- Die Frauen befinden sich seit langem in einem Prozess der Emanzipation.
- Die Männer müssen es ihnen nun gleichtun.
- Dies geht nicht ohne Persönlichkeitsentwicklung.
- Ziel muss es sein, ein «gesundes» Selbstbewusstsein beider Geschlechter zu entwickeln.
- Derzeit fehlt jedoch ein systematisches Nachdenken über geschlechtergerechte Ansätze, unabhängig davon, ob sie männlich oder weiblich sind.
- Und ganz wichtig: Eine Prise Humor und eine Portion Gelassenheit.

#### Kontakt:

Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM)

<sup>9</sup> Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen, Michel Graf, in Zusammenarbeit mit Beatrice Annaheim und Janine Messerli, Hrsg.: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, 2006, S. 23

<sup>10</sup> Meuser, M. (2008). Männer im Wandel. In: AKTIV Frauen in Baden-Württemberg, 39 (1). <http://www.frauen-aktiv.de/aktiv/39/seite4.php> (Zugriff: 14.05.10)

<sup>11</sup> Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen, Michel Graf, in Zusammenarbeit mit Beatrice Annaheim und Janine Messerli, Hrsg.: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, 2006, S. 14 (Punkte 1,2 und 5)



Chur | 18. Juni 2010

«Jung, schlank und erfolgreich?»

# Graubünden



## Weiblicher Hunger – geschlechtsspezifische Aspekte des Essverhaltens in Beratung und Therapie

Dr. med. Bettina Isenschmid, Master of Medical Education,  
 Fachärztin FMH für Psychiatrie, Psychotherapie und  
 Psychosomatik

Wenn wir uns frühere Bilder zum Thema Essstörungen vergegenwärtigen, dann sehen wir einerseits pausbäckige Gestalten aus dem Bürgertum, die sich in der wohligen Zufriedenheit ihres Esszimmers einem ausgedehnten Mahl widmen. Damals galt derjenige oder diejenige als gesund und erfolgreich, welcher oder welche eine gewisse Leibesfülle aufwies. Andererseits sehen wir das Bild einer zum Skelett abgemagerten Patientin vor uns, die im Rahmen einer klinischen Dokumentation wie ein Objekt vorgeführt und vermessen wird. Diese Bilder haben sich in der heutigen Zeit grundlegend gewandelt. Heute haben wir es mit verschiedenen Übergangs- und Mischformen von Essverhaltensstörungen zu tun. Vermehrt sind auch Übergewichtige, Sportler und Knaben sowie Männer betroffen. Es gibt auch verschiedene neuere Essstörungen wie beispielsweise die Orthorexie<sup>1</sup> sowie eigentliche klinische Kombinationsbilder (z.B. zusammen mit selbstverletzendem Verhalten und Suchtmittelmissbrauch). Dies führt uns zu Überlegungen, welche die Ausbildung des Körperschemas respektive des Körperbildes in der menschlichen Entwicklung betreffen.

In der Literatur werden verschiedene Konzepte vertreten: auf welche Weise und in welcher Lebensphase, durch welche Perzeptionen und Konzeptionen sich ein Mensch mit Hilfe seiner körperlichen und psychischen Definitionen ein Bild seines Körperäusseren und seiner inneren Organe und ihrer Funktionen mache. Das Körperschema respektive das Körperbild muss jedoch immer auch unter der grundsätzlichen Determinante des biologischen Geschlechts gesehen werden. Dazu kommt jedoch, dass das Geschlecht nicht nur eine zentrale biologische Kategorie sondern auch eine kognitive Kategorie ist, welche nicht immer mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt. Dies führt zur Definition des sogenannten sozialen Geschlechts oder Gender. In Bezug auf Anstrengungen, die zur Verbesserung des Körperbildes oder auch der äusseren körperlichen Erscheinung unternommen werden, gibt es grosse Unterschiede zwischen den biologischen wie auch den sozialen Geschlechtern. In der Werbung und in der Mode werden häufig Protagonisten und Protagonistinnen in den Vordergrund gestellt, welche in körperlicher Hinsicht nicht dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechen. Trotzdem zeigen sich Konsumentinnen sehr stark von diesen Leitbildern beeinflusst, dies entspricht dem sog.

<sup>1</sup> *Orthorexia nervosa* ist eine Essstörung, bei der die Betroffenen ein auffallend ausgeprägtes Verlangen danach haben, sich möglichst «gesund» zu ernähren.

«Barbie-Effekt». Es ist dabei eine Art doppelter Standard zu beobachten, indem Frauen mit durchschnittlichem Gewicht eher als übergewichtig wahrgenommen werden, solche mit einem Untergewicht eher als normal gewichtig. Obwohl sich Frauen im Allgemeinen darüber im Klaren sind, dass die vorgestellten Bilder nicht der Wirklichkeit entsprechen, wollen sie doch unbedingt so aussehen wie diese. Dabei realisieren sie nicht immer, dass diese Bilder mit normalem Ess- und Bewegungsverhalten nicht zu erreichen sind. Dies führt unter anderem zur Feststellung, dass ca. 20% der Mädchen und jungen Frauen übergewichtig sind, jedoch wollen laut der letzten Gesundheitsbefragung im Jahre 2002 mindestens 70% der Mädchen und Frauen ihr Gewicht reduzieren.

Essstörungen gelten als überaus häufige Kinder- und Jugendpsychiatrische Erkrankung. Sie betrifft vor allem Frauen. Der Anteil von Männern und Knaben steigt jedoch ständig an. So hat sich der Anteil der Frauen, die über 20% Untergewicht haben, seit zehn Jahren verdoppelt. Bereits 60% der Mädchen unter 13 Jahren haben eine Diäterfahrung, bis zum Alter von 18 Jahren sind es mindestens 80%. Die Frühsymptome einer Essstörung sind mannigfaltig. Sie reichen von zwanghafter Beschäftigung mit verschiedenen Diäten über eine wahnhaft anmutende Angst zuzunehmen, einem allgemeinen Rückzug von anderen Interessen, verschiedenen körperlichen Beschwerden wie Obstipation, Blähungen, Völlegefühl, Amenorrhoe<sup>2</sup>, Schlafstörungen und einer allgemeinen psychischen Labilität mit Tendenz zu depressiven Verstimmungen und Zwangshandlungen. Auch der Missbrauch von Appetitzüglern, Diuretika und Laxantien (harntreibende und abführende Medikamente) ist häufig, ebenso eine Hyperaktivität zur Verbrennung von Kalorien.

Die Anorexia<sup>3</sup> im eigentlichen Sinne ist gekennzeichnet durch einen BMI (Body Mass Index)<sup>4</sup> unter 18,5 kg/m<sup>2</sup>, eine allgemeine Nahrungsmittelrestriktion, die Aufrechterhaltung des Gewichts im untergewichtigen Bereich, der Gewichtsphobie sowie dem Auftreten einer allgemein sekundären Amenorrhoe. Die Persönlichkeit ist durch Ehrgeiz, Beharrlichkeit und Zähigkeit gekennzeichnet. Dazu kommen Introvertiertheit, ein übersteigertes Harmoniebedürfnis sowie eine allgemein überdurchschnittliche Intelligenz.

Die Bulimia nervosa<sup>5</sup> ist gekennzeichnet durch eine andauernde Beschäftigung mit Körpergewicht, Ernährung und Figur, dazu kommen jedoch regelmässige Kontrollverluste mit Essanfällen ohne kompensatorisches Verhalten.

Eine der neueren Essstörung ist die Orthorexie, welche seit Mitte der 90er Jahre bekannt geworden ist. Sie zeichnet sich aus durch ein komplexes und zeitintensives Ernährungsmanagement, bei dem der vermutete Gesundheitswert des Essens prioritär ist. Es kommt zu einem zunehmenden Verzicht auf eine grosse Anzahl von Speisen. Oft muss eine Überlebensration der erlaubten Lebensmittel mitgeführt werden. Bei Verletzung

---

2 Ausbleiben der Menstruation

3 Magersucht

4 Werte von normalgewichtigen Personen liegen gemäss der Adipositas-Klassifikation der WHO zwischen 18,5 kg/m<sup>2</sup> und 24,99 kg/m<sup>2</sup>.

5 Ess-Brechsucht

der selbstauferlegten Regeln kommt es zu intensiven Versagens- und Schuldgefühlen. Die Konsequenz ist eine vermehrte Selbstbestrafung mit einem noch rigideren Diätregime.

Allen Essstörungen gemeinsam ist ein charakteristisches dichotomes- oder Schwarz-Weiss-Denken. Bei alledem muss jedoch immer im Auge behalten werden, dass Handlungen, die selbstzerstörerisch zu sein scheinen, sich fast immer als eine Art der Anpassung erweisen, als Versuch, mit der Welt zurecht zu kommen. Diese Definition der Funktionalität von Essverhaltensstörungen stammt von der britischen Psychotherapeutin und Essstörungspionierin Susie Orbach.

Die ganze Diskussion rund um Essstörungen im Zusammenhang mit Übergewicht und Binge Eating<sup>6</sup> muss vor dem Hintergrund der sozialen Bewertung des Überessens, der Völlerei gesehen werden. Die Völlerei (lat. Gula) galt im Früh- und Hochmittelalter als eine der sieben Todsünden, welche mit der Verbannung in die Hölle und dem Erleiden ewiger Schmerzen bestraft wurde. Unter diesem Vorurteil haben adipöse<sup>7</sup> Menschen auch heute noch zu leiden. Adipöse Menschen zeichnen sich häufig durch eine Tendenz zum Überessen bei Stress und emotional belastenden Situationen aus, sie haben die Tendenz zu ineffektiven und ungünstigen Bewältigungsstrategien, indem sie den Stress in sich hineinfressen oder hinunterschlucken, statt ihn external zu eliminieren. Adipöse Menschen üben eine sogenannte kognitive Zügelung des Essverhaltens aus, d.h. sie versuchen sich ständig zurückzuhalten und verlieren dadurch eher häufiger die Kontrolle. Charakteristisch ist auch eine verzögerte Sättigung im Laufe der Mahlzeit sowie ein Under-Reporting<sup>8</sup> der Nahrungsaufnahme.

Die Frage, warum wir uns allgemein so schwer tun, uns beim Essen zurückzuhalten und dauerhaft an Gewicht abzunehmen, ist in der menschlichen Evolution zu suchen. Unser Organismus wurde über Jahrtausende von einer Nahrungsknappheit geprägt. In dieser Zeit galt, wenn immer möglich zu essen und dann möglichst viele und energiedichte Nahrungsmittel. Ausserdem bewegte man sich nur in Notsituationen. Heute gilt genau die gegenteilige Devise, für die unser Organismus biologisch jedoch nicht bereit ist.

Sportliche Betätigung, sicher eine der zentralen Strategien in der Bekämpfung des Übergewichtes, birgt jedoch auch Risikofaktoren für die Entstehung von klassischen Essstörungen. Eine rigide Gewichts- und Ernährungskontrolle wird in verschiedenen Sportarten propagiert und gefördert, so beispielsweise bei Ausdauersportarten (Langstreckenlauf und Triathlon), bei sogenannten kompositorischen Sportarten (Kunstturnen, Eiskunstlauf), bei Sportarten, die in Gewichtsklassen ausgeübt werden (Boxen, Ringen, Gewichtheben, Rudern) sowie bei Sportarten, in denen Leichtgewichtigkeit ein Erfolgsfaktor ist (Hochsprung, Skispringen, Radfahren). Im Sport sind besonders auch ver-

6 Heisshungeranfälle (Fressanfälle) mit Verlust der bewussten Kontrolle über das Essverhalten

7 Fettleibige, Fettsüchtige

8 Untererfassung

9 Selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien (Abführmitteln) oder Diuretika (Entwässerungsmittel)

mehrt Männer vom Essverhaltensstörungen betroffen, die sonst allgemein immer noch in der Minderheit sind. Es gilt für Trainer und Sportler selbst zu entdecken, wann Sport zu einer Purging-Strategie<sup>9</sup> oder zu einem Zwang wird. Dies ist dann zu beobachten, wenn Ausdauersport das zentrale Motiv im Leben geworden ist; wenn bei Vermeiden der sportlichen Aktivität Entzugssymptome und Erledigungszwang auftreten; wenn die Beanspruchung ständig gesteigert werden muss, um noch die gleiche Wirkung zu erzielen; wenn körperliche Signale und Verletzungen missachtet werden und wenn das soziale Leben neben dem Sport mehr und mehr zerfällt.

Erst vor wenigen Jahren ist bekannt geworden, dass die Fruchtbarkeit der betroffenen Frau und die Gesundheit des neugeborenen Kindes noch Jahre nach Abklingen der Essstörung gefährdet sind, wenn die Mutter an einer Essstörung litt. Es kommt häufiger zu Schwangerschaftskomplikationen wie Frühabort, intrauteriner Wachstumsverzögerung und interuterinem Fruchttod. Nach der Geburt kontrollieren viele betroffene Mütter ihr Kind akribisch. Sie befürchten, dieses sei entweder zu dick oder zu dünn, was zu Mangelernährung des Säuglings führen kann.

Eine recht grosse Anzahl von psychiatrisch erkrankten Menschen leidet zusätzlich an einer Essstörung, es gilt auch das umgekehrte Verhältnis. So leiden 50% der Personen mit Essstörungen zusätzlich unter einer depressiven Störung, ca. 10% weisen eine Zwangsstörung auf. Bei der Bulimia nervosa ist die Komorbidität<sup>10</sup> mit psychiatrischen Erkrankungen besonders häufig. Ca. 40% je leiden zusätzlich an einer Angststörung oder an einem Substanzmissbrauch, bis zu 60% an einer Persönlichkeitsstörung. Ebenso ist die Häufigkeit von Substanzmissbrauch besonders bei der Bulimia nervosa erhöht, mit einer Komorbidität von 18 bis 25%.

Nach den Ursachen von Essverhaltensstörungen gefragt, müssen immer drei ätiologische<sup>11</sup> Bereiche berücksichtigt werden: dies sind biologisch-genetische, psychologische sowie auch soziale Faktoren. Zu nennen sind bei den ersteren etwa unterschiedliche Wahrnehmung von Hunger und Sättigung und unterschiedlicher Energieverbrauch des Organismus. Bei den psychologischen Faktoren sind es ein fremdbestimmter Selbstwert sowie dysfunktionale Gedankengänge im Bezug auf Körper und Figur. Bei den sozialen Ursachen sind vorrangig Rollenideale sowie belastende Life-Events wie etwa Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen zu nennen. Auch zeichnet sich das familiäre System mit Essverhaltensstörung mit einer besonderen Dynamik aus. Häufig sind unklare Grenzen bis zu Rollendiffusion vorhanden. Die Familie definiert sich über ein asketisches oder leistungsbetontes Verhaltensideal. Kindliche Bedürfnisse werden häufig missinterpretiert und anstatt mit interpersoneller Zuwendung mit Fütterung beantwortet. Allgemein besteht häufig eine Fassade der Pseudoharmonie, was ein sogenanntes «angerin»-Verhalten zur Folge hat. Die Situation der Angehörigen ist von Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen, jedoch auch von Wut, Angst und Trauer gekennzeichnet, sobald eine Tochter oder ein Sohn erkrankt. Aus der Ohnmacht kommt es häufig zu gewalttätigen Spannungen, vor allem während den Mahlzeiten.

---

<sup>10</sup> Begleiterkrankung

<sup>11</sup> Ursache der Krankheit

In den therapeutischen Ansätzen geht es darum, gewissermassen von der Gula (Völlerei) zur Temperantia (Mässigung) zu gelangen. Während bei der Anorexie das Hungern als umfassende Eigenleistung und als Scheinkontrolle und Scheinautonomie im Zentrum steht, ist bei der Bulimie das Essen und Erbrechen als zentraler Emotionsregulator zu betrachten. Leider ist die Prognose bei allen Essstörungen nach wie vor als ungünstig zu betrachten. Ca. 10% der Betroffenen bei Anorexie sterben an ihrer Erkrankung, nur knapp 30% der von Essstörungen Betroffenen erholen sich vollständig. Hier sind vor allem Dauer der Essstörung, Ausprägungsgrad, Ausmass der sozialen Unterstützung, Erkrankungsalter und psychiatrische Komorbiditäten ausschlaggebend. Auch schon vermutlich Betroffene sollen frühzeitig und respektvoll angesprochen werden. Sie sollen ermuntert werden, möglichst rasch Hilfe und therapeutische Unterstützung zu holen. Auch die Familie und die anderen Bezugspersonen der Betroffenen benötigen häufig Unterstützung. Im Rahmen der Prävention von Essstörungen sind multiple Aktivitäten und Initiativen im Gange, welche Früherkennung und Frühintervention fördern sollen. Hier ist vor allem ein Zielgruppen- und altersgerechtes Vorgehen zentral. Es gilt also die Devise: Lassen sie sich nicht faszinieren, verführen, verwirren, einspannen oder abschrecken! Setzen sie sich ein für Früherkennung und Frühintervention und somit für die Abkürzung des Leidensweges und die Vermeidung von Folgeerkrankungen und Tod. Allgemein muss gelten – No body is perfect.

**Kontakt:**kea Zofingen: [bettina.isenschmid@spitalzofingen.ch](mailto:bettina.isenschmid@spitalzofingen.ch)

## Mein Körper zeigt, wer ich bin... – Körperbilder und junge Männer – Wie könnte ein Blickwechsel aussehen?

Frank Luck, Master of Science in Nursing (MNS), Wissenschaftlicher Mitarbeiter Fachstelle Gleichstellung von Frauen und Männern, Präsidialdepartment, Kanton Basel-Stadt

### Gender Gesundheit

Gender Gesundheit ist heute mehr und mehr Thema in der Gesundheitsforschung. Bisher konzentrierte sich die Forschung zu Gender Gesundheit vorwiegend auf Frauen. In den vergangenen Jahren beschäftigte sich die Forschung nun auch vermehrt mit Männern.<sup>1</sup>

### Männer und Gesundheit

Laut dem Bundesamt für Statistik (2008)<sup>2</sup> weisen Männer in der Todesursachenstatistik eine höhere Sterberate im Vergleich zu den Frauen auf. Pro 100'000 Einwohnerinnen/Einwohnern lag diese Sterberate in der Schweiz im Jahr 2006 für Männer bei 625 Todesfällen und für Frauen bei 400 Todesfällen. Für Herz-Kreislauf-Krankheiten liegt die Sterberate bei den Männern um 59%, bei Tumorleiden um 60% und bei den äusseren Ursachen um 115% höher als bei den Frauen (Bundesamt für Statistik, 2008). Als äussere Ursachen der Todesfälle gelten z.B. Suizide, Stürze und Strassenverkehrsunfälle. Gemäss dieser Statistik sind Suizide für 35%, Stürze für 34% und Strassenverkehrsunfälle für 10% aller gewaltsamen Todesfälle verantwortlich. Jungen unter 16 Jahren sind bei Unfällen im Haushalt und in der Freizeit doppelt so häufig von tödlichen Unfällen betroffen wie Mädchen (von Elm & Niemann, 2009).

### Psychische Gesundheit – Suizide

Bei psychischen Problemsituationen holen sich die Männer wenig Hilfe, sondern wählen den Suizid als letzten Ausweg (Lademann & Kolip, 2006). *«Im Jahr 2004 haben sich in der Schweiz 857 Männer und 427 Frauen das Leben genommen. Das entspricht etwas mehr als 21 Selbsttötungen auf 100'000 Männer und mehr als 9 Selbsttötungen auf 100'000 Frauen. Diese Zahlen sind tendenziell unterschätzt, da nicht alle Fälle identifiziert werden»* (Schuler, Ruesch & Weiss, 2007, S. 53). Versteckte Suizide werden in der

<sup>1</sup> (Broom & Tovey, 2009; Meyer, 2009; BAG, 2008; Hurrelmann, 2007; Meuser, 2007a; Niederöst, 2007; BAG, 2006; Gough, 2006; White & Holmes, 2006; Courtenay, 2003; Kolip & Hurrelmann, 2002; Schofield, Connell, Walker, Wood & Butland, 2000).

<sup>2</sup> Verwendung von Daten des Bundesamtes für Statistik (2008) gegenüber Daten des Bundesamtes für Statistik (2005) im Referat am 18. Juni 2010 in Chur.

Todesursachenstatistik durch Verkehrsunfälle, Drogentod und unklare Todesursache vermutet (BAG, 2008). Die Suizidrate unter männlichen Jugendlichen ist in der Schweiz im Vergleich zu den Nachbarländern relativ hoch. Bei jungen Männern beträgt sie 20 auf 100'000 Einwohner, in Frankreich und Deutschland 10 sowie in England und den Niederlanden rund 5 auf 100'000 Einwohner (Michaud & Suris, 2009). *«Suizid ist heute in der Schweiz bei den 15- bis 44-jährigen Männern die häufigste Todesursache überhaupt»* (Baer & Cahn, 2009, S. 216). Das suizidale Verhalten von Männern wird von anderen Männern unterschiedlich bewertet, je nachdem, ob es sich um einen Suizidversuch oder um einen vollendeten Suizid handelt. Der vollendete Suizid wird eher mit der männlichen Geschlechtsrolle im Einklang gesehen, als wenn es sich um einen Suizidversuch handelt (BAG, 2008).

## Mann, Männlichkeit und Gesundheit

Die Gesundheit von Männern wird aufgrund ihrer Geschlechterrolle als vulnerabel angesehen. So wird argumentiert, dass Männer kaum etwas für ihre Gesundheit tun. Männergesundheit wird häufig aus einer Defizitperspektive thematisiert. Beschrieben wird, was Männer in ihrem Gesundheitsverhalten gegenüber Frauen nicht unternehmen. Kennzeichnend für die Verwendung eines solchen Blickwinkels sind ein dichotomes Geschlechterverständnis (Frauen und Männer) und das Festmachen von Geschlechterdifferenz. Insbesondere eine Orientierung an männlichen Geschlechternormen beziehungsweise an «Männlichkeit» wird für den schlechteren Gesundheitszustand der Männer verantwortlich gemacht (Gough, 2006), auch eine sehr starke Orientierung von Männern an der Erwerbsarbeit und ihr Zeitmanagement werden in diesem Zusammenhang diskutiert. Es gilt, die Lebenssituation als Mann, also die männliche Existenzweise (vgl. auch dazu Maihofer, 1995) in ihren verschiedenen Facetten mit zu berücksichtigen, wenn die Gesundheit von Männern thematisiert wird.

Daten zur Männergesundheit sind aus einer historischen Perspektive zu reflektieren, um Entwicklungen zur Gesundheit von Männern im Kontext gesellschaftlicher Bedingungen verorten zu können. Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass die kürzere Lebenserwartung von Männern keine natürliche Gegebenheit darstellt: *«So lag sie 1850 bei 39,57 Jahren für Männer und 39,95 Jahren für Frauen»* (Dinges, 2005, S. 510). Einen Zusammenhang diesbezüglich sieht Dinges (2005) zwischen dem besonderen Wanderungs- und Arbeitsdruck der ersten grossen Industrialisierungswelle und dem Wiederaufbau nach dem Zweiten Weltkrieg. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen waren demnach entscheidend und nicht *«(...) genetische Bestimmungen seit der Steinzeit»* (Dinges, 2005, S. 510).

Lange, so betonen Broom & Tovey (2009), sind die Gesundheitsrisiken in Bezug auf das Geschlecht «Mann» oder das tradierte Verständnis von Männlichkeit als unproblematisch und als gegeben hingenommen worden. *«Die in (Routine-) Statistiken vorhandenen Indikatoren enthalten allerdings oft zu grobe soziale Kategorien, um an die Bedeutung von Männlichkeit und Weiblichkeit heranzukommen»* (BAG, 2008, S. 8). Erstaunlich wenig ist

darüber bekannt, *«warum das Konzept von Männlichkeit und männliche Rollennormen so stark mit der Gesundheit kollidieren und wie dem im Gesundheitsbereich begegnet werden könnte. Dies dürfte eine der wichtigsten Herausforderungen für die Gesundheitsförderung bei Männern sein»* (BAG, 2008, S. 56). Hier gibt es also einen sehr grossen Forschungsbedarf.

## Männlichkeit, (junge) Männer und Körper

Männlichkeitsentwürfe in der bürgerlichen Gesellschaft gehen bis in heutige Tage von einem Ideal der Männlichkeit aus (Beier, 2007; Maihofer, 1995). Dieses Ideal ist gekennzeichnet durch Normen und Werte wie Disziplin(ierung), Selbstbeherrschung und «Herr sein über sich», Stärke, Kampfbereitschaft und Durchsetzungswille. Der («junge») trainierte männliche Körper ist die logische «Verkörperung» dieser Werte und Normen. Der Anspruch des (jungen) Mannes an sich und an seinen Körper ist zu funktionieren, dem Bild einer Maschine gleich. Der Körper gilt als die Verkörperung der Person und somit ihrer inneren Natur.

Es besteht der Anspruch des männlichen Subjekts, den Körper wie selbstverständlich zu optimieren. Nicht nur weil er gesund sein soll, um als Arbeitskraft für den wirtschaftlichen Markt zur Verfügung zu stehen, sondern auch als Performance-Zeichen, um gesellschaftlich gesehen zu werden. Männlichkeit erscheint nicht zuletzt als eine Frage des richtig inszenierten Körpers. Der Körper muss dazu bearbeitet und gestaltet werden. Der Erfolg des (jungen) Mannes wird heutzutage nicht nur an seine körperliche Fitness, sondern auch an sein Aussehen geknüpft. Lebensführung und Körperkontrolle gehören zusammen: *«Wer seinen Körper nicht «im Griff» hat, (...) hat auch seine Lebensführung nicht unter Kontrolle»*. (Meuser, 2007b, S. 159). Körpertechniken sind demnach Regulierungen des Selbst in der Erwartung von einer in der Zukunft liegenden Anerkennung anhand gesellschaftlicher Erfolgskriterien. Eine Einlösung dieser Erfolgskriterien, wie Schönheit in Form von Muskeln, Schnelligkeit, Faltenfreiheit etc. ist aber nicht umsonst zu bekommen. Sei es durch Training oder chirurgisch-plastische Eingriffe, das Werden des Körpers muss gemanagt werden. Persönliche Coachs stehen je nach ökonomischen Verhältnissen privat oder in Vereinen zur Verfügung. «Mach was aus dir» heisst das Motto, was vielmehr bedeutet, «Mach was aus deinem Körper». Der Körper ist die in der Gesellschaft angelegte «Bio-Aktie» des jeweiligen Menschen. Erfolgreich sein bedeutet, nicht nur Erfolge vorweisen zu können, indem Bildung und Geldbesitz angestrebt werden, sondern dass Männer und Frauen sich um den Körper kümmern. Dieses Kümmern kann aber nicht als Sorge um sich oder für sich verstanden werden. Es ist an der Zeit, zu schauen, welche Disziplinierungstechniken von der Gesellschaft und dem Selbst gefördert werden, um gesellschaftliche Nützlichkeitsvorstellungen beim Individuum durchzusetzen. Welches Verständnis von Gesundheitsförderung ist gemeint, wenn die Norm eine Verpflichtung beinhaltet, den Körper zu formen und der Gesellschaft sichtbar zu präsentieren?

Aktuell ist gesundheitliche Fitness das allzeitliche Diktum. Gesundheitliche Störungen sind «Betriebsunfälle» eines (jungen) Mannes, dessen Körperpraxen sich daran orientieren, den Körper als Maschine zu pflegen und zu repräsentieren. Eine Orientierung an tradierten Männlichkeitsnormen, wie z.B. «Stärke zeigen» verhindert das Nachfragen und Auskunft geben auf Seiten des (jungen) Mannes als Patient und auf Seiten des Gesundheitsmitarbeiters/der Gesundheitsmitarbeiterin. Sie führt zur Nicht-Beachtung wichtiger gesundheitsbeeinflussender Lebensumstände. Der handelnde Mensch ist idealerweise der handelnde aktive (junge) Mann, der Belastungen sowie Beanspruchungen als Aufgabe versteht, diese alleine zu meistern. Dazu gehört es eben auch nicht, Fragen, Gefühle, Unsicherheiten und Ängste mit anderen Personen auszutauschen beziehungsweise zu besprechen und gemeinsam Lösungen abzuwägen. Individuelle Entscheidungen und deren Konsequenzen bedeuten dann, sich alleine für Erfolge sowie Misserfolge verantwortlich zu fühlen. Dieses Gefühl einer Haftung gegenüber sich selbst blendet konstituierende gesellschaftliche Macht- und Herrschaftsverhältnisse aus.

## **Zusammenhänge von Körper, Gesundheit und gesellschaftlichen Entwicklungen**

Das Thema Körper kann nicht losgelöst gesehen werden von gesellschaftlichen Entwicklungen. Es gibt einen fundamentalen Umbruch in den Arbeitsverhältnissen. Dieses bezieht sich vor allem auf die Zunahme von prekären Arbeitsverhältnissen mit der Folge, dass kontinuierliche Erwerbsbiografien über mehrere Jahrzehnte für immer mehr Menschen nicht mehr möglich sind. Mit dieser Verunsicherung in der Gesellschaft wächst der Wunsch nach Orientierung und Kontrolle. Gerade bei (jungen) Männern und (jungen) Frauen gibt es eine Orientierung an traditionellen Normen von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Warum ist der Körper von einer so grossen Bedeutung, wenn die gesellschaftlichen Unsicherheiten sich verschärfen? Warum nimmt das Kontrollbedürfnis für den Körper zu? Nicht nur weil er einen gesellschaftlichen Marktwert hat, sondern weil der Körper nach Meinung von Soziologen und Geschlechterforscherinnen (z.B. Maihofer, 2010) zum Zeichen der Fähigkeit wird, etwas zu bewirken, Einfluss zu haben, zu formen und nicht nur zu meistern. «Herr seiner selbst zu sein» ist nun auch die Sorge um sich, aber auch die Bildung, Formung und Gestaltung des eigenen Körpers. Der Körper wird als möglicherweise einziger Ort wahrgenommen, an dem das eigene Handeln Konsequenzen hat – gegenüber einer Wirkungslosigkeit im gesellschaftlichen Raum.

## **Handlungsbedarf zur Gesundheit von (jungen) Männern – ein Blickwechsel**

Um die Lebensumstände von (jungen) Männern und die Orientierung von (jungen) Männern an tradierten Normen von Männlichkeit zu berücksichtigen, sind die Themen Ge-

sundheit, Fitness und Körper im Zusammenhang zu denken und die bisherige Gesundheitsversorgung anhand folgender Fragen zu reflektieren:

### **Ansätze zur Reflexion der Gesundheitsversorgung bei (jungen) Männern**

**(vergl. dazu auch Sabo & Gordon, 1995):**

- Welche Fragen stellen sich (junge) Männer bei dem Thema Körper/Fitness/Gesundheit?
- Welche Erfahrungen bringen (junge) Männer zum Thema Körper/Fitness/Gesundheit mit?
- Wer spricht (junge) Männer wie und mit welchem Geschlechterverständnis auf die Themen Körper/Fitness/Gesundheit an?
- Auf welche Form der Unterstützung können (junge) Männer mit gesundheitlichen Problemen zurückgreifen?
- Wie werden (junge) Männer mit gesundheitlichen Problemen im gesellschaftlichen Kontext wahrgenommen?
- Inwieweit werden an die Geschlechterrolle (junger) Männer Erwartungen geknüpft, mit gesundheitlichen Problemen in einer bestimmten Art und Weise umzugehen?

Die gesellschaftlichen Geschlechtervorstellungen prägen die Vorstellung von den Geschlechtsunterschieden. Geschlechtsstereotypische Sichtweisen zu (jungen) Männern (z.B. bei der Diagnose Depression) wie zu (jungen) Frauen (z.B. bei der Erkennung von kardiologischen Problemen) sind zu hinterfragen und der Blickwinkel auf das Thema Gesundheit ist zu erweitern, damit epidemiologische Daten und medizinische Krankheitsbilder von Frauen und Männern nicht nur verglichen werden. Vielmehr gilt es zu schauen, inwiefern das Geschlechterverständnis von Forscherinnen/Forschern und den Gesundheitsmitarbeiterinnen/Gesundheitsmitarbeitern die Erhebung dieser Daten und Diagnosen mit beeinflusst.

Ferner sollte kritisch evaluiert werden, wie über (junge) Männer und auch (junge) Frauen mit gesundheitlichen Problemen im gesellschaftlichen Kontext gesprochen wird und inwieweit sie partizipativ an der Diskussion als Teilnehmer beziehungsweise als Teilnehmerin akzeptiert sind. Für die Zukunft braucht es mehr interdisziplinäre Ansätze, um (junge) Männer auf die Themen Gesundheit, Männlichkeit und Körper anzusprechen. Ein zukünftiger Bereich könnte die kantonale Gesundheitsförderung sein, in der es möglich sein sollte, dass Bildungseinrichtungen (z. B. Schulen), Verwaltungsstellen, professionelle Gesundheitsmitarbeiter/Gesundheitsmitarbeiterinnen und Fachmänner/Fachfrauen zu Gesundheit und Geschlecht konzeptuell zusammenarbeiten. Hier könnten die Erfahrungen aus den Nachbarländern, z.B. des deutschsprachigen Raumes für die praktische Arbeit vor Ort genutzt werden, um gezielter (junge) Männer und (junge) Frauen mit einzubeziehen.

#### **Kontakt:**

Frank.Luck@unibas.ch

**Literatur:**

- Baer, N. & Cahn, Th. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211–230). Bern: Huber.
- BAG Bundesamt für Gesundheit. (2008). *Fokusbericht Gender und Gesundheit*. Bern: BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik.
- BAG Bundesamt für Gesundheit. (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006*. Zugriff am 5. April 2010, auf <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/index.html?lang=de>
- Beier, St. (2007). Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern. In M. Stiehler & Th. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit: Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung* (S. 75–91). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Bundesamt für Statistik BFS (2008). *Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 2005 und 2006*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Broom, A. & Tovey, Ph. (Hrsg.). (2009). *Men's Health: Body, Identity and Social Context*. Cichester: Wiley-Blackwell.
- Courtenay, W. (2003). Key determinants of the health and well-being of men and boys. *International Journal of Men's Health*, 2(1), 1–30.
- Dinges, M. (2005). 200 Jahre Männergesundheit: Die Gene sind nicht schuld. *Pflegezeitschrift*, 58(8), 508–512.
- Gough, B. (2006). Try to be healthy, but don't forget your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media. *Social Science & Medicine*, 63 (9), 2476–2488.
- Hurrelmann, K. (2007). Geleitwort. In M. Stiehler & Th. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit* (S. 5–6). Weinheim und München: Juventa.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2002). *Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung*. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 13–31). Bern: Huber.
- Lademann, J. & Kolip, P. (2006). Schlussfolgerungen und Diskussion. In Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006* (S. 182–206). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Maihofer, A. (2010, April). *Fitness – Neue körperliche Selbstverhältnisse von Männern und Frauen*. Referat gehalten am 23. April 2010 im Rahmen des Symposiums zu Ehren von Frau Prof. Dr. em. Regina Wecker «Geschlechtergeschichte des Tanzes – Tanz der Geschlechtergeschichte» an der Universität Basel.
- Maihofer, A. (1995). *Geschlecht als Existenzweise*. Frankfurt am Main: Helmer.
- Meuser, M. (2007a). Der «kranke Mann» – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung. In M. Dinges (Hrsg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel 1850-2000* (S. 73–86). Stuttgart: Steiner.
- Meuser, M. (2007b). Männerkörper: Diskursive Aneignungen und habitualisierte Praxis. In M. Bereswill, M. Meuser & S. Scholz (Hrsg.), *Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit* (S. 152-168). Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Huber.
- Michaud, P.M. & Suris, J.-C. (2009). Jugenalder. In K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 57–72). Bern: Huber.
- Niederöst, S. (2007). *Männer, Körper und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Sabo, D. & Gordon, F. (1995). *Men's Health and Illness. Gender Power and the Body*. Thousand Oaks & London & New Dehli: SAGE Publications.

Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Arbeitsdokument 24. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Zugriff am 19. September 2010, auf <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/04.html?publicationID=2841>

Schofield, T., Conell, R.W., Walker, L., Wood, J.F. & Butland, D.L. (2000). Understanding mens' health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. *Journal of American College Health*, 48(6), 247–256.

von Elm, E. & Niemann, St. (2009). Unfälle und gesellschaftliche Folgen. In K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 231–246). Bern: Huber.

White, A. & Holmes, M. (2006). Patterns of mortality across 44 countries among men and women ages. *The Journal of Men's Health and Gender*, 3(2), 139–151.



Herisau | 20. September 2010

«Nicht mehr jung – noch nicht alt»

# Appenzell Ausserrhoden



## Frauen und Männer im mittleren Lebensalter

### Umgang mit körperlichen und psychosozialen Veränderungen

Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Pasqualina Perrig-Chiello, Institut für Psychologie, Universität Bern

Aufgrund der längeren Lebenserwartung hat sich das mittlere Erwachsenenalter zunehmend zu einer eigenständigen Lebensphase mit spezifischen Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten entwickelt. Erstaunlicherweise ist diese Lebensphase, d.h. die Zeit nach der beruflichen und familialen Aufbauphase und vor der Pensionierung sowohl wissenschaftlich als auch gesellschaftlich äusserst definitionsbedürftig. Im Alltag widerspiegelt sich dies in widersprüchlichen Meinungen. So wird das mittlere Lebensalter einerseits als ein ereignisloses Entwicklungsplateau angesehen, andererseits wird es mit dramatischen Ereignissen assoziiert wie Mid-Life-Crisis, Burn-out oder mit endlosen Konflikten in Familie und Partnerschaft. Tatsache ist, dass im mittleren Erwachsenenalter bedeutsame Entwicklungsprozesse und Verschiebungen der Lebensperspektiven stattfinden, ausgelöst durch vielerlei alters assoziierte biographische Übergänge:

- **Körperliche Veränderungen:** Die hormonellen Veränderungen bei Frauen und bei Männern (Absinken des Östrogen- beziehungsweise des Testosteronspiegels) wirken sich auf das Aussehen und die psychophysische Befindlichkeit aus und können, nicht zuletzt auch aufgrund der in unserer Gesellschaft vorherrschenden jugendbezogenen Attraktivitäts- und Leistungsnormen, als Belastung empfunden werden.
- **Bewusstwerden der eigenen Endlichkeit:** Mit der Erreichung des Höhepunktes des Lebens ist zugleich das Stadium der Erfüllung bereits überschritten. Damit verbunden ist eine Veränderung in der Zeitorientierung: Gedacht wird nicht mehr in Jahren nach der Geburt, sondern in Zeiteinheiten, die noch zum Leben bleiben.
- **Diskrepanz zwischen Aspirationen und Erreichtem:** Aufgrund der veränderten Zeitperspektive findet eine Auseinandersetzung mit den ursprünglichen Lebensentwürfen statt. Das bisher Erreichte beziehungsweise Nichterreichte wird vor dem Hintergrund sich allmählich eingrenzender beruflicher, familialer, partnerschaftlicher und körperlicher Optionen erstmals in seiner Bedeutung sichtbar.
- **Wiederaufleben des «Traums»:** Die in der Aufbauphase des jungen Erwachsenenalters unterdrückten Aspekte des Selbst werden zunehmend manifest und stellen eine Herausforderung dar; unerreichte Ziele, verpasste Chancen drängen nach Realisierung. Kennzeichnen sich etwa Männer im jungen Erwachsenenalter in der Regel durch eine starke maskuline Geschlechtsrollenorientierung, so beginnen sie ab der Lebensmitte verstärkt auch ihre «femininen» Eigenschaften wie Sensibilität, Zärtlichkeit und Passivität zu entdecken und auszuleben. Das Analoge gilt für die Frauen, welche nun ihre eher kantigen Seiten entdecken.

- **Aufgeben von Kindheitsillusionen:** Die akkumulierte Lebenserfahrung erlaubt zwar einerseits eine gewisse Gelassenheit, andererseits impliziert sie aber, dass man sich von gewissen Illusionen der jungen Jahre trennen muss, wie beispielsweise der Illusion der Sicherheit, welche durch die Eltern vermittelt wurde.
- **Veränderungen im Familiensystem:** Häufig sind die Kinder in einer nicht immer einfachen Ablösungsphase, die eigenen Eltern werden alt und bedürfen Hilfe. Die meist langjährige Partnerschaft kann Abnutzungserscheinungen zeigen.

In diesem Beitrag sollen vor allem die körperlichen Veränderungen ausgeleuchtet werden, weil sie zum einen bei Frauen wie bei Männern ein zentrales Charakteristikum dieser Lebensphase ist. Zum anderen, weil mit den körperlichen Veränderungen viele psychische und soziale Implikationen verbunden sind.

## Wechsel-Jahre

Bedingt durch die bessere medizinische Versorgung breiter Massen und die damit resultierende längere Lebenserwartung, ist die postmenopausale Zeit für heutige Frauen ein integrierter und wesentlicher Bestandteil ihrer Biografie geworden. Eine 50-jährige Frau kann heute mit noch gut weiteren 30 Lebensjahren rechnen oder anders ausgedrückt: Diese Frau wird etwa 40 Prozent ihres Lebens in der Postmenopause verbringen. Als Vergleich dazu: Vor 100 Jahren war die mittlere Lebenserwartung einer Frau etwa 48 Jahre!

Wie erleben Frauen das Klimakterium, diesen Übergang von der fertilen zur infertilen Lebensphase körperlich und psychisch? Resultate eigener Untersuchungen zeigen, dass die Einstellungen der von uns befragten Frauen hinsichtlich Wechseljahre und Menopause recht gespalten sind: Fast die Hälfte hat beim Gedanken an die Wechseljahre zwar Gefühle von Erleichterung und Freude. Daneben aber sind Gefühle von Unsicherheit und Angst vor der Zukunft ebenfalls stark ausgeprägt. Befragt nach den Assoziationen zum Begriff Menopause waren die häufigsten Antworten: Chance zur Neuorientierung, Neubeginn, Befreiung. Nur eine Minderheit assoziierte damit Attraktivitätsverlust. Und wie definieren diese Frauen Attraktivität? In erster Linie werden eine interessante Persönlichkeit, Humor und Intelligenz genannt. Immerhin ist aber fast die Hälfte der Meinung, dass eine jugendliche Ausstrahlung das Essentielle sei.

Die Wechseljahre beziehen sich nicht nur auf die körperlichen Prozesse, sondern auch auf die sozialen Rollen. So müssen alte, vertraute Rollen – wie beispielsweise die Mutterrolle, oder die Rolle der jungen, attraktiven Verführerin – verabschiedet beziehungsweise neu definiert werden. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass Frauen, die sich stark über traditionell weibliche Rollen definiert haben, stärker unter den Wechseljahren leiden als selbst determinierte Frauen mit eher männlich-instrumentellen Eigenschaften. Sie litten bedeutsam mehr unter depressiven Verstimmungen, Stress und Ängstlichkeit. Auch in unserer Untersuchung wiesen die Frauen ohne beziehungsweise mit geringfügigen Beschwerden höhere Werte bei der maskulinen Einschätzung auf

und hatten zudem höhere Androgynitätswerte. Androgynie bezeichnet ein gut ausbalanciertes Verhältnis von maskulinen und femininen Eigenschaften. Gemäss Sandra Bem ist *Androgynie* ein anzustrebendes Entwicklungsziel für beide Geschlechter. Ihrer Auffassung nach sind androgyne Menschen handlungsfähiger, flexibler, anpassungsfähiger und psychisch gesünder als stark geschlechtstypisierte Menschen.

Ganz offensichtlich ist es für Frauen, die sich in jüngeren Jahren über ihr weibliches Äusseres und ihre weiblichen Eigenschaften definierten, schwerer, die mit dem Klimakterium assoziierten Veränderungen zu akzeptieren beziehungsweise einen geeigneten Umgang damit zu finden. Tragische Beispiele sind Marilyn Monroe, Romy Schneider oder Greta Garbo.

### **Klimakterium virile – oder: Weil nicht sein kann, was nicht sein darf.**

Nachdem die klinische Medizin sich seit langem mit den Wechseljahren der Frau beschäftigt, begann sich das Interesse in der letzten Dekade auch auf die altersgebundenen hormonellen Veränderungen beim Mann zu konzentrieren. Diskutiert wurde zunehmend die Frage, ob es ein männliches Pendant zu den weiblichen Wechseljahren gibt. Die Existenz eines solchen Klimakteriums virile wurde lange negiert. Zum einen aufgrund der grossen Diversität des Phänomens, zum anderen vermutlich aufgrund einer unüberwindbaren psychologischen Hürde: Wie sollte es möglich sein, dass in einer männerdominierten Gesellschaft gerade jene Männer Probleme und Schwächen hätten, die auf dem Zenit ihrer Macht sind? Die Tatsache, dass das Thema in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus des Interesses gerückt ist, zeugt von einem gewissen Umdenken in Sachen traditionelle Männerbilder und starrer männlicher Geschlechterrollen.

Ein so zentrales Symptom wie das Ausbleiben der Monatsblutung gibt es beim Mann nicht. Fakt ist jedoch, dass es auch beim Mann altersgebundene subtile hormonelle Veränderungen gibt, die sich sowohl auf die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit als auch auf die psychische Befindlichkeit auswirken. Die Rede ist von depressiven Verstimmungen, Antriebsstörungen, Nervosität, Konzentrationsstörungen, aber auch von rascher Ermüdung, Hitzewellen, Libido- und Erektionsstörungen. Wie aus den Annalen des 2. Weltkongresses «The aging male» zu entnehmen ist, besteht zwar weitgehend Einigkeit hinsichtlich des Phänomens, nicht jedoch über dessen Ausprägung und vor allem über die Ätiologie. Entsprechend heterogen fallen auch die Behandlungsempfehlungen aus. Die Palette reicht von der Hormonsubstitution (Testosteron, Wachstumshormon oder Melatonin) über körperliches Training bis hin zu Männergesprächsgruppen. Trotz der widersprüchlichen empirischen Befundlage ist offensichtlich der Ruf nach Anti-Aging-Behandlungen auch bei Männern zunehmend beliebt. Viele Männer im mittleren Lebensalter erwarten von sogenannten Anti-Aging-Cocktails, dass sie ihre männliche Effizienz und Leistungsfähigkeit privat und im Beruf aufrechterhalten beziehungsweise wieder herstellen können.

Die Zielgruppe des Anti-Aging-Marktes sind längst nicht mehr ausschliesslich die Frauen. Mit zunehmendem Erfolg zielt er auch auf die Männer. Es stellt sich hier die Frage, ob das normale weibliche und männliche Altern zu einem «pathologischen» Prozess umdefiniert wird.

## Gender-Crossover in der zweiten Lebenshälfte?

Zur Illustration der Dynamik der Veränderung der Geschlechtsrollenidentität als ein lebenslanger Prozess sei auf das kulturübergreifende Phänomen der Androgynie in der zweiten Lebenshälfte verwiesen. Während beispielsweise junge Männer in der Reproduktionsphase in der Regel durch eine starke maskuline Geschlechtsrollenorientierung gekennzeichnet sind, beginnt der Mann ab der Lebensmitte verstärkt seine «femininen» Eigenschaften wie Sensibilität, Zärtlichkeit und Passivität zu entdecken und auszuleben. Bereits C.G. Jung wies darauf hin, dass es ab der Lebensmitte zu einer Konvergenz der Geschlechterrollen, bei vielen gar zu einer eigentlichen Rollenumkehrung komme. Wie ist das zu verstehen? Gemäss Jung geht es darum, dass in der zweiten Lebenshälfte die beiden in uns liegenden gegensätzlichen, aber komplementären Pole, Animus (die männlichen Aspekte) und Anima (die weiblichen Aspekte), zu integrieren, zu versöhnen. Sinn der ersten Lebenshälfte ist nach Jung der «Naturzweck». Es geht hier darum, sich gesellschaftlich zu positionieren und den Kanon von geschlechtstypischen Erwartungen zu erfüllen. Hat ein Mann in der ersten Lebenshälfte seinen Animus extensiv ausgelebt (ausleben müssen), so wird er in der zweiten Lebenshälfte – im Sinne einer Entwicklung zum Ganzheitlichen – seine Anima entdecken und ausleben wollen.

Aber nicht nur bei Männern bahnt sich ab der mittleren Lebensphase eine Wende im Erleben ihrer Geschlechtsidentifikation. Auch die Frauen entdecken ihre eher durchsetzerischen, hartnäckigen und kantigen Seiten. Diese Beobachtung umriss Freud auf eine nicht sehr schmeichelhafte Art:

*«Es ist bekannt, dass die Frauen häufig, nachdem sie ihre Genitalfunktionen aufgegeben haben, ihren Charakter in eigentümlicher Weise verändern. Sie werden zänkisch, quälerrisch und rechthaberisch, kleinlich und geizig, zeigen also typische sadistische Züge, die ihnen vorher nicht eigen waren.»* (Freud, 1913, 115) .

Ist das alles nur anekdotisches, überholtes Gerede von Klinikern, die alles aus der «pathologischen Perspektive» sahen? Dies als solches abzutun, wäre gar zu einfach. Die klinischen Befunde von C.G. Jung wurden unter anderem durch den amerikanischen Psychologieprofessor David Gutmann empirisch bestätigt. Daneben hat Gutmann (1994) auch für eine grosse Zahl von Kulturen dokumentiert, dass sich ab der Lebensmitte substanzielle Veränderungen im Geschlechtsrollenverständnis von Männern anbahnen. So beschrieben sich ältere Männer als sensibler gegenüber den sozialen Aspekten des Zusammenlebens, während sich die jüngeren Männer in stärkerem Masse zweck- und aufgabenorientiert empfanden («old men are rather peacemaker than warriors»). Gutmann führt diese Annäherung an die weibliche Geschlechtsrolle bei Männern im mitt-

leren Lebensalter auf die Entlastung von der Rolle als Ernährer der Familie (Auszug der Kinder). Durch die Anreicherung der maskulinen Persönlichkeit mit femininen Eigenschaften werden gemäss Gutmann die Flexibilität und die Adaptivität des Mannes gefördert. In diesem Sinne ist die Entwicklung zur Androgynie im mittleren Lebensalter eine notwendige Voraussetzung, um erfolgreich zu altern.

Diese Hypothesen fanden auch in europäischen Langzeitstudien Unterstützung. So konnte gezeigt werden, dass besonders solche Männer, die im Vergleich zu ihren Geschlechtsgenossen länger lebten, um die Erhaltung und Ausweitung sozialer Kontakte bemüht waren und eher von Gefühlen der inneren Verbundenheit, der Akzeptanz und des Vertrauens im zwischenmenschlichen Bereich berichteten. Es kann daraus geschlossen werden, dass Männer, die mit zunehmendem Alter die Orientierung an den traditionellen Normen der Geschlechterrolle überwinden, eine Erweiterung des subjektiven Lebensraumes und einen Zuwachs an psychosozialer Kompetenz erreichen und in der Folge auch eine höhere Lebenserwartung haben als Altersgenossen, die dies nicht tun.

### **Zur Interpretation dieser Dynamik der Geschlechtsrollenentwicklung ab der Lebensmitte sind folgende zwei Fakten nennenswert:**

1. Sozio-psychologisch gesehen sind die Aufgaben der zweiten Lebenshälfte in der Tat anders als in der ersten Lebenshälfte. Gibt es in der ersten Lebenshälfte nach wie vor gewisse «Deadlines» einzuhalten (berufliche Verankerung, für Frauen die Frage ob Kinder oder keine Kinder, usw.), so dominiert mit zunehmendem Alter das Bedürfnis, innezuhalten und sich den gehabten «Zwängen» zu entziehen. Aus Greers feministischer Sicht ist die Menopause der biografische Wendepunkt, der Frauen nach Jahrzehnten der Kapitulation und Maskerade (sprich des Joches des weiblichen Geschlechtsrollendiktats, gefallen zu wollen/zu müssen und der Unterdrückung der anderen Ich-Anteile) die Chance gibt, die bislang unterdrückten Anteile des Ichs zu entdecken.
2. Dieser Prozess hat aber auch biologische Gründe. Die bereits erwähnten hormonellen Veränderungen wirken sich nicht nur auf das Äussere, sondern auch auf das psychische Empfinden und auf das Verhalten aus. Bei den Frauen sind es beispielsweise die tiefere Stimme, der Oberlippenbart, die schwindende Taille, aber auch die grössere Kompromisslosigkeit, das entschlossener Auftreten und das bewusstere Wissen, was einem gut tut und was nicht. Bei den Männern sind es im Gegenzug die höhere Stimme, die schwindende sekundäre Körperbehaarung, die Fettansammlung an den Brüsten, aber auch die zunehmende Abhängigkeit von der Partnerin, das grössere Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Zuwendung.

Tatsache ist jedenfalls, dass beide Geschlechter ab der Lebensmitte zunehmend weniger Bereitschaft zeigen, brav geschlechtsrollenkonform zu sein und sich die Freiheit nehmen, neue Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln beziehungsweise latent Dage-

wesenes zuzulassen. Zunehmend empirische Evidenz bekommt auch die Tatsache, dass eine androgyne (männliche und weibliche) Rollenorientierung die Anpassung an das Älterwerden für Männer wie für Frauen erleichtert.

## Krise oder nicht?

Auch wenn die Auseinandersetzung mit diesen Themen Krisenpotential hat, muss sie nicht zwingend zu einer Krise führen. Was ist entscheidend? Angesichts des Wissensdefizits bei gleichzeitiger Verunsicherung vieler ist in erster Linie das Schaffen von Bewusstsein ein vordringliches Anliegen. Darüber hinaus ist es wichtig, neue Lebensinhalte und Aufgaben zu definieren, für die es sich lohnt, sich einzusetzen. Es ist in der Tat erstaunlich, wie viele Leute dieses Alters sich mit ähnlichen Problemen herumschlagen, aber kaum sich darüber austauschen – eine Tatsache, die insbesondere für Männer zutrifft. Klassische Beispiele hierfür sind das Sich-Verlieben oder aber das Gefühl des «more of the same», sei es im Beruf oder in der Partnerschaft. Information ist zwar wichtig, aber das allein genügt nicht. Erst durch das Inbezugsetzen dieses Wissens auf sich selbst sowie die Bereitschaft zur Veränderung ergeben sich Möglichkeiten und Wege, aus den Blockaden heraus zu finden.

Viele Leute im mittleren Erwachsenenalter befinden sich in einer scheinbar paradoxen Situation: Einerseits haben sie objektiv gesehen viele Optionen. Die postmoderne Botschaft «Alles ist möglich – es muss für dich stimmen» ist nicht nur verlockend, sondern auch verunsichernd und steht zumeist im Gegensatz zu den realen Möglichkeiten. Andererseits fühlen sie sich in vielen Zwängen und Verantwortlichkeiten gefangen, dass sie – je nach Persönlichkeit – entweder langsam ausbrennen, still vor sich leiden, in alten Rollen verharren oder aber abrupt ausbrechen. Andere hadern mit dem Schicksal, klagen über verpatzte Chancen – für welche sie möglicherweise alle ändern nur nicht sich selbst verantwortlich machen. Die Lösung liegt auf jeden Fall in der Auseinandersetzung mit den ursprünglichen Lebensentwürfen (Was habe ich realisieren können, was ist liegen geblieben?), in der Antizipation des Zukünftigen (Wie sehe ich meine Zukunft?) und in der Neudefinition der eigenen Identität (Was steckt eigentlich noch in mir?). Aus der psychologischen Forschung und Praxis wissen wir, dass solche Bilanzierungen nicht in erster Linie von objektiven Fakten abhängig, sondern stark von der inneren Haltung eines Menschen geprägt sind. Folgende «Schlüsselqualifikationen» sind dabei entscheidend:

**1. Selbstverantwortlichkeit** ist eine Eigenschaft, welche bereits in der Kindheit erlernt wird und welche sich in der Folge insbesondere in kritischen Lebenssituationen als eine wichtige Ressource erweist. Menschen mit hoher Selbstverantwortlichkeit übernehmen die Verantwortung für ihre Geschicke und ihre Befindlichkeit. Sie wissen, dass es bei Tiefschlägen darauf ankommt, das Ruder an sich zu reißen und dem Boot eine neue Richtung zu geben – auch wenn das zunächst unmöglich erscheint. Statt sich niederreißen und vom Schmerz wegschwemmen zu lassen, setzen sie sich mit dem kritischen Ereignis auseinander, werden aktiv, suchen Lösungen, suchen den

Austausch mit Nahestehenden. Sie handeln aus der Zuversicht und der Erfahrung heraus, dass jede Krise bewältigbar ist.

**2. Proaktivität:** Damit ist vorausdenkendes und überlegtes Handeln gemeint. Proaktive Menschen haben Visionen ohne den Realitätssinn zu verlieren, nehmen eine Langzeitperspektive ein, haben einen langen Atem und entwickeln Strategien um ihre Visionen möglichst gut umzusetzen. Was heisst das bezogen auf die Anforderungen des mittleren Lebensalters? Viele Anforderungen sind zwar vorhersehbar wie z.B. der Auszug der Kinder oder die zunehmende Pflegebedürftigkeit der eigenen Eltern. In der Regel kann man sich in diesem Falle auch auf diese Veränderungen einstellen. Viele Anforderungen sind aber nicht vorhersehbar. Entweder sie sind es wirklich nicht (wie z.B. eine Krankheit) oder man will sie nicht vorsehen, man verschliesst sich den sich anbahnenden Veränderungen. Das Leben geht seinen Weg, Änderungen sind nicht erwünscht. Die Partnerschaft wird als eine Selbstverständlichkeit angesehen, ebenso der Job oder auch die eigene Gesundheit. Proaktive Menschen nehmen jedoch nichts als selbstverständlich hin, sie sind täglich dankbar für das, was sie haben. Viele Leute lernen diese Fähigkeit erst dann, wenn sie durch eine schwere Krise gegangen sind. Im Nachhinein sind viele dankbar für die Krise, weil sie gelernt haben, zufriedener, bescheidener und dankbarer zu sein, vor allem aber auch gelassener dem gegenüber, was das Leben bringen wird.

**3. Generativität** schliesslich ist die Aufgabe des mittleren Lebensalters. Diese umfasst produktive und kreative Einstellungen und Handlungen, die Möglichkeit zur Fürsorge und Verantwortung für nachfolgende Generationen. Dabei geht es einerseits um den Wunsch, bedeutend für andere Menschen zu sein, andererseits aber auch um den Wunsch nach symbolischer Unsterblichkeit, etwas zu schaffen, das die eigene Existenz überlebt. Generativität ist eine Voraussetzung, um mit der zunehmend negativen biographischen Gewinn-Verlust-Balance der zweiten Lebenshälfte zurechtzukommen. Das damit verbundene Akzeptieren des bisher Gelebten ist entscheidend für die Erlangung der Ich-Integrität und Sinnerfülltheit im Alter. Die Ergebnisse unserer Forschung sprechen dafür, dass die vielfältigen Herausforderungen des mittleren Alters von der Mehrheit auch als Chance für die späteren Jahre wahrgenommen werden. Der bedeutsame Zuwachs an Gelassenheit mit steigendem Lebensalter ist einerseits ein Indiz für die hohe psychische Adaptationsfähigkeit des Menschen, andererseits aber auch ein Beweis für das Entwicklungspotential von biographischen Krisen. So gesehen ist das mittlere Lebensalter eine wunderbare Chance, dem Leben einen neuen Sinn zu geben und die Weichen für ein gutes Altern zu stellen!

**Kontakt:**

[www.entwicklung.psy.unibe.ch/content/team/ppc/index\\_ger.html](http://www.entwicklung.psy.unibe.ch/content/team/ppc/index_ger.html)

**Literatur:**

Perrig-Chiello, P. (2010, 4. Auflage). In der Lebensmitte. Die Entdeckung der mittleren Lebensjahre. Zürich: NZZ libro, Verlag Neue Zürcher Zeitung

Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2009). Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter. Zürich: NZZ libro, Verlag Neue Zürcher Zeitung.

## Wiederherstellungs- und Ästhetische Chirurgie: Notwendigkeit oder Luxus?

### Ethik und Moral – zum Trotz im Alter jüngern?

Dr. med. Volker Wedler, Chefarzt Plastische Chirurgie  
Bellevueklinik Kreuzlingen, Kantonsspitaler Frauenfeld  
und Münsterlingen

## Einleitung

Das Ziel des Referates ist, einen Überblick meines Arbeitsgebietes als Plastischer, Rekonstruktiver – und Ästhetischer Chirurg zu geben. Es wird erklärt wie die einzelnen Disziplinen zueinander stehen und wie die Indikationen zu den Operationen gestellt werden. Am Anfang des Referates werden einige Begriffe angesprochen. Objektivierbare Befunde und subjektive Empfindungen der Betroffenen selbst, aber auch diejenigen des unmittelbaren Umfelds und der Gesellschaft allgemein stehen sich oft gegenüber. Häufig werden in Diskussionen bestimmte Nomenklaturen wie Ethik, Moral, Schönheit u.v.m. stark miteinander vermischt. Weil die Begriffe «Plastischer» und «Rekonstruktiver» Schönheitschirurg oft fälschlicherweise synonym verwendet werden, sollen diese beiden Begriffe richtig dargestellt werden.

## Was ist Schönheit?

Wir sprechen von Schönheit. Es ist ein abstrakter Begriff, der stark mit allen Aspekten menschlichen Daseins verbunden ist. Mit der Bedeutung dieses Begriffes beschäftigt sich hauptsächlich die philosophische Disziplin der Ästhetik. Wie jede Wertung ist dieser emotional positiv belegte Begriff von Wertvorstellungen (Bewertungsmassstäben) und Bewertungszielen abhängig, die auch durch gesellschaftliche Konventionen geprägt werden. Welche Wertmassstäbe dem Begriff Schönheit zu Grunde liegen und wie diese zustande kommen, ist auch Untersuchungsgegenstand von Natur- und Geisteswissenschaften. So auch in meiner Disziplin.

Im Alltag wird «schön» meist als etwas bezeichnet, das einen besonders angenehmen Eindruck hinterlässt: ein schöner Körper, ein schönes Musikstück, eine schöne Bewegungsabfolge im Tanz, aber auch Erlebnisse wie z.B. Gestreichelt-Werden. Eine Nähe zu Begriffen wie Harmonie und Symmetrie fällt bereits hier auf, eine Abgrenzung gegenüber sinnlicher Überwältigung oder dem «nur» Hübschen, dem das Besondere fehlt, ist nicht immer leicht.

Die Psychologie und die Soziologie betrachten die Bewertung «schön» in Abhängigkeit von psychogenetisch beziehungsweise gesellschaftlich geprägten Wertvorstellungen.

Diese fundamentale Bewertung wird sowohl auf Empfindungen der Einzelnen oder des Einzelnen angewendet wie auch auf die gesamte menschliche und nicht-menschliche Umwelt eines Menschen. Die Bewertung hat daher Rückkopplungen auf die Psyche, auf alle Bereiche der menschlichen Gesellschaft und auf die aussermenschliche Umwelt – mithin auf die Bildung und Änderung von Konventionen. Damit meine ich einen Wertewandel von einer Generation zur anderen. Für die Verbreitung des Begriffs Schönheit haben bis zum Anfang des letzten Jahrhunderts die Kunst und die Literatur viel beigetragen, danach dominieren die Medien wie Film, Fernsehen und Magazine.

In der Philosophie beschäftigt sich die Ästhetik mit der Frage, was Schönheit sei. In der Philosophie des Mittelalters galt Schönheit etwa als «Glanz der Wahrheit», eine Eigenschaft von Gedanken, die von deren Übereinstimmung mit der Wirklichkeit abhängt. In der Neuzeit wird Schönheit nicht mehr als Eigenschaft von Gegenständen definiert, sondern als Urteil des Verstandes. Die Schönheit sei Vollkommenheit der logischen und sinnlichen Erkenntnis.

Die einflussreichste philosophische Definition von Schönheit in der Neuzeit stammt wohl von Immanuel Kant. Kant definierte Schönheit als Gegenstand einer bestimmten Tätigkeit der Urteilskraft: das ästhetische Urteil oder Geschmacksurteil. Ästhetische Urteile basieren nach Kant auf privaten, subjektiven Empfindungen des Gefallens oder der Abneigung, der Lust oder Unlust. Insofern könnte man meinen, schön sei einfach das, was uns persönlich angenehm sei. Kant stellt jedoch einen Unterschied fest: Über das Angenehme lässt sich nicht streiten, denn jede und jeder empfindet etwas anderes als angenehm und wird dies auch zugeben. Ästhetische Urteile dagegen sind zwar subjektiven Ursprungs, sie haben jedoch Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Wer über die Schönheit eines Gegenstandes urteilt, behauptet zugleich, ein Urteil zu fällen, dem auch andere zustimmen müssten. Schönheit hat daher den Anspruch subjektiver Allgemeinheit. Anders als über das Angenehme lässt sich über Schönheit und Geschmack durchaus sinnvoll streiten, da jedes Geschmacksurteil sich anmasst, über die Empfindungen anderer mit zu urteilen.

Die Grundlage dieser Argumentation ist die Abgrenzung zwischen dem Guten, dem Angenehmen und dem Schönen. Das Gute ist etwas, an dem wir ein motiviertes Interesse haben – es macht für uns einen Unterschied, ob etwas Gutes vorhanden ist oder nicht. Auch am Angenehmen haben wir Interesse, da die Empfindung des Angenehmen für uns begehrenswert ist (und wir das Unangenehme meiden). Das Gute, das Schöne und das Angenehme beruhen auf unserer subjektiven Empfindung des Wohlgefallens, der Lust, im Gegensatz zum Missfallen und zur Unlust. Das Urteil über das Schöne allerdings ist das Einzige, welches das persönliche Interesse an dem Gegenstand nicht berücksichtigt. Daher definiert Kant Schönheit in einer berühmten Formulierung als «interesseloses Wohlgefallen». Naturwissenschaftliche Versuche, «Schönsein» zu definieren, beschränken sich meist auf die Angabe von «Idealmassen» für das, was gemeinhin als schön empfunden wird, wobei umstritten bleibt, ob diese «Ideale» allgemeingültig sind oder nur Ausdruck einer immer wieder wechselnden Mode. Auch der Plastische Chirurg kann sich aus dieser Beschränkung im weitesten Sinne nicht retten. Was in diesem

alltäglichen Sinne als «schön» bezeichnet wird, ist bis zu einem gewissen Grade von wechselnden «Schönheitsidealen» abhängig, die sich beispielsweise in Schönheitswettbewerben äussern. So gibt es die These, dass in den Industriegesellschaften heutzutage nur deswegen besonders schlanke Menschen als schön gelten, weil Nahrung im Überfluss vorhanden ist, während unter anderen Umständen beleibte Menschen, die durch ihre Körperfülle Wohlgenährtheit signalisieren, als schön bezeichnet werden. Dafür gibt es unter anderen verschiedene Beispiele in afrikanischen Kulturen.

Im Zusammenhang mit verschiedenen Operationen wird häufig die Moral vorne angestellt. *«Herr Dr., wie können Sie das mit Ihrem Gewissen vereinbaren, wenn es doch anderen Menschen auf der Welt so schlecht geht.»* Der Ausdruck Moral wird sowohl deskriptiv (beschreibend) als auch normativ (wertend) verwendet. Beschreibend entspricht «Moral» etwa der «Sitte» im Sinne der tatsächlich herrschenden Normen des Handelns. Diese wird in unterschiedlichen Ländern zueinander aber auch innerhalb eines Landes regional unterschiedlich gehandhabt. In einem Kanton können andere moralische Vorstellungen herrschen als in seinem Nachbarkanton. Die wertende Verwendung bezieht sich hingegen auf die Normen und Werte, die gelten sollen beziehungsweise was moralisch gut ist.

## Moral und Schönheitsideale – und was macht die Ethik?

Um zwischen der Moral und Schönheitsidealen argumentieren zu können, muss der Begriff Ethik aufgenommen werden.

In der philosophischen Disziplin wurde der Begriff «Ethik» von Aristoteles eingeführt. Er meinte damit die wissenschaftliche Beschäftigung mit Gewohnheiten, Sitten und Gebräuchen (ethos), wobei allerdings schon seit Sokrates die Ethik ins Zentrum des philosophischen Denkens gerückt war. Aristoteles war der Überzeugung, menschliche Praxis sei grundsätzlich einer vernünftigen und theoretisch fundierten Reflexion zugänglich. Die Aufgabe der Ethik ist heute, Kriterien für gutes und schlechtes Handeln und die Bewertung seiner Motive und Folgen aufzustellen. Die Ethik baut allein auf das Prinzip der Vernunft. Darin unterscheidet sie sich vom klassischen Selbstverständnis theologischer Ethik, die sittliche Prinzipien als in Gottes Willen begründet annimmt. Die Ethik sucht nach Antworten auf die Frage wie in bestimmten Situationen gehandelt werden soll – also: «Wie soll ich mich in dieser Situation verhalten?» Die einfachste und klassische Formulierung einer solchen Frage stammt wiederum von Immanuel Kant: Was soll ich tun? Vom Arzt wird verlangt, nicht diese Frage in den Raum zu werfen, von ihm erwartet man Antworten.

Antworten bestehen in anwendbaren ethischen (beziehungsweise moralischen) Normen, die beinhalten, dass unter bestimmten Bedingungen bestimmte Handlungen geboten, verboten oder erlaubt sind. Die Ethik soll Hilfen für sittliche Entscheidungen liefern. Entscheidungen können nicht alleine durch die Ethik gemacht werden. Das ist Aufgabe der praktischen Urteilskraft und des geschulten Gewissens. Aristoteles ver-

gleichet dies mit der Kunst des Arztes und des Steuermanns. Diese verfügen über ein theoretisches Wissen, das aber situationsspezifisch angewendet werden muss. Entsprechend muss auch die praktische Urteilskraft allgemeine Prinzipien immer wieder auf neue Situationen und Lebenslagen anwenden. Damit spielt für die richtige sittliche Entscheidung neben der Kenntnis allgemeiner Prinzipien, die Schulung der Urteilskraft durch praktische Erfahrung eine wichtige Rolle.

## Was bedeutet «Ästhetik»?

Den Begriff Ästhetik nehme ich hier auf, um aufzuzeigen warum der Rekonstruktive Chirurg auch ein «Schönheitschirurg» und ein rein ästhetisch arbeitender Chirurg nicht immer ein Fachmann der Ästhetik ist.

Sinnliche Wahrnehmung war bis zum 19. Jahrhundert vor allem die Lehre der Schönheit. Alltagssprachlich wird der Ausdruck Ästhetik heute meist als Synonym für schön, geschmackvoll oder ansprechend verwendet. In der Wissenschaft bezeichnet der Begriff die gesamte Palette von Eigenschaften, die darüber entscheiden, wie Menschen Gegenstände wahrnehmen. Auch der Chirurg ist bloss ein solcher Mensch.

Dasselbe Ding kann unterschiedlich «scheinen». Nach einigen, insbesondere nach Immanuel Kants Auffassungen, entscheiden über ästhetische Bewertungen nicht einfach rein subjektive Kategorien wie «schön» und «hässlich», die wegen bestimmten Eigenschaften dem Gegenstand beigelegt werden. Entscheidend sei vielmehr die Art und Weise der Sinnlichkeit oder Sinnhaftigkeit.

Pythagoras versuchte, die «Schönheit» mathematisch zu bestimmen. Für Platon steht die Schönheit im Zusammenhang mit der «Richtigkeit» und «Gutheit». Das Schöne ist das Gute und Richtige, und für ihn ist es die Unsterblichkeit der menschlichen Seele. Darf sich der Chirurg davon leiten lassen? Platon greift die Gedanken Pythagoras und Sokrates auf, dass vor der Bindung der Seele an den Körper diese auch die Unschönheit erblicken konnte und Zeitlebens von der Idealvorstellung durchtränkt war.

So kann auch ein Kind ohne Belehrung sagen, was als schön zu betrachten ist. Aristoteles hat als wesentliches Merkmal der Schönheit die Präzision und Symmetrie herausgestellt, wobei als Asymmetrie die Persönlichkeit markiert wird. Auch hier die Frage: Darf sich ein Arzt heute von Aristoteles leiten lassen? U.a. stellte er spezifische Charakterformen bestimmten physiognomischen Merkmalen gegenüber:

- Hakennase bedeute Grossmut
- flache oxsenähnliche Nase sei ein Merkmal für Trägheit
- spitze Nase sei ein Zeichen von Jähzorn

Maler, Bildhauer und Künstler aller Epochen haben für ihre Werke den Menschen vermessen. So hat Leonardo da Vinci z. B. die Untergliederung des Gesichtes in drei Teile

erstellt. Auch Dürer hat erhebliche geometrische Vorarbeit geleistet, bevor er zur Tat schritt.

Obwohl die Beschreibung der Ästhetik umstritten ist – über Geschmack kann man streiten – so ist doch ein allgemeingültiges Harmoniebedürfnis gegeben, abgesehen von der Erziehung, dem Glauben, der Kulturzugehörigkeit und andern Einflüssen. Hier wieder das Beispiel eines Kindes, das Ihnen ohne Vorwissen sagen kann, was als schön oder unschön bezeichnet wird.

Hinsichtlich der optischen Merkmale wurde in einer Studie unter 10'000 befragten Männern eine Ratio (Verhältnis Taille/Becken) der weiblichen Taille von 75% im Verhältnis zur Hüfte als besonders attraktiv empfunden. Aus biologischen- und Verhaltensforschungsargumenten wird hier davon ausgegangen, dass die Harmonie über die Annahme einer besonders ausgeprägten Fruchtbarkeit und damit die positive Selektion der Arterhaltung erreicht wird. Greift der Chirurg mit seiner Fettabsaugung diese Argumentation auf?

In einer anderen Studie haben Versuchspersonen jene Männer und Frauen am attraktivsten gefunden, deren Beine fünf Prozent länger als der Durchschnitt waren. *«Lange Beine seien ein Zeichen für Gesundheit»*, und unbewusst suche der Mensch sich wohl eine Partnerin oder einen Partner aus, die oder der so gesund wie möglich sei.

Meine Zunft und ihre Techniken sind bereits sehr alt. Schon in der Entstehungszeit des Papyrus Edwin Smith, auch Wundenbuch genannt, um 1600 v. Chr., machten sich Chirurgen der Pharaonen in Ägypten darüber Gedanken wie sie nach Schnittwunden im Gesicht die Wundränder für eine ästhetische gute Abheilung adaptieren. Es wird davon ausgegangen, dass der Text dieser Abschriften bereits 3000 Jahre v. Chr. entstand. Auch wurden Nasenbeinfrakturen mit Einbringen zweier «fettgetränkter Leinenstöpsel» in die Nasenlöcher gerichtet. Ich möchte betonen, dass das Alter einer Methode nicht alle Mittel rechtfertigt.

Gegen Ende des 14. Jahrhunderts entwickelte die sizilianische Familie Branca eine operative Alternative zur Nasenrekonstruktion, den gestielten Armlappen (Distanzlappen). Nasenrekonstruktionen fanden in jenen Zeiten hauptsächlich bei duell- oder kriegsbedingten Verstümmelungen und beim syphilitischen Zerfall der Nase Anwendung. Tagliacozzi erlangte Weltruhm, indem er dieses Verfahren als «Italienische Methode» etablierte.

Trotz modernerer Techniken wird die Fernlappenplastik noch heute in abgewandelter Form und Anwendung zur Deckung von Weichteildefekten z.B. in Form des Leistenlappens durchgeführt.

Der katholischen Kirche sagte der Gedanke nicht zu, dass es möglich war, Stigmata der Syphilis zu beheben und damit wurden Tagliacozzis Neuerungen verbannt. Sie wurden als Einmischung des Menschen in die Domäne des göttlichen Strafgerichtes betrach-

tet. Erst durch die Ausbreitung der britischen Kolonialmacht in Indien wurde 1794 die Technik wiedergeboren. Einem indischen Ochsentreiber wurde, weil er im Dienste der Briten arbeitete und von Rebellen gefangen genommen, Nase sowie Hand abgeschlagen. Zwölf Monate später, wieder im britischen Dienst, wandte er sich an die Kaste der «Ziegelbrenner». Dort wurde ein Wachsmo­dell der Umriss­e der Nase auf der Stirn nachgezeichnet und entsprechend die Haut gelöst. Eine Verbindung wurde belassen und das Transplantat nach unten verlagert sowie geformt. Diese Technik wurde so wieder nach Europa exportiert, und ich wende sie persönlich mit wenigen Veränderungen noch heute an.

Nun da Schmerzen und Infektionen kontrolliert werden konnten, brauchte es noch die philosophische und gesellschaftliche Revolution der Aufklärung des 19. Jahrhunderts, die besagte, jeder Mensch könne sich in seinem Streben nach Glückseligkeit neu erschaffen. An dieser Stelle noch einmal das Zitat von Kant: «*Habe Mut, Dich Deines eigenen Verstandes zu bedienen*». Es waren nicht nur die technischen Innovationen sondern auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die die «Schönheitschirurgie» ins Leben riefen.

Vor allem konnten anatomische Studien, anfangs der Makroanatomie und später der Mikroanatomie, die Techniken der Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie revolutionieren, so dass heute Knochen, Muskeln, Sehnen und Nerven, also jedes Gewebe allein oder in Kombination mit seiner Blutversorgung, lokal- oder fernverlagert werden kann. Parallel entwickelte sich die Ästhetische Chirurgie weiter. Die erste Bauchwandstraffung wurde 1899 bei einer 129 Kilogramm schweren Frau durch den Chirurgen Howard A. Kelly in Baltimore, Maryland durchgeführt.

Das erste Face Lift wurde 1901 durch den deutschen Chirurgen und Kulturhistoriker Eugen Holländer an polnischen Aristokraten durchgeführt.

Die erste Geschlechtsumwandlung von Mann zu Frau wurde 1920 von Ludwig Levy Lenz und Felix Abraham, die beide am Institut für Sexualwissenschaften in Berlin arbeiteten, durchgeführt.

Bis es jedoch zum heutigen Standard kam, trugen leider vor allem der erste und noch viel mehr der zweite Weltkrieg bei. Im zweiten Weltkrieg starben 60 Millionen Menschen, die Anzahl der Verletzungen sind nicht zu erfassen. Vor allem Rekonstruktionen nach Verbrennungen und Weichteildefekten wurden in einer hohen Anzahl durchgeführt.

Ein weiterer Meilenstein war die Einführung der Mikrochirurgie in den 70er Jahren. Von nun an konnten mit Lupen-Brillen und Mikroskopen Gewebe aller Lokalisationen an das Blutsystem, auch mit Gefäßen kleiner als ein Millimeter, wieder angeschlossen werden.

In den 70er und 80er Jahren wurde aber auch gelernt, dass nicht jeder replantierte Finger oder jede Extremität auch funktionsfähig und ein Segen für die Patientin oder den

Patienten waren. Es kam zu Indikationseinschränkungen, die abhängig waren vom Alter, Beruf und Nebenerkrankungen. Bis zum heutigen Tag ist die Diskussion des «technisch Machbaren» und «Sinnvollen» beziehungsweise «Vertretbaren» nicht nur in der Ästhetischen sondern auch in der Rekonstruktiven Chirurgie sehr ausgeprägt, beispielsweise die aktuell stark diskutierten Hand- und Gesichtsreplantation. Technisch ist es für uns kein grosses Problem, eine Hand oder ein Gesicht eines Organspenders oder einer Organspenderin zu transplantieren. Durch die notwendige Immunsuppression, also dem Ausschalten der körpereigenen Immunabwehr, müssen wir uns der ethischen Frage unterziehen: Dürfen wir – bei einer fast 100%igen Sicherheit – die Patientin oder den Patienten aufgrund dieser Medikamente einem Tumorleiden aussetzen? Oder wenn ich z.B. einem Fotomodel, das sich beim Anleinen einer Motoryacht den Mittelfinger amputiert hat, diesen replantiere, obwohl ich vorher weiss, dass das Ergebnis funktionell schlecht wird und dass sie ohne den Mittelfinger komplett funktionsfähig sein könnte und der Eingriff aus rein ästhetischer Indikation erfolgt.

In diesem Zusammenhang möchte ich einen Auszug aus dem Eid des Hippokrates, den wir Ärzte leisten, lesen:

*«Ich schwöre und rufe Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygeia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde. Ich werde den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich meinen Eltern achten, ihn an meinem Unterricht teilnehmen lassen, ihm wenn er in Not gerät, von dem Meinigen abgeben, seine Nachkommen gleich meinen Brüdern halten und sie diese Kunst lehren, wenn sie sie zu lernen verlangen, ohne Entgelt und Vertrag. Und ich werde an Vorschriften, Vorlesungen und aller übrigen Unterweisung meine Söhne und die meines Lehrers und die vertraglich verpflichteten und nach der ärztlichen Sitte vereidigten Schüler teilnehmen lassen, sonst aber niemanden. Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden. Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben. Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die dieses Handwerk ausüben. In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was ich bei der Behandlung oder auch ausserhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiter reden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren. Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst voranzukommen, indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und breche, so geschehe mir das Gegenteil.»*

In Zukunft wird das Forschungsgebiet des «Tissue Engineerings» mehr Einfluss auf unser Gebiet nehmen. Es ist bereits heute möglich, jedes Gewebe aus entsprechenden Zellen dieser Gewebeart oder aus der Vorstufe sogenannter Stammzellen zu kultivieren.

Aus einer eigenen experimentellen Arbeit konnte ich im Tiermodell neue Gelenke aus Knorpelzellen, die auf einem Träger kultiviert wurden, herstellen.

Wie sieht unser Alltag heute aus? Im Krankenhaus besteht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Therapie von Tumoren und Weichteildefekten. Direkt zugewiesen werden uns plastische und ästhetische Belange, Verbrennungen, Missbildungen und handchirurgische Probleme.

Es gibt für mich grosse Unterschiede in der Wahrnehmung von Wünschen. Unsere Wahrnehmungen führen sowohl im Zwischenmenschlichen als auch in uns zu grossen Leistungen, aber auch zu Absurditäten. Dies sowohl im privaten als auch im beruflichen Leben. Auch wenn ich jeden Menschen ernst nehmen will, muss ich mich von grotesken Möglichkeiten distanzieren. Wer in diesen Fällen eine Gefahr für die Patientin oder den Patienten ist – sie oder er für sich selbst oder für den Chirurgen, möchte ich im Raum stehen lassen. Leider weiss ich, wenn meine Kollegen und ich eine Patientin oder einen Patienten abweisen, wird sie oder er jemanden finden, der bereit ist zu operieren. Dennoch möchte ich diese Fälle als grosse Ausnahme sehen und mein Fach daran nicht messen lassen.

## Zusammenfassung

Fast 11.5 Millionen kosmetisch-chirurgische und nichtchirurgische Eingriffe (dazu zählen Botox, Filler, Laserbehandlungen) wurden 2004 in den Vereinigten Staaten durchgeführt, so die Amerikanische Gesellschaft für ästhetische-plastische Chirurgie (ASAPS). Verglichen zu 2004 haben die rein chirurgischen Eingriffe im 2005 um 1% auf 2.1 Millionen Eingriffe zugenommen. Fast jede/r 4. Deutsche (genau 24%) ist mit seinem oder ihrem Körper unzufrieden und würde sich einer Schönheitsoperation unterziehen. Ca. 200'000 rein ästhetische Operationen wurden 2005 in Deutschland durchgeführt. Die beliebtesten Wunschkorrekturen sind Fettabsaugungen, Brustoperationen, Nasenkorrekturen. Altern ist schleichend, Missbildungen und Unfälle sind plötzlich da. In der Ästhetischen Chirurgie kommt die Patientin oder der Patient oftmals zum Arzt oder zur Ärztin, obwohl sie oder er – aus traditioneller Sicht – es auch bleiben lassen könnte. Vielleicht sieht sie oder er auch den Chirurgen als Lösung für ihr oder sein persönliches und berufliches Unbehagen. Das macht die Legitimierung für einen Eingriff nicht einfacher, denn in der ästhetischen Chirurgie lässt sich die Indikation eines Eingriffes nicht immer objektiv für alle verifizieren. Kann da genügend Boden für eine «erlaubte» Körperverletzung sein, die das Ziel hat «Gutes» zu tun?

Ich kenne Patientinnen und Patienten, die mit schweren Entstellungen bestens durchs Leben gehen, andere leiden an minimalen Defekten, Asymmetrien etc. und verfallen in eine soziale Isolation. Die Frage ob ein chirurgischer Eingriff seelisches Leiden lindern kann, kann mit Ja» beantwortet werden. Den Schluss daraus zu ziehen, dass es eine «Psychiatrie mit dem Skalpell» gibt, ist nicht erlaubt. Umfangreiche freiwillige Studien an Strafgefangenen bei denen «so genannte» sozial isolierende Mängel beseitigt wur-

den, haben nicht zu einer Senkung der Rückfallquote geführt. Sicher ist, dass ästhetische Operationen mehr Selbstsicherheit geben. Stützt sich ein Mensch aber auf einen körperlichen Mangel und begründet sein gesamtes Verhalten durch diesen und operiert man diesen Mangel weg, kann durch den Wegfall dieser Stütze die Patientin oder der Patient zusammenbrechen.

An dieser Stelle möchte ich wahrscheinlich einen der wichtigsten Punkte ansprechen und zwar den der möglichen Risiken und Komplikationen. Immer wenn ein Chirurg sagt, das operieren wir ja täglich, da wird nichts passieren – dann lügt er. Es besteht immer die Möglichkeit einer Nachblutung, einer Infektion, eines Gefässverschlusses mit Thrombosen und Embolien, einer Wundheilungsstörung oder einer unschönen Narbenbildung. Die Liste kann ich hier nicht vollständig aufführen, da sie sehr von der Art der Operation, dem Alter der Patientin oder des Patienten, Nebenerkrankungen usw. abhängig ist. Es muss durch den Operateur und ggf. Anästhesisten eine Aufklärung der möglichen Komplikationen vorgenommen werden. Operieren oder nicht operieren. Stimmt die Ausbildung, Erfahrung, Verantwortung und Kompetenz allgemeingültiger Entscheidungskriterien des menschlichen Handelns vom Chirurgen, dann könnte unter Hinzunahme der folgenden Gedanken eine Antwort gefunden werden:

#### **Sechs Gedanken zur Urteilsfähigkeit der Patientin oder des Patienten**

- Was erwartet die Patientin/der Patient von einem Eingriff? Fühlt sie/er sich durch Dritte (Sexualpartner/in) zur Operation gedrängt?
- Hat sie/er eine zutreffende Vorstellung von den Möglichkeiten, aber auch von den Grenzen einer operativen Behandlung?
- Ist ihr/ihm klar, dass auch ein Misserfolg möglich ist oder Nachoperationen notwendig werden können?
- Kennt sie/er die Bedeutung der postoperativen Behandlung, die Zeitdauer der postoperativen Phase und die Kosten?
- Weiss sie/er, dass die meisten plastisch-chirurgischen Eingriffe Verbesserung zum Ziel haben und nicht Perfektion?
- Ist sich die Patientin/der Patient ihrer oder seiner Motive bewusst und bereit, sie offen mit dem Operateur oder der Operateurin zu diskutieren?



Vaduz | 10. November 2010

«Älter werden – lebendig bleiben»

# Liechtenstein



## Der Die Das Alter – Geschlecht als Einflussfaktor für die Gesundheit im Alter von Frauen und Männern

Univ. Prof. Dr. Éva Rásky, Master of Medical Education,  
Medizinische Universität Graz

In diesem Artikel setze ich mich mit Determinanten der Gesundheit, mit Geschlecht als Strukturkategorie, dem Unterschied zwischen Sex und Gender sowie mit Geschlechter- und Gesundheitsdifferenzen im Alter(n) auseinander.

Meist steht die demografische Entwicklung im Mittelpunkt der Diskussionen über das Alter(n). Die Zahl an höher altrigen Frauen und Männern wächst und wird als die grosse Herausforderung für die Gesellschaft gesehen, nicht zuletzt deshalb, weil damit ein sehr hoher Pflegebedarf für die Zukunft prognostiziert wird. Dieser Theorie der Annahme einer Expansion von Krankheit und Einschränkungen steht die Kompressionstheorie gegenüber (Fries 1980). Beide Annahmen sind gut begründbar und empirisch nicht belegt. Die derzeit vorhandenen Daten über die Gesundheit der Bevölkerung werden heute von Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern eher im Sinne der Kompressionstheorie gedeutet, die von der Annahme einer tendenziellen Verbesserung der Gesundheit der älteren Bevölkerung in den Industrienationen ausgeht.

Die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung kann durch gesundheitsförderliche Massnahmen noch unterstützt werden, meinen Public-Health-Expertinnen und -Experten. Interventionen in der Zielgruppe beeinflussen die gesundheitlichen Determinanten und verbessern so die Gesundheit von älteren und alten Frauen und Männern. Individuell geht es darum, die Selbsthilfefähigkeiten von Frauen und Männern zu stärken, aber es sind auch strukturelle Massnahmen zu setzen, z. B. die Sicherheit für ältere Menschen im öffentlichen Raum zu erhöhen.

Bedeutung für die Gesundheit von Älteren und Alten haben umweltbezogene Faktoren wie biologische (z. B. Infektionserreger), erwerbsarbeitsbedingte, die eine langzeitliche Wirkung haben (z. B. Belastungen durch Stress oder durch Gifte wie Asbest) und physikalisch-technische Einflussgrössen (z. B. Kälte, Staub, Strahlen); die politische Lage wie innerer und äusserer Frieden, Machtstrukturen und soziale Gerechtigkeit, Möglichkeit der demokratischen Meinungsäusserung und das Ausmass der politischen Partizipation in der Gesellschaft; die rechtlichen Rahmenbedingungen wie gesetzliche Bestimmungen, sozialpolitische Rahmenbedingungen wie Pensionsrecht; demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Zivilstand, Bildung, Kinderzahl, Alter der Kinder, im Haushalt lebende Personen, z. B. auch pflegebedürftige Personen – insgesamt sind dies also sehr komplexe Einflussfaktoren. Des Weiteren sind ökonomische, soziale und psy-

chische Faktoren für die Gesundheit von Individuen von Bedeutung. Gesundheitsfördernd ist es, ökonomisch gesehen, eine Pension zu erhalten, genügend materielle Ressourcen zur Verfügung zu haben und die Möglichkeit, während des Arbeitslebens Güter und Besitz zu erwerben. Der Familienstand als sozialer Einflussfaktor kann durch die Verantwortung für Kinder, durch soziale Unterstützung, die häusliche Arbeitssituation, die sozialen Aktivitäten und die Fähigkeit zur Rollenflexibilität belastende und entlastende Wirkungen haben. Individuelle Bewältigungsfähigkeiten und Lebensweisen sind in diesem Zusammenhang als persönliche Ressourcen zu sehen. Aber auch die physische Konstitution, das Mass an Einschränkungen durch Krankheit und Behinderung, psychische Einflussgrößen, Persönlichkeit, Selbstkonzept, Selbstwert, prägende Einflüsse wie z. B. Krankheitserfahrungen, aber auch der Spielraum an Handlungsmöglichkeiten und Rollen, psychosoziale Strategien und Ressourcen sowie seelische und religiöse Faktoren beeinflussen die Gesundheit von Frauen und Männern.

## Geschlecht als Strukturkategorie und Gesundheitsdeterminante

Konzentrieren möchte ich mich auf die soziale Gesundheitsdeterminante Geschlecht. Geschlecht stellt ein fundamentales Ordnungsprinzip in unserer Gesellschaft dar. Es ist in unserer Gesellschaft ein Merkmal, das über Lebenschancen entscheidet: *«Auf Kosten der Frauen verteilt der patriarchalische Staat das von beiden Geschlechtern gemeinsam Erwirtschaftete, <en detail> an Frauen und <en gros> an die Männer»* (Schwarzer 1988). Frau- oder Mannsein weist uns in der Gesellschaft eine bestimmte Stellung in der Arbeits- und Lebenswelt zu. Die Segregation der Arbeitswelt und die entsprechenden Berufswünsche der Jugendlichen – weibliche Jugendliche wollen Bürokräfte werden, männliche Jugendliche Mechaniker – weisen darauf hin, wieweit auch heute noch diese Segregation als «natürlich» gesehen und akzeptiert wird.

Unterschieden wird zwischen biologischem und sozialem Geschlecht, zwischen Sex und Gender. Sex markiert den körperlich-biologischen Unterschied zwischen Frauen und Männern, z. B. in der Anatomie, in der Physiologie, in der Reproduktionsfähigkeit und sogar auf zellulärer Ebene – «every cell is sexed.» Gender markiert den sozialen Unterschied, der sozial konstruiert und über die Sozialisation als erworben gilt, z. B. die Rolle der Frau als Sorgende, die Rolle des Mannes als Familienerhalter, d. h., «every person has a gender.» Diese Zuschreibung, das Annehmen der gesellschaftlich konstruierten und zugewiesenen Rolle wie auch ihre tägliche Konstruktion (das «Gendern») bedingt, dass heute die Angehörigenpflege zu 80% durch Frauen erfolgt und Männer in der Pension sich oft schwer tun, sich zu beschäftigen, da sie sich über den Beruf definiert haben.

Am Beispiel des Zigarettenrauchens und der Entstehung von Lungenkrebs möchte ich verdeutlichen, dass die Zuordnung Sex oder Gender nicht immer einfach ist. Sie ist aber wichtig, um effiziente Interventionen zu setzen:

- Nimmt man die Zahl der gerauchten Zigaretten, so ist in jeder dieser Gruppen – differenziert über die Anzahl der gerauchten Zigaretten – das Risiko an Lungenkrebs zu sterben bei Frauen höher als bei Männern: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten?
- Die Lungenkrebshäufigkeit in industrialisierten Ländern sinkt bei Männern und steigt bei Frauen, was auf veränderte Rauchverhalten von Männern und Frauen zurückgeführt wird: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten?
- Frauen erkranken häufiger an Lungenkrebs eines bestimmten Gewebetyps, an Adenokarzinomen, als Männer: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten?
- Im Hinblick auf die Empfindlichkeit des Lungengewebes gegenüber Rauch gilt, dass das weibliche gegenüber dem männlichen empfindlicher ist: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten?
- Was die Motivation zu rauchen betrifft, so mildern Frauen Stresssituationen häufiger durch Rauchen ab als Männer: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten?
- Mit dem Rauchen aufzuhören fällt Frauen schwerer als Männern: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten?
- Frauen rauchen eher «leichtere», Männer eher «stärkere» Zigaretten. Frauen machen dabei tiefere Lungenzüge als Männer, dadurch entstehen und entwickeln sich unterschiedliche Lungenkrebsarten bei Frauen und Männern: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten?
- Frauen arbeiten häufiger auf Arbeitsplätzen mit Rauchverbot, dadurch rauchen sie häufiger als Männer die Zigaretten schnell vor der Tür: Ist die Ursache als biologisch oder sozial zu werten? (Payne 2001).

Differenziert man Geschlecht nach biologischen und sozialen Faktoren, dann ergibt sich ein sehr vielfältiges Bild von ganz unterschiedlichen Frauen und Männern, die sich jeweils im Alter, in der Grösse, im Gewicht, im Gesundheitszustand, bei Erkrankungen, in Behinderungen, in der Pflegebedürftigkeit unterscheiden und auch in sozialen Faktoren wie Zivilstatus, Lebensgemeinschaft, Kinder (Anzahl, Alter), Wohnsituation, Erwerbstätigkeitsstatus, sozioökonomischer Status, Ethnie, Religionszugehörigkeit, sexuelle Orientierung, soziale Netzwerke und Lebensphase.

Das heisst, viele Faktoren beeinflussen die Gesundheit von Männern und Frauen. Frauen und Männer unterscheiden sich als Gruppen und in diesen Gruppen nach solchen sozialen Faktoren. Entsprechend differenziert ist die Wahrscheinlichkeit einer Frau oder eines Mannes gesund zu sein, zu werden oder zu bleiben.

## **Geschlecht – Alter – Gesundheit**

Wie beim Geschlecht kann auch in Bezug auf das Alter und auf die Gesundheit jeweils eine biologische oder eine soziale Sichtweise eingenommen werden. Wie bereits ausgeführt, wäre der biologische Bezug beim Geschlecht z.B. die Ausprägung der primären Geschlechtsmerkmale (auf die Intersexualität gehe ich in diesem Artikel nicht ein). Im Altern wirken die Alternsprozesse, die zu körperlichen Veränderungen und Funk-

tionseinschränkungen führen, z.B. Hautveränderungen oder nicht mehr selbstständig einkaufen gehen zu können. Auf die Gesundheit bezogen hiesse das, gesund oder krank zu sein. Festzumachen ist dies aus medizinischer Sicht anhand von Parametern oder mittels diagnostischer Verfahren, die eine Krankheit anzeigen, z. B. Lungenentzündung im Röntgenbild.

Betrachtet man diese drei Entitäten Geschlecht, Alter und Gesundheit unter soziokultureller Perspektive, dann ist der Untersuchungsgegenstand die «Weiblichkeit/Frausein» und die «Männlichkeit/Mannsein». Dem biologischen Geschlecht entsprechend werden dem Mann, der Frau gesellschaftlich konstruierte Verhaltensweisen und Rollen zugeschrieben und es wird erwartet, dass sie diese jeweils erfüllen. Die Fähigkeit, unterschiedliche Rollen einzunehmen, eine Rollenflexibilität, hat gesundheitsförderliche Wirkung. Als soziokulturelle Konstruktion ist das heute oft noch dominierende Defizitmodell zu sehen. Die «Biomedikalisierung des Alterns» (Estes & Binney 1989) sieht Alter(n) ausschliesslich als physischen Abbau mit der Notwendigkeit medizinischer Interventionen. Alter(n) wäre daher eine Domäne der Medizin. Unterstützt wird dies durch die Tabuisierung und Stereotypisierung des Alters. Der sogenannte «Ageism» (Butler 1969), die Diskriminierung aufgrund des Alters hat die Reduzierung der Teilhabemöglichkeiten und der Zuteilung materieller Güter zur Folge. Für diese Tabuisierung spricht, dass es noch immer blinde Flecken in Hinsicht auf die Lebensgewohnheiten, Wünsche, Vorstellungen und Behinderungen im Alltag von alten Frauen und Männern sowie von Hochaltrigen und Langlebigen in unserer Gesellschaft gibt, obwohl in den letzten Jahren ein Wandel stattgefunden hat. Alter(n) wird nun vor allem in der Gerontologie eher als ein Prozess mit hoher Stabilität und Kontinuität beziehungsweise als ein Entwicklungs- und Gestaltungsprozess gesehen.

Aus einer soziokulturellen Perspektive ist Gesundheit als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu betrachten, in dem auf unterschiedlichen Ebenen gesundheitsbeeinflussende Faktoren wirken und Frauen und Männer unterschiedlich beeinflussen können. Schicht- und geschlechterspezifisch werden «somatische Kulturen» unterschieden: das instrumentelle und das reflexive Gesundheitsverhalten (Boltanski 1976). Zum einen das Verhalten, das den Körper als Instrument wahrnimmt und zum anderen jenes, das sich mehr auf den Körper besinnt und vorsichtiger mit ihm umgeht.

## Alter(n)

Altern wird als kontinuierlicher Prozess gesehen, in dem zunehmend die körperliche Leistungs- und Anpassungsfähigkeiten zurückgehen. Die Unterscheidung zwischen «normalen» Alter(n)sprozessen und «pathologischen», die einen Krankheitswert haben, ist schwierig.

Politische, kulturelle, ökonomische und soziale Aspekte wie Altersstereotypen, soziale und gesellschaftliche Wertschätzung, die Zuteilung an materiellen Gütern und Teilhabemöglichkeiten bestimmen das Alter(n) wesentlich. Studien zeigen, dass körperliche Ak-

tivität und Zuwachs an Wissen, Erfahrungen und Handlungskompetenz lange erhalten bleiben, wenn in früheren Jahren beides bereits eingeübt wurde (Kruse 2007). Gesellschaftlich gewinnt dieser Zugang immer mehr an Bedeutung. Als einen Hinweis könnte man werten, dass von einer Expertinnen- und Expertengruppe «Nicht-Krankheiten» definiert wurden und hierbei Altern angeführt wurde. Unter solchen «non-diseases» werden Phänomene verstanden, die als medizinische Zustände definiert werden, obwohl die Betroffenen eine bessere Prognose hätten, wenn das Problem nicht in dieser Weise definiert worden wäre. In dieser Liste werden – neben dem Altern – folgende weitere Phänomene angeführt: Arbeit, Langeweile, Tränensäcke unter den Augen, Ignoranz, Glatze, Sommersprossen, grosse Ohren, graues oder weisses Haar, Hässlichkeit und Geburt (Smith 2002).

Auch die Bevölkerungsgruppe der «Alten» ist nicht homogen. Unterschieden wird über das chronologische Alter: junge Alte: < 65 Jahre; ältere Alte: > 65 Jahre; alte Alte: > 75 Jahre; Hochbetagte, sehr Alte: > 85 Jahre; Langlebige: > 100 Jahre. Das chronologische Alter muss mit dem biologischen Alter nicht übereinstimmen. Hier gibt es sogar intra-individuelle Unterschiede. Es kann z. B. jemand eine «alte Haut» haben und ein «junges Herz». Nicht immer ist ein objektivierbarer Befund mit einer Funktionseinbusse verbunden, d. h. eine Diagnose allein verhilft oft gar nicht dazu, einschätzen zu können, wie hoch die damit verbundenen Funktionseinschränkungen sind. Die Weltgesundheitsorganisation (2001) hat in ihrer neuen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit dem Rechnung getragen. Denn es ist ein Unterschied, ob jemand bei einer bereits vorher bestehenden Erkrankung des Armes mit Funktionseinschränkungen eine Schulterverletzung hat, ob er/sie eine Unterstützung zu Hause hat oder alleine lebt und welche Arbeiten er/sie zu verrichten hat. Abhängig von diesen Komponenten wird er/sie selbst die Funktionseinbussen im Alltag einordnen. Abhängig davon werden dann die Rehabilitationsmassnahmen spezifisch gestaltet.

## Gender und Alter

In der genderbezogenen Alter(n)sforschung sind folgende Entwicklungsstufen zu beobachten, die jeweils in den wissenschaftlichen Arbeiten repräsentiert sein können:

- Der sogenannte «Add women»-Ansatz: Dieser Forschungsansatz geht von den männlichen Lebensverhältnissen als Norm aus, die Lebenssituation der Frauen wird als davon abweichend beforscht.
- Der «additive» Ansatz: Geschlecht wird als demografische oder deskriptive Variable neben anderen Variablen in die Forschung aufgenommen, Geschlecht wird aber nicht als wesentliches Strukturelement von Gesellschaften und Identitäten gesehen.
- «Gender als typisches Frauenthema»: Die Geschlechterforschung wird mit der Frauenforschung gleichgesetzt, die sich mit Frauen als gesellschaftlich benachteiligte Gruppe auseinandersetzt.
- Der «Gender Lens on Ageing» - oder «Ageing Lens on Gender» - Ansatz: Dieser sieht «Ageing as Gendered Process», d. h. Geschlecht ist in dieser Sichtweise eingebettet

in soziale Beziehungen und das auf jeder Ebene, in individuellen Interaktionen bis zu institutionellen und strukturellen Prozessen. Die Frage ist: Wie bestimmen Geschlechterstrukturen das individuelle Altern und die öffentliche Wahrnehmung? (Calasanti & Slevin 2001).

Folgende Fragestellungen zu Alter(n) und Gender sind nach dem Ansatz «Gender Lens on Ageing» möglich: Erleben und erfahren Frauen und Männer Alter(n) gleich oder unterschiedlich? Gibt es geschlechterspezifische Altersidentitäten? Gibt es eine kumulative Benachteiligung von Frauen/von Männern im Alter? Wie sehen Entwicklungsaufgaben, Bewältigungsressourcen von Frauen/von Männern im Alter(n) aus? Welche Ursachen haben die Geschlechterstereotype, die Doppelmoral in der Bewertung des Alter(n)s von Frauen und Männern, der «double standard of aging» (Sontag 1972): «Männer werden reifer, Frauen werden alt»?

## Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als «den Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheiten oder Behinderung» (World Health Organization 1946). Dieses Gesundheitskonzept umfasst neben den körperlichen auch psychische und soziale Momente und wendet sich gegen eine rein medizinische Sicht. Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit steht im Vordergrund, sie wird als Möglichkeit zu selbstbestimmter Arbeits-, Genuss- und Liebesfähigkeit gesehen und nicht nur als Erfüllung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen.

### Gesundheit und Alter

Die Gesundheitsdimensionen im Alter sind:

- Krankheiten und Krankheitssymptome
- Funktionaler Status
- Persönlich zufrieden stellende Lebensgestaltung
- Bewältigen von Belastungen und Krisen
- Medizinisch-pflegerische Unterstützung
- Soziale Unterstützung

Frauen und Männer werden in unterschiedlichen Kontexten alt. Diese erlauben es auf unterschiedliche Weise den Alter(n)sprozess zu gestalten und sich effektiv mit Problemen, Aufgaben und Herausforderungen auseinanderzusetzen. Sehr oft erfolgt eine Konzentration auf die weiblichen Lebenslagen, Problemkonstellationen, Entwicklungsprozesse «Gender als Frauenthema». Ursache sind die soziostrukturellen Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern, z. B. die Zahl der verwitweten Frauen, die im Gegensatz zu den gleichaltrigen verwitweten Männern weniger oft nochmals heiraten, die niedrigeren Bildungsabschlüsse der Frauen in dieser Altersgruppe, die Phasenerwerbstätigkeit (Erwerbsarbeit – Kinder – Erwerbsarbeit) dieser Alterskohorte, die über

das bestehende Rentenrecht, das auf durchgehende Erwerbsbiografien abzielt, zu Einkommenseinbussen und Armut von Frauen führen kann.

Das Gender-Paradox spricht allgemein das Phänomen an, dass Frauen im Alter häufiger über Symptome klagen, häufiger krank sind und Funktionseinbussen haben als Männer, dass Frauen aber länger leben (Riley 1990). Erklärt wird dies damit, dass Männer risikoreicher leben, Erkrankungen haben, an denen sie sterben und Frauen sich ihre längere Lebenszeit mit funktionellen Einschränkungen erkaufen (Schaefer & Lademann 2010). Es werden vier Ursachen für die höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber den Männern angeführt (Nathanson 1990):

- Biologische Faktoren wie Chromosomen, Hormone
- Verhaltensfaktoren wie Risikoverhalten
- Umwelteinflüsse wie arbeitsbezogene Gefährdungen
- Soziokulturelle Bedingungen wie Zufriedenheit mit der Geschlechtsrolle, Zivilstatus, Arbeitsbedingungen, Familienarbeit

Die Themenstellungen, die zum Alter und zur Gesundheit aus der Perspektive der Geschlechterforschung diskutiert werden, sind:

- Umkehr der Geschlechterrollen im Alter: Feminisierung von Männern, Maskulinisierung von Frauen
- Alterseingeschlechtlichkeit: Annäherung der Geschlechter, strukturelle Feminisierung und Androgynität
- Gelingendes Einbeziehen gegengeschlechtlicher Merkmale und Kompetenzen in das eigene Verhaltensrepertoire als Frau und als Mann (Lademann 2006).

Ein grosses Repertoire an Rollen zu haben, wird in den Gesundheitswissenschaften als gesundheitsförderliche Ressource gesehen (Lahelma et al. 2002).

Die Ziele einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung im Alter müssten daher auf folgende Elemente abzielen (Perrig-Chiello et al. 2006, Perrig-Chiello & Hutchison 2010):

- Erhaltung der kognitiven Fähigkeiten
- Erhaltung der Mobilität
- Erhaltung der Umwelt- und Selbstkontrolle
- Erhaltung der sozialen Integration

D.h. individuelle und strukturelle Interventionen zu setzen, die die Vorbeugung von Verschlechterung, von Gefahrenaufkommen, von unkalkulierbaren Risiken für geistige und körperliche Fähigkeiten, von Desintegration und von unnötigen Leiden bewirken.

## Fazit

Die soziale Determinante Geschlecht ist in der Gesundheitsförderung und in der Gesundheitsversorgung unbedingt zu berücksichtigen. Fundiertes Wissen besteht darüber

wie die Gesundheit von älteren und alten Frauen und Männern erhalten werden kann und welche Massnahmen in welcher Weise zur geschlechtergerechten Gesundheitsförderung im Alter beitragen, um effektive Wirkung zu erzielen. Bildlich gesprochen: Die Leiter steht bereit – es dürfte uns nicht schwerfallen, die Mauer zu überwinden.

## Literatur

Boltanski Luc (1976). Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper Dietmar, Rittner Volker (Hg.). Zur Geschichte des Körpers. Wien, München: Hanser, 138–183.

Butler Robert N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. In: *The Gerontologist* 9: 243-246.

Calasanti Toni M., Slevin Kathleen F. (2001). Gender, social inequalities, and aging. Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 13–49.

Estes Carroll L., Binney Elizabeth A. (1989). The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. In: *The Gerontologist* 29: 587–596.

Fries James F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. In: *New England Journal of Medicine* 303: 130–135.

Kruse Andreas (2007). Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. In: Hurrelmann Klaus, Klotz Theodor, Haisch Jochen (Hg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber, 81–91.

Lademann Julia (2006). Gesundheitsförderung und Prävention für Frauen und Männern im Alter: Möglichkeiten und Defizite. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 24: 56-70.

Lahelma Eero, Arber Sara, Kivelä Katariina, Ross Eva (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. In: *Social Science & Medicine* 54: 727–740.

Nathanson Constance A. (1990). The gender-mortality differential in developed countries: demographical, sociocultural dimensions. In: Ory Marcia G, Huber R Warner (eds). *Gender, health, and longevity: multidisciplinary perspectives*, New York: Springer, 3–23.

Payne Sarah (2001). Smoke like a man, die like a man? A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. In: *Social Science and Medicine* 53(8): 1067–1080.

Perrig-Chiello Pasqualina, Hutchison Sara (2010). Health and well-being in old age: the pertinence of a gender mainstreaming approach in research. In: *Gerontology* 56(2): 208–212.

Perrig-Chiello Pasqualina, Perrig Walter J., Übelbacher Andreas, Stähelin Hannes B. (2006). Impact of physical and psychological resource on functional autonomy in old age. In: *Psychol Health Med* 11(4): 470–482.

Riley Matilda White (1990). Foreword: The gender paradox. In: Ory Marcia G, Huber R Warner (eds). *Gender, health, and longevity: multidisciplinary perspectives*, New York: Springer, xxiii–xxix.

Schaefer Ina, Lademann Julia (2010). Frauen leben länger – haben sie auch etwas davon? Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kolip Petra, Lademann Julia (Hg.). *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem*. Weinheim: Juventa, 161–183.

Schwarzer Alice (1988). *Der kleine Unterschied und seine grossen Folgen*. Berlin: S. Fischer.

Smith Jacqui, Baltes Margret M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life pattern. In: *Psychology and Aging* 13: 676–695.

Smith Richard (2002). In search of «non-disease». In: *Brit Med J* 324: 883–885.

Sontag Susan (1972). The double standard of aging. In: *Saturday Review of Literature* 39, 29–38.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO ([http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf); Stand: [02.12.2010]).

## Internet

RKI. Gesundheit und Alter;  
[http://www.rki.de/cln\\_169/nn\\_204544/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter\\_\\_gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/alter\\_gesundheit.pdf](http://www.rki.de/cln_169/nn_204544/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter__gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/alter_gesundheit.pdf) [Stand: 02.12.2010].

## Wie kluge Frauen alt werden

Dr. phil. Heidi Witzig

Frau Dr. phil. Heidi Witzig referierte über ihr Buch «Wie kluge Frauen alt werden. Was sie tun und was sie lassen».

Dieses Buch verdankt sein Entstehen meinen eigenen positiven Erfahrungen mit dem Älterwerden. Als freischaffende Historikerin mit dem Jahrgang 1944 interessierten mich die Erfahrungen anderer beruflich und gesellschaftlich engagierter Frauen: Wie erlebten sie ihren Eintritt ins Alter, und wie fühlen sie sich körperlich und seelisch mit 70, 80, 90? Dazu kam ein gesellschaftliches Interesse. Es war mir in den letzten Jahren aufgefallen, wie breit und vielfältig Fachfrauen ihr eigenes Altern thematisierten, allen voran Psychologinnen und Philosophinnen. Die Propagierung positiver Altersleitbilder für Frauen fiel ins Auge, schon bei Titeln wie z. B: «Wenn ich einst alt bin, trage ich Mohnrot» (Elisabeth Schlumpf), «Wer loslässt, hat die Hände frei. Ein Buch für Frauen, die noch viel vorhaben» (Katrin Wiederkehr), «Tritt einen Schritt zurück und du siehst mehr» (Eva Jaeggi). Die Frage lag nahe, ob feministisch engagierte Frauen, die schon früher immer um Definitions- und Gestaltungsmacht in ihren jeweiligen Situationen gerungen und ihre Frauenbilder propagiert hatten, dies nun im Alter wiederholten.

Ich befragte vor einigen Jahren zehn Frauen, geboren zwischen 1917 und 1944: Marthe Gosteli, Gründerin des Archivs zur Geschichte der schweizerischen Frauenbewegung (1917), Aline Boccardo, Gründerin der «Frauen für den Frieden» (1920), Eva Renate Schmidt, Theologin und Organisationsberaterin (1929), Hanna Gagel, Kunsthistorikerin (1935), Alexa Lindner, Informatiklehrerin (1936), Liliane Späth, Polsterin und Innendekorateurin (1939), Verena Müller, Historikerin, Redaktorin (1940), Reinhild Traitler, Studienleiterin (1940), Julia Onken, Gründerin Frauenseminar Bodensee und Autorin (1942), Regina Wecker, Professorin für Frauen- und Geschlechtergeschichte, Universität Basel (1944). Wichtige Kriterien bei der Auswahl waren: ein jahrzehntelanges Engagement für Frauenanliegen, in welchem gesellschaftlichen und politischen Kontext auch immer sowie die Tätigkeit in Frauengruppen oder/und in der Frauen- und Erwachsenenbildung der deutschen Schweiz. Die Hälfte der Frauen wuchs in Deutschland oder Österreich auf und kam erst im Erwachsenenalter in die Schweiz. Dies ist wahrscheinlich typisch für die internationale Vernetzung und die Kleinräumigkeit der Schweiz. Die Auswahl ist selbstverständlich nicht repräsentativ.

Das Buch ist thematisch gegliedert; die Porträts folgen nicht einfach aufeinander. Der erste Teil beschäftigt sich mit dem **heutigen und früheren Arbeitsengagement** der Frauen. Arbeit als Tätigkeit zum Geldverdienen und/oder im Ehrenamt, Arbeit als Erfahrung von Zusammenarbeit, Austausch oder Konkurrenz, mit Frauen wie auch mit Männern, als Engagement für Ziele, die einem wirklich am Herzen liegen und berühren – Arbeit in diesem umfassenden Sinn war und ist für alle zehn Frauen prioritär. Sie haben alle auch im Alter einen festen Arbeitsplatz, die meisten in ihrer Wohnung und beschäftigen sich regelmässig mit ihren jahrzehntelangen Themen.

Bei fast der Hälfte deckten sich frühere berufliche Tätigkeit und feministisches Engagement. Reinhild Traitler war bis zu ihrer Pensionierung Studienleiterin des reformierten Bildungshauses Boldern bei Zürich, Hanna Gagel unterrichtete an der damaligen Kunstgewerbeschule, der heutigen Hochschule für Gestaltung in Zürich, Julia Onken gründete und leitete das Frauenseminar Bodensee, Eva Renate Schmidt war Bildungsverantwortliche der Hessischen Landeskirche und Regina Wecker Professorin für Frauen- und Geschlechtergeschichte an der Universität Basel. Anders die beiden heute über 80-jährigen Frauen. Sie hatten keine formale Berufsbildung und begannen ihr ehrenamtliches Engagement erst im mittleren Alter. Marthe Gosteli, jahrzehntelange Kämpferin für das Frauenstimmrecht in der Schweiz, gründete ihr Archiv zur Geschichte der Frauenstimmrechtsbewegung mit 60, und Aline Boccardo war 57, als sie die «Frauen für den Frieden» organisierte.

Daraus folgt, dass die Pensionierung für die erste Gruppe einen ernsthaften Einschnitt bedeutete, der teilweise, wie derjenige der Männer, als Schock und Krise erlebt wurde. Reinhild Traitler wie auch Hanna Gagel verloren ihre berufliche Basis – Infrastruktur, Einfluss, Prestige, Finanzkompetenzen – und brauchten enorme Anstrengungen, ihre «Tiefs» zu überwinden und ihr Engagement nach der Pensionierung neu strukturell abzusichern und zu positionieren. Aber sie taten es – mit Erfolg. Eva Renate Schmidt hingegen, die eine hohe Position in der hessischen Kirche bekleidet hatte, beriet nach der Pensionierung globale Konzerne und verdiente wesentlich mehr Geld als vorher. Die selbständig Erwerbenden erlebten keine Pensionierung und sind immer noch teilweise erwerbstätig.

Entgegen meiner Ausgangsthese beschäftigen sich die meisten Frauen nicht mit Altersthemen. Ausnahme ist die Kunsthistorikerin Hanna Gagel, die sich nach der Pensionierung mit dem Thema «Alternde Künstlerinnen» auseinandersetzte und darüber mit 70 eine viel beachtete Studie publizierte («So viel Energie. Künstlerinnen in der dritten Lebensphase»).

Finanziell sind alle Frauen unabhängig, auch diejenigen, die in festen Beziehungen leben. Die Höhe des Einkommens ist allerdings verschieden. Besonders Selbständige, beispielsweise Verena E. Müller, nehmen weiterhin Aufträge an, um die Rente aufzubessern, und Liliane Späth kann es sich noch nicht leisten, die Polsterei- und Innende-

korationswerkstatt ihrer Partnerin zu überlassen. Aber praktisch keine klagt über ihre finanzielle Situation, und die Frauen mit ehemals gut bezahlten Stellen beziehen teilweise komfortable Renten.

Im zweiten Teil geht es um **Beziehungsnetze und Beziehungspflege**. Lediglich vier Frauen leben in einer Partnerschaft, und sechs leben allein. Nur drei Frauen haben Kinder: Julia Onken, Reinhild Traitler (beide unterdessen auch Grossmütter) und Regina Wecker; alle drei gehören mit den Jahrgängen 1940 bis 1944 zu den jüngsten Interviewten. Alle Kinder waren Wunsch Kinder, auch vor der Verbreitung der Pille. Während die Alleinlebenden Partnerschaften nicht vermissen und vermisse, fiel einigen der Verzicht auf Kinder sehr schwer. Die Älteren blicken teilweise mit Zorn zurück auf die Kriegs- und Nachkriegsjahre, als sie wählen mussten zwischen Familie und Karriere. Sie haben Mühe, die heutigen jungen Frauen zu verstehen, die, wie sie sagen, beides sehr wohl verbinden könnten, wenn sie dafür kämpfen würden – aber die heutige Generation könne leider nicht mehr kämpfen.

Allein zu leben heisst natürlich nicht, kein Beziehungsnetz zu haben. Eva Renate Schmidt und Verena Müller sind beispielsweise klassische «Familientanten». Beide haben Geschwister mit zahlreichen Kindern und Enkelinnen und Enkeln, mit denen sie seit Jahrzehnten regelmässige Kontakte pflegen. Der Unterschied zu Einzelkindern könnte nicht grösser sein. Aline Boccardo hat als Einzelkind keine direkten Verwandten, und die 90-jährige Marthe Gosteli ist seit dem Tod ihrer kinderlosen Schwester auch ohne Verwandtschaft. Alle Frauen, auch die «Familientanten» haben jedoch ein stabiles Wahlfamilien-Netz. Das sind Beziehungen, hauptsächlich Arbeitsbeziehungen mit Frauen und teilweise auch mit Männern, aus welchen Freundschaften entstanden. In einigen Fällen erneuern sich diese Netze bis heute, auch dank der zunehmenden Qualität der Beziehungspflege. Aber die Erfahrung der beiden über 80-Jährigen zeigt, dass man im hohen Alter einsamer wird: Freundinnen werden krank und sterben, man hat selbst immer weniger die Kraft zu gegenseitigen Treffen oder zum Austausch.

Vier Frauen leben seit Jahrzehnten mit ihren Ehepartnern zusammen. Liliane Späth und ihre Berufs- und Lebenspartnerin haben geheiratet, das heisst, sie haben ihre Beziehung offiziell registrieren lassen, sobald dies in der Schweiz möglich war. Alle sagen, sie hätten ihre Konflikte und Kämpfe hinter sich, und das Zusammenleben gestalte sich problemlos. Die konkrete Teilung der Hausarbeit und die gegenseitige emotionale Ressourcierung ist jahrzehntelange gelebte Realität. Keine einzige erfüllt die klassische Frauenrolle – im Gegenteil. Regina Wecker oder Julia Onken sind beruflich total absorbiert, Alexa Lindner sitzt tagelang layoutend am Computer, und in Liliane Späths Partnerschaft hat das gemeinsame Geschäft Priorität.

Das Verhältnis zur Tochtergeneration gestaltet sich sehr verschieden. Es gibt einen eigentlichen Graben zwischen «Vatertöchtern» und «Muttertöchtern». Erstere wurden von ihren Vätern gefördert und von ihren Müttern bezüglich Karriere und Anerkennung ihrer Weiblichkeit eher gebremst. Für diese war Frauensolidarität nie selbstverständlich, sie arbeiteten auch mehrheitlich mit Männern zusammen, und sie beurteilen die

heutige Tochtergeneration kritisch: Diese könnten mehr erreichen, wenn sie wirklich wollten und aufhören würden zu jammern.

Die «Muttertöchter» erhielten Unterstützung und Anerkennung von ihren Müttern. Gerade in Deutschland wuchsen viele Kinder ohne Väter und mit starken Müttern auf. Die Berlinerin Regina Wecker erinnert sich genau, dass ihre Mutter, deren Mann im Krieg gefallen war, zwar behauptete, sie wäre am liebsten zu Hause bei den Kindern – aber sie hatte grosse Freude an ihrem Beruf. Dass sich beides vereinbaren lasse, das lernte sie bei ihrer Mutter. Viele dieser «Muttertöchter» fühlten und fühlen sich solidarisch mit der Tochtergeneration – trotz leiser Kritik – und unterstützen sie.

Wichtige Initiantinnen der schweizerischen feministischen Frauenbildung wie Regina Wecker, Julia Onken und Reinhild Traitler waren «Muttertöchter»; sie arbeiteten und arbeiten aus Überzeugung solidarisch mit Frauen zusammen und berichten von überwiegend positiven Erfahrungen.

Das **Verhältnis zum eigenen Körper, zu Erotik und Sexualität, Gesundheit und Krankheit** war bei allen Frauen erstaunlich wenig geprägt von den Botschaften der Neuen Frauenbewegung. Ausser den beiden über 80-Jährigen hatten alle in jungen und mittleren Jahren Liebesverhältnisse mit Männern und Frauen – zwei Singles genossen ihr Liebesleben bis heute.

Die Frauen mit hoher beruflicher Belastung wurden in mittleren Jahren ernsthaft, teilweise lebensbedrohlich krank. Reinhild Traitler wie auch Eva Renate Schmidt betonen, es gehe ihnen heute körperlich besser als damals. Ausser Aline Boccardo, die aufgrund von schweren Unfällen körperlich seit Jahrzehnten behindert ist, finden alle, sie hätten erst im Alter gelernt, gut für sich zu sorgen und die Körpersignale zu respektieren. Praktisch alle leben heute mit grösseren oder kleineren körperlichen Einschränkungen; auffallend viele leiden unter Arthrose. Aber keine einzige, nicht einmal Aline Boccardo, konzentrieren sich auf Defizite. Sie versuchen bewusst, sich auf ihr Engagement zu stützen, das sie erfrischt und belebt. Hanna Gagel betont sogar, sie empfinde ihre reduzierte Arbeitsfähigkeit als Möglichkeit, endlich ihren Körper wahrzunehmen und eine eigene Balance herstellen zu können: *«Es ist eine übliche Annahme, dass mit der körperlichen Schwächung auch die Persönlichkeit und die geistige Tätigkeit abnehmen. Doch die dritte Lebensphase umfasst neben dem normalen Prozess der körperlichen Veränderungen gleichzeitig die Möglichkeit der Zunahme von Lebenseinsichten, von Lebenserfahrung. Dieses Potenzial der späten Jahre muss mehr erkannt, anerkannt und auch gelebt werden.»* Es geht nicht um Hektik, im Gegenteil: Die Frauen beleben sich selbst durch die emotionale und intellektuelle Beschäftigung mit ihren Lebensthemen, und gleichzeitig lassen sie sich beleben durch den Austausch, die Auseinandersetzung und ihre Wirksamkeit gegen aussen.

Die Frage nach **Abhängigkeit, Hinfälligkeit und Sterben** beschäftigt alle Frauen. Keine einzige würde freiwillig in ein Alters- oder Krankenhaus eintreten. Auch die beiden über 80-Jährigen leben allein in einer Wohnung, Aline Boccardo mit Hilfe von Spitex; Marthe

Gosteli ist noch selbständig, sie fährt immer noch Auto. Beide hoffen, bis zu ihrem Tod in ihrer Wohnung bleiben zu können. Marthe Gosteli fühlt sich durch die Tochtergeneration zum Rücktritt von ihrer Position als Stiftungsratspräsidentin gedrängt – was sie empört.

Der Gedanke an den Tod begleitet alle Frauen – die ältesten als tägliche Möglichkeit, die anderen in zeitlicher Perspektive. Den Fragen nach den Bedingungen für ein Sterben in Würde ist praktisch keine ausgewichen. Die Antworten sind jedoch sehr verschieden. Neun haben eine Patientinnen-Verfügung mit der Bestimmung, dass ihr Sterben nicht medizinisch hinausgezögert werden dürfe. Und einige halten sich die Möglichkeit offen, den Zeitpunkt und die Art ihres Todes selbst zu bestimmen. Auffallend oft beziehen sie sich bei ihrer Entscheidungsfindung auf Erfahrungen aus dem Familien- und Freundeskreis: Alexa Lindner denkt an ihre Schwiegermutter, wenn sie einen Eintritt ins Pflegeheim kategorisch ablehnt, und Eva Renate Schmidt will es so machen wie ihre Mutter, welche im hohen Alter bewusst das Alleinleben und Alleinstorben wählte, trotz des Angebots ihrer Kinder, sie solle doch zu ihnen ziehen.

**Kontakt:**

heidi.witzig@bluewin.ch

**Literatur:**

Heidi Witzig (2007). Wie kluge Frauen alt werden. Was sie tun und was sie lassen. Zürich: Xanthippe Verlag, 3. Aufl.

## Tote Hose – Leben mit Krebs und Krücken

Ein Gespräch mit Dr. med. Walter Raaflaub

und Dr. med. Renata Raaflaub-Gmür

Moderator: Mag. Matthias A. Brüstle

Matthias A. Brüstle verfasste die folgende Nachbetrachtung des Gesprächs:

Im frühen Herbst 2010 wurde ich von der Leiterin des Stabsstelle für Chancengleichheit in Vaduz dazu eingeladen, am 10. November ein Live-Interview mit den Doktores Herr und Frau Raaflaub aus dem Berner Oberland zu führen. Herr Raaflaub sei an Prostata-Krebs erkrankt, habe dazu ein Buch verfasst: «Tote Hose. Worüber Männer schweigen. Ein Tagebuch». Ich möge den Umgang als Paar, die Veränderungen in der Partnerschaft, die Bedeutung für die Arbeit und die eine oder andere weitere Frage stellen. Es dürfe aber nicht theoretisch sein und nicht das medizinische Problem hervorkehren.

Ich nahm kurz darauf mit Walter Raaflaub telefonisch Kontakt auf und bat ihn und seine Gattin um einen Gesprächstermin, den ich umgehend für zwei Wochen vor der eigentlichen Veranstaltung erhielt.

Wenige Tage nach dem Telefonat fand ich ein signiertes Exemplar seines Buches im Postkasten sowie einen kleinen Gedichtband «Fliederduft und Kerzenlicht» aus seiner Feder.

Die Zusammenfassung auf dem hinteren Buchdeckel von «Tote Hose» klang vielversprechend:

*«Walter Raaflaub, ein von seinen Patienten als Arzt und Mensch geschätzter Allgemeinmediziner, erkrankt 2002 an Prostatakrebs. Eine radikale Operation bringt zwar den gewünschten Erfolg – der Krebs scheint besiegt –, doch der Eingriff führt zu Impotenz. Der Arzt, der zum Patienten wird, hat daraufhin das bisher einzige persönliche Buch mit fachlichem Hintergrund zum Thema Impotenz geschrieben. Dabei ist es ihm gelungen, viele unserer Probleme auf eine menschliche und oft auch witzige Art zu relativieren. Mit seinem feinen Humor schafft Walter Raaflaub das eigentlich Unmögliche: Er beschreibt ein schwieriges und schwerwiegendes Thema federleicht.*

*Über Potenzstörungen wird oft geschwiegen. Tote Hose gibt ehrlich Antwort auf die Frage, wie es sich mit Impotenz lebt. Walter Raaflaub, ein Arzt, der zum Patienten wird, gelingt es mit viel Humor, mit klarem Blick für die eigenen Stärken und Schwächen, die ganze Tragweite seiner Einschränkung und die damit verbundene Frustration im Alltag zu ver-*

*mitteln. Wir sind solche Ehrlichkeit nicht gewohnt. Nirgends wird so viel gelogen wie bei der Sexualität. Hier nicht.»*

Ich bereitete mich einigermaßen gut auf das Gespräch vor, allein schon, um seine Arbeit, sein Leiden und seinen Mut zu würdigen. In Summe war ich zugegebenermaßen ziemlich aufgeregt. Die Anreise zu unserem Treffen machte ich mit der Bahn; wegen eines technischen Zwischenfalls musste ich den vereinbarten Ankunftsstermin bereits in Zürich telefonisch um nahezu eine Stunde nach hinten legen und einen anderen Ankunftsort angeben. Ich befürchtete damit ein Chaos bei den Herrschaften angerichtet zu haben. Allein die unvergessliche Fahrt von Spiez nach Zweisimmen, wo ich nunmehr abgeholt wurde, entschädigte mich für diese Bedenken.

Herr Raaflaub war mit einem schnittigen 3er BMW zur Stelle und in keinster Weise von der einstündigen Verspätung irritiert. Er chauffierte uns in das zehn Minuten entfernte Schönried. Auf der Fahrt berichtete mir der 1941 in Saanen geborene, pensionierte Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, immer noch gelegentlich als Kreisarzt in seinem Gerichtskreis tätig zu sein; er habe ja Zeit ... Es gebe hier übrigens ein erhöhtes Aufkommen von Suiziden. So weit weg von aller Zivilisation, könnte man meinen, sei das ein eigenwilliges Problem. Und dass er mir das gleich zu Beginn unserer Bekanntschaft berichtete, fand ich angesichts seiner eigenen Geschichte einigermaßen skurril.

Walter Raaflaub hat schon verschiedenste Dinge gemacht in seinem Leben. Aufgrund knapper Mittel im Elternhaus besuchte er zuerst das Lehrerseminar, unterrichtete an einer Primar- und Hilfsschule im Saanenland und verdingte sich als Taxichauffeur. Nach dem Abitur, das er auf dem zweiten Bildungsweg absolvierte, studierte er Medizin und schloss das Studium mit 39 Jahren ab. 1990 eröffnete er seine eigene Praxis und führte diese bis 2006. Walter Raaflaub lebt mit seiner Frau in Schönried.

Zuhause in einem hölzernen Chalet, Baujahr 1954, von der Familie erworben 1991, als sehr einfaches Ferienhaus konzipiert und mittlerweile in eine millionenschwere Umgebung hineingewachsen: *«Wir haben aber kein Problem mit all dem und beneiden niemanden. Meine Herkunft vergesse ich nicht und bleibe für diese Erfahrungen bis ans Lebensende dankbar»*, übermittelte er mir in der Nachbetrachtung des Abends in Vaduz.

Diese Haltung habe ich während der beiden Anlässe nie um ein Jota anders erlebt. Walter Raaflaub führte mich in den oberen Stock des Hauses, in eine helle, grosse Wohnküche; stellte mich seiner Gattin Renata vor mit dem Zusatz, es eile nun etwas, da seine Frau später wieder in den Dienst müsse. Renata Raaflaub-Gmür ist als Anästhesistin in zwei Spitälern der Region tätig. Auch sie hatte ihr Abitur auf dem zweiten Bildungsweg erworben. Das von Herrn Raaflaub vorbereitete Mittagessen (auf akademischem Niveau!) habe ich in sehr guter Erinnerung. Gleich wie den grundsätzlichen Eindruck, dass die Beiden die ganze Sache mit dem Krebs und den Operationen und dem Buch zwar nicht vergessen und verdaut, aber doch durch die präzise Aufarbeitung hinter die Familie gebracht haben. Ich verspürte allerdings, gerade bei Frau Raaflaub – sie stammt

übrigens aus der Ostschweiz – eine nach wie vor tiefe emotionale Verbundenheit mit dem Thema. Aber eher im Sinn von «das haben wir gut lösen können» statt eines möglichen «wie sind wir doch zu bedauern (gewesen)».

Das Paar Raaflaub hatte sich während des Studiums kennengelernt. Es war nicht Liebe auf den ersten Blick. Im Gegenteil. Das Zusammensein und die Liebe wuchsen langsam, führte dann zur Ehe, aus der zwei Söhne – Matthias und Michael – heute volljährig und beruflich nicht-medizinisch etabliert, entstanden. Die Kinder wuchsen heran, in einem aufgeklärten Elternhaus, mit aller Freude und manchem Kummer; eigentlich unspektakulär. Aber es habe immer ein offenes Gesprächsklima geherrscht.

Ich stellte viele Fragen, ich durfte auftragsbedingt neugierig sein. Alle Scheu dem Thema gegenüber war mittlerweile verflossen, zumal wir uns zwischen Haupt- und Nachspeise auch schmunzelnd darüber unterhielten, ob nun Prostata auf der ersten oder der zweiten Silbe betont werden müsse. Bisher fiel es mir im halbprivaten Gespräch nicht derart leicht über die Vorsteherdrüse zu sprechen, ohne zumindest kurzen schambe-dingten Unterbruch des Blickes ins Gesicht des Gegenübers. Ich hatte in schier journalistischer Art zunehmend das Bedürfnis, meinen hinkünftigen Gesprächspartner und die Gesprächspartnerin sehr genau kennenzulernen.

Walter Raaflaub hat seine Frau im Buch sehr oft zu Wort kommen lassen und seine Söhne hatten das Skriptum gelesen, um sicherzugehen, dass nichts an die Öffentlichkeit dringt, was ihrem Empfinden oder Bedürfnis nach Privatheit widerspräche. Worauf er aber auf mein nachhaltiges Fragen sehr viel Wert legte, war «die Schlafzimmertüre zuzulassen» und: «Die Intimität bleibe gewahrt». Gar nicht so einfach bei einem Thema, das im Buch «Krebs. ... und das Leben geht weiter» betreffend Walter Raaflaub als «der Kern des Mannes» bezeichnet ist. Tatsächlich ist unser zweieinhalbstündiges Zusammentreffen geprägt von einer sehr interessierten, leichten und doch sehr ernsten Atmosphäre. Der Respekt der gelegentlichen Unveränderbarkeit des eigenen gesundheitlichen Befindens, gepaart mit einem wissenschaftlich-unemotionalen Anspruch auf Wissenszugewinn stand einer gesunden Portion Humor gegenüber.

Zum Kaffee geleiteten mich Renata und Walter Raaflaub in ihr geräumiges Wohnzimmer. Das Ehepaar sass nebeneinander auf einer Couch. Gelegentlich nahm einer den anderen zärtlich an der Hand. «*Die vielen Gespräche, die zum Teil im Buch wiedergegeben sind, haben mitgeholfen, unsere Beziehung sogar zu festigen und zu vertiefen*», meinte Walter Raaflaub. Für ihn war das Schreiben auch eine Art Therapie, mit der Erkenntnis, als Arzt nun selber ein Patient zu sein. Es war für die Familie auch eine Bewältigungsstrategie an dem Buch teilzuhaben, und wenn es auch nur darum ging, darin vorzukommen. Ausserdem war das Schreiben des Buches ein heilsamer Vorgang, mit dem zwischen Walters Diagnose und der Veröffentlichung des Buches eingetretenen Tod seiner Schwägerin Katharina Jonkmann Raaflaub, die «keine zweite Chance erhalten» hat, umzugehen.

Neben der Dankbarkeit für das wiedergewonnene Leben und einigen damit verbundenen Annehmlichkeiten haben mir Raaflaubs viel Zuversicht vermittelt. Zuversicht nicht nur für sich selbst, sondern für all jene, denen ein ähnliches Schicksal widerfahren ist oder noch bevorsteht.

Die Ärztin und der Arzt sind sehr kritisch gegenüber der eigenen Zunft. So lautet ihr Rat an das jeweils zahlreiche Publikum ihrer Auftritte, sich nur Ärztinnen und Ärzten zuzuwenden, die kompetent sind im Sinne von Mitgefühl, Empathie und Einbezug der Partnerin oder des Partners. Im konkreten Fall solle ohne weiteres die Ärztin oder der Arzt darauf angesprochen und bei einem negativen Bild eine andere oder ein anderer konsultiert werden. Sie beide stehen ein für das Selbstverständnis einer mündigen, interessierten, kritischen Patientenschaft.

Hilfreich sei – wen wundert's? – eine gute Paarbeziehung; erbaulich sei, wenn die schon bestehe, noch bevor so ein Schicksalsschlag eintreffe. In der Familie müsse offen über alles gesprochen werden, auch über Sexualität. Nebenbei sei Sexualität im Alter ein Thema; alte Menschen hätten Sex, «nicht nur im Film «Wolke 7»».

In dem Zusammenhang erläuterten die Beiden den Unterschied einer möglichen Beeinträchtigung bei Männern und Frauen: Während bei einer Frau, der eine Brust abgenommen werden musste, zwar die körperliche Integrität verletzt sei, funktioniere der Sexualapparat sehr wohl. Bei radikaler Entfernung der Prostatakapsel sei die Libido zwar schubweise da, aber die «Performance» fehle völlig. Nicht ohne eine spannende Mischung aus ärztlicher Genugtuung über eine Meisterleistung seiner Kollegenschaft und einem männlichen Triumphgefühl, Herr über seine Organe zu sein, beschrieb mir Walter Raaflaub die Funktionsprinzipien von Medikamenten, Implantaten und seiner eigenen diesbezüglichen Errungenschaften sowie die Verschiedenheiten des Umgangs mit Impotenz und Inkontinenz.

Es wäre nicht umfassend von unserem Treffen berichtet, würde ich nicht noch erzählen, dass ich eine Postkarte am Cheminée stehen sah, die mich erheiterte. «*Shit happens*» steht drauf. Ein fatalistischer Zugang zu allen Fährnissen des Lebens. Ein ehrlicher Klartext. «*Glück gehöre natürlich dazu im Leben*», ergänzen die beiden.

Ohne im Detail von der eigentlichen Veranstaltung, der Live-Diskussion, berichten zu wollen – da das Vorgespräch aus meiner Sicht noch viel ergiebiger war –, sei verraten, dass etwa 100 Menschen den Vorträgen und der Diskussion folgten. Nur eine Handvoll davon waren – na? – Männer! Worauf lässt uns das schliessen?

Um 15.14 Uhr ging mein Zug in Schönried nach Hause über Spiez, Bern, Zürich und Sargans. Das Berner Oberland ist sowieso eine wunderbare Region. Aber mir ist – so erinnere ich mich lebhaft – die Welt schon lange nicht mehr als so schön aufgefallen.

Herr Raaflaub hatte zwei Tage vor dem Auftritt in Vaduz seinen 69. Geburtstag gefeiert. Aus irgendeinem Grund kamen wir beim Besuch im Hause Raaflaub auf Friedrich

Schiller zu sprechen. Am 10. November, dem Auftrittstag des Paares in Vaduz, feierte Schiller posthum seinen 251. Geburtstag. Da lag es nahe, Herrn und Frau Raaflaub einen Auszug aus Schillers lyrischem Spiel «Die Huldigung der Künste»<sup>1</sup> zu widmen. Walter Raaflaub ist in einer existenziellen Bedrohung quasi einer der sieben Künste des Lebens, der Poesie begegnet und hat dem Schädlichen nachhaltig die Stirn gezeigt und Widerstand geboten. Herr und Frau Raaflaub haben anderen vorgelebt, wie es gelingen kann, damit zu leben, ohne nur zu jammern und zu resignieren, und Walter hat seiner Königin Renata ein Fest veranstaltet, so wie es der seinerzeitige Auftrag an Schiller war, durch den Weimarer Prinzen und seine neuvermählte russische Frau. Der Schluss-Satz des Gedichtes lautet, und ich finde, der passt ganz gut zu den Beiden und deren Geschichte:

*«Denn aus der Kräfte schön vereintem Streben  
Erhebt sich, wirkend, erst das wahre Leben.»*

**Kontakt:**

[www.psycon.li](http://www.psycon.li)

**Literatur:**

Raaflaub, Walter (2007). Tote Hose. Worüber Männer schweigen. Ein Tagebuch; 3. Auflage, Wörterseh Verlag, Gockhausen.

Krebsliga Schweiz (Hrsg.) (2010). Krebs. ... und das Leben geht weiter. Geschichten von Krankheit, Hoffnung, Mut und Liebe; gesammelt von Irène Dietschi; 2010, Orell Füssli Verlag AG, Zürich. (Die Familie Raaflaub ist dort auf den Seiten 118-127 portraitiert; «Des Mannes Kern»)

<sup>1</sup> Schiller wirkte damals zusammen mit Johann Wolfgang Goethe am Weimarer Hoftheater und wurde beauftragt, zu Anlass des feierlichen Einzuges des Paares ein kleines Stück zu verfassen. Die Huldigung der Künste entstand – unter grossem Zeitdruck – in nur vier Tagen. Die Huldigung der Künste ist ein dramatisches Gedicht von Friedrich Schiller. Es wurde zu Ehren der Erbprinzessin Maria Paulowna, Tochter des russischen Zaren am 12. November 1804 in Weimar uraufgeführt und ist das letzte dramatische Werk Schillers. Handlung: Eine Bauernfamilie will zu Ehren ihrer neuen Königin ein grosses Fest veranstalten, um ihr einen würdigen Empfang zu bereiten. Es wird ein Baum als Symbol der Heimat gepflanzt. Da erscheinen die sieben Künste: Architektur, Skulptur, Malerei, Poesie, Musik, Tanz und Schauspielkunst. Sie übernehmen die Begrüssung der neuen Herrscherin. Im Schlusssatz des Gedichtes drückt sich noch einmal das künstlerische Credo Friedrich Schillers aus: *Denn aus der Kräfte schön vereintem Streben / Erhebt sich, wirkend, erst das wahre Leben*, Wikipedia, 11/2011

## Kurzportraits Referentinnen und Referenten

### **Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann**

Studium der Sozialpsychologie, Psychopathologie und der vergleichenden Religionsgeschichte an der Universität Bern. Seit 1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Abteilung für Gesundheitsforschung, Universität Bern. Diverse Lehraufträge an Fachhochschulen und eigene Beratungspraxis.

### **Mag. Matthias A. Brüstle**

Studium der Psychologie an den Universitäten Innsbruck und Wien. Postgraduale Ausbildungen in Organisations- und Personalentwicklung, Klinische Psychologie, Arbeitspsychologie. 15 Jahre Geschäftsführer und Fachlicher Leiter eines Nonprofit-Unternehmens der sozialpsychiatrischen und sozialpädagogischen Grundversorgung. Seit 2009 selbständig als Freelancer für [www.netzwerk.li](http://www.netzwerk.li) und in eigener Praxis ([www.psycon.li](http://www.psycon.li)).

### **Dr. med. Bettina Isenschmid**

Master of Medical Education MME. Chefärztin des Kompetenzzentrums für Essverhaltensstörungen, Adipositas und Metabolismus KEA der spitalzofingen ag sowie Oberärztin an der Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung des Inselspitals Bern. Zudem eigene psychiatrische Praxistätigkeit im Oberaargau. Seit Jahren umfangreiche Lehr- und Weiterbildungstätigkeit im Bereich der Essverhaltensstörungen, Präsidentin der Fachstelle «Prävention von Essstörungen Praxisnah PEP» in Bern sowie des Fachverbandes Adipositas im Kindes- und Jugendalter akj in Zürich.

### **Frank Luck, MNS**

Master of Science in Nursing (MNS). Wissenschaftlicher Mitarbeiter Fachstelle Gleichstellung von Frauen und Männern, Präsidialdepartement, Kanton Basel-Stadt. Studium der Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Fachhochschule Gesundheit in Aarau sowie Pflegewissenschaft an der Universität Basel. Zur Zeit Arbeit am Dissertationsprojekt am Zentrum Gender Studies der Universität Basel: «Wie gehen Männer mit Gesundheit und Krankheit im Alltag um? Zum Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Männern und tradierten Männlichkeitsnormen.»

**Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Pasqualina Perrig-Chiello**

Professorin am Institut für Psychologie der Universität Bern. Schwerpunkte ihrer Lehr- und Forschungstätigkeit sind Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Wohlbefinden und Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, Generationenbeziehungen. Autorin verschiedener Publikationen, so etwa «In der Lebensmitte. Die Entdeckung des mittleren Lebensalters» oder «Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter», beide im NZZ-Buchverlag Zürich erschienen.

**Dr. med. Walter Raaflaub**

Bevor er auf dem zweiten Bildungsweg Medizin studierte, war er Lehrer, später Volontär der Leprahilfe Emmaus Schweiz in der Türkei. Von 1990 bis 2006 führte er in Schönried eine Praxis für Allgemeinmedizin FMH. Walter Raaflaub hat mehrere Bücher geschrieben.

**Dr. med. Renata Raaflaub-Gmür**

Auch sie absolvierte das Medizinstudium auf dem zweiten Bildungsweg. Zuvor war sie einige Jahre als Sekretärin mit Handelsschulabschluss tätig. Heute arbeitet sie als Leitende Ärztin für Anästhesie FMH an den Spitälern Saanen/Zweisimmen und ist ausgebildete Notärztin

**Prof. Dr. Éva Rásky**

Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Sozialmedizin, Habilitation 1997. Supervisionsausbildung und postgraduierten Studium Master of Medical Education. Rettungsärztin, Ärztin am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Graz, Wissenschaftliche Leiterin des Universitätslehrganges Public Health im Pflegewesen und Sprecherin der Studienkommission Pflegewissenschaft. Forschungsschwerpunkt: Frauengesundheit, Prävention – Screening.

**Dr<sup>in</sup>. Edit Schlaffer**

Sozialwissenschaftlerin. Autorin von zahlreichen Publikationen und Aktivistin, gründete die Initiative Frauen ohne Grenzen [www.frauen-ohne-grenzen.org](http://www.frauen-ohne-grenzen.org). Leitete zusammen mit Cheryl Bernard von 1982 bis 2005 die im Jahr 2005 geschlossene Ludwig-Boltzmann-Forschungsstelle für Politik und zwischenmenschliche Beziehungen in Wien. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Frauen in der internationalen Politik, Frauen als Vertreterinnen der Veränderung in Politik und Zivilgesellschaft. Heute konzentrieren sich ihre Aktivitäten auf weibliches «Capacity-Building» auf der professionellen und politischen Ebene und auf das Streben nach gendergerechten Gesellschaften.

**Dr. med. Volker Wedler**

Chefarzt, Abteilung für Plastische Chirurgie, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Kantonsspital Frauenfeld sowie Leitender Arzt der Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Kantonsspital Münsterlingen, Spital Thurgau AG. Klinische Interessen: Rekonstruktive Chirurgie sowie Mikrochirurgie (speziell Kopf- und Halsregion), Plastische Chirurgie (speziell Brustchirurgie, Gesichtschirurgie), Handchirurgie. Dozenten- und Vortragstätigkeit.

**Dr. phil. Heidi Witzig**

Freischaffende Historikerin mit Schwerpunkt Frauen- und Alltagsgeschichte, Autorin zahlreicher Publikationen und vielfältige Vortragstätigkeit. Sie wohnt in einer Frauen-Wohngemeinschaft in Winterthur und ist Grossmutter eines kleinen Enkels.





Stabsstelle für Chancengleichheit der  
Regierung des Fürstentums Liechtenstein



Frauenreferat der  
Vorarlberger Landesregierung



Appenzell Ausserrhoden

Fachstelle Familien und Gleichstellung  
des Kantons Appenzell Ausserrhoden



Stabsstelle für Chancengleichheit von  
Frau und Mann des Kantons Graubünden



## Gender Gesundheit – Körperbilder

Der perfekte Körper wird heute von den Medien zur Norm erhoben. Zugleich erhalten wir die Botschaft, dass wir selber einen perfekten Körper schaffen können – wenn wir nur genügend Zeit und Geld dafür investieren. Trotzdem erscheinen die Vorgaben der Medien unerreichbar, vor allem wenn wir bedenken, dass die Fotos von Supermodels am PC kräftig retuschiert werden.

Warum wird so ein Kult um den Körper betrieben? Welche Auswirkungen hat die Fixierung auf das perfekte körperliche Erscheinungsbild auf unsere Gesundheit und unser Selbstbewusstsein, auf die Zufriedenheit mit uns selbst? Welchen Preis bezahlen Mädchen und Knaben, Frauen und Männer für das Streben nach dem idealen Körperbild?

In der länderübergreifenden Vortragsreihe «Körperbilder» näherten wir uns dem vielschichtigen Phänomen aus gesundheitlicher, psychologischer und soziologischer Sicht unter Einbezug der geschlechtsspezifischen Unterschiede.