

# Sonderheft – Rundbrief 25

Dokumentation der 22. Netzwerktagung:  
Mädchen und junge Frauen – ihre  
Lebenswelten – ihre Gesundheit



**Forum 1:**  
Leibhaftige Mädchen  
Neues Rollenbild – neue  
Bewältigungsstrategien?  
ab S. 11

**Forum 2:**  
Immer jünger in die  
Sprechstunde?  
Wie Mädchen und  
junge Frauen zu  
Patientinnen gemacht  
werden  
ab S.23

**Forum 3:**  
Wege zu mehr  
gesundheitlicher  
Selbstbestimmung  
ab S. 40



## **Impressum**

Das Sonderheft zur 22. Netzwerktagung ist Teil des  
Rundbriefes 25 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen  
November 2008  
c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover

Tel.: 0511/38811895

E-Mail: [ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Redaktion: Melanie Bremer, Ursula Jeß, Hildegard Müller, Andra Saake, Dr. Ute Sonntag

Beiträge: Prof. Dr. Birgit Babitsch, Carola Bau, Maria Beckmann, Christiane Deneke, Barbara Ernst,  
Corinna Schach, Inge Thömmes, Sabine Timme, Dr. Claudia Wallner, Sybille Walter, Annette Zampolin

Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der  
Redaktion.

# Inhalt

## 4 | Einführung

Grußwort zur Netzwerktagung	4
Mädchen und junge Frauen – ihr Leben – ihre Gesundheit	5
Kompetenz erwerben: Mädchen und junge Frauen im Gesundheitswesen	8

## 11 | Forum 1 Leibhaftige Mädchen

Genderkonstruktionen im Kontext jugendlichen Rauschtrinkens	11
Mädchen und Suchtmittelkonsum	16
Druck essen Seele auf...	18

## 23 | Forum 2 Immer jünger in die Sprechstunde?

Immer jünger in die Sprechstunde?	23
Interview mit Barbara Ernst	32

## 40 | Forum 3 Wege zu mehr gesundheitlicher Selbstbestimmung

Gesundheit, Ernährung, weibliche Identität und Umgang mit Aggression	40
Wie schneckt eigentlich ein Erdbeer kondom?	42

## 49 | Ergänzungen

Die Online-Beratung des pro familia Landesverbandes Niedersachsen	49
Medienkritik	51

# Einführung

Grußwort zur 22. Netzwerktagung |

Mädchen und junge Frauen – ihr Leben – ihre Gesundheit |

Kompetenz erwerben: Mädchen und junge Frauen im Gesundheitswesen |

Christiane  
Deneke

## Grußwort zur 22. Netzwerktagung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
„Komasaufen“, aggressive Sexualität, Brustoperationen als Geschenk nach bestandem Abitur, und Mädchen, die sich zu Tode hungern – dies sind Überschriften, die wir seit vielen Monaten in Printmedien lesen oder im Fernsehen wahrnehmen, meistens als reißerische Meldungen und um des Effektes willen, selten mit sinnvollem Informationsgehalt und vernünftigen Hintergrunddaten.

Es sind Themen, die Mädchen und junge Frauen betreffen und eine Fülle von Fragen aufwerfen. Manche Verhaltensweisen von Mädchen machen uns besorgt, über manche Meldungen sind wir vielleicht erschrocken. Vieles verstehen wir gar nicht. Was liegt näher, als dass wir mit dieser Netzwerktagung diese Reizwörter aufgreifen, uns über Bedeutung und Hintergründe informieren und gemeinsam nach Lösungen suchen oder adäquate Umgangsweisen erörtern?

So begrüße ich Sie heute herzlich zu

einer weiteren Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen.

Mit Trends und Lifestyle von Mädchen und jungen Frauen hat sich das Netzwerk seit seiner Gründung vor 13 Jahren schon häufiger auseinandergesetzt.

Vielleicht erinnern sich einige von Ihnen an die Veranstaltung aus 1997 „... weil ich ein Mädchen bin – Lifestyle und Gesundheit von Mädchen“. Schon damals ist über einen Wandel der Selbstkonzepte von Mädchen diskutiert worden; die neuen starken Mädchen inszenieren Frechheit, Selbstbewusstsein und Aggressivität.

Ein weiteres Mal haben wir diese Zielgruppe in den Mittelpunkt gestellt mit dem Titel „Achtung – fertig – los!“ im Jahre 2001 in Lüneburg. Beim Thema Sport ging es um bessere Beteiligungschancen von Mädchen.

An die damalige Situationsbeschreibung und die festgestellten Verände-

rungen knüpfen wir mit dieser Tagung an. Uns interessiert heute,

- wie sich die veränderten Rollanforderungen auf gesundheitlicher Ebene widerspiegeln;
- wie Mädchen auf Rollenerwartungen und Forderungen von außen reagieren,
- wie sie die Kompetenzen entwickeln können, um diesen Erwartungen und Forderungen zu begegnen,
- welche Unterstützungsmöglichkeiten es für einen selbstbewussten Umgang in Gesundheitsfragen gibt.

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen veranstaltet heute die insgesamt 22. Tagung seit seiner Gründung im Jahre 1995.

Ich halte die Kontinuität der Arbeit und die Bereitschaft, sich stets für neue

Themen zu öffnen, für bemerkenswert. Mit Spaß und Leidenschaft Diskussionen anzuregen, den Dialog über Frauengesundheitsfragen immer wieder mit Impulsen zu beleben, über aktuelle Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung zu berichten und schließlich Impulse zu geben für die praktische Arbeit vor Ort – ist und bleibt das Ziel dieses Arbeitsbündnisses. Ich hoffe, dass dies auch heute so sein wird.

---

Christiane Deneke,  
Vorsitzende der Landesvereinigung für  
Gesundheit und Akademie für Sozialmedi-  
zin Niedersachsen e.V.

---

Claudia  
Wallner

## Mädchen und junge Frauen – ihr Leben – ihre Gesundheit

### Das mediale Mädchenbild

Die Mädchenbilder sind seit einigen Jahren sehr einseitig. So titelt der Spiegel: „Das starke Geschlecht: Was Frauen erfolgreich macht“ oder „Die Alpha-Mädchen“. Jungen werden demgegenüber als das schwache Geschlecht (Stern) medial präsentiert. Im Spiegel der Presse scheitern Jungen zusehends. Wir können festhalten, dass Mädchen heute als Gewinnerinnen der Postmoderne deklariert werden. Sie

sind in der Schule erfolgreicher. Das mediale Mädchenbild lautet: Mädchen sind schön und stark, schlank und sexy, selbstbewusst und schlau, sexuell aufgeklärt und aktiv, gut gebildet und ausgebildet, familien- und berufsorientiert zugleich, heterosexuell, weiblich und anschmiegsam, cool und selbständig, frei von Schmerz, Problemen und Scheitern. Dieses Mädchenbild stellt einen großen Gefährdungsfaktor dar: Können alle Mädchen schön, klug

und stark sein? Mädchen müssen über die medial gesteuerten Mädchenbilder ein Gefühl des Scheiterns bekommen, weil kein lebendiger Mensch diesen überbordenden Anforderungen genügen kann.

**Anforderungen an Mädchen heute**  
Mädchen müssen heute widersprüchliche Erwartungen an sie vereinbaren. Wenn die Anforderungen überbordend sind, so müssen diese sortiert werden. Aus der eben skizzierten Vielfalt müssen Mädchen das je Eigene auswählen. Mädchen jonglieren heute mit viel zu vielen Aufgaben und Anforderungsbereichen.

Schauen wir auf die Geschichte der Emanzipation, so müssen wir feststellen: Emanzipation war immer eine Addition: eine Frau war Ehefrau, Hausfrau und Mutter. Zusätzlich ist sie Konsumentin, Ehrenamtliche und Zuverdienende. Frauen waren erwerbstätig im Drei-Phasen-Modell (Arbeit – Kinderpause – Wiedereinstieg in den Beruf) und wurden durch zunehmende Erwerbstätigkeit zu Doppeltbelasteten, weil die Verantwortung für die Familie bei ihnen blieb. Die Bildungsbeteiligten und die Karrierefrau kamen in den späteren Emanzipationsentwicklungen als weitere Rollen noch dazu.

### **Mädchen sind nicht alle gleich**

Medien und Politik malen heute ein einseitiges, hoch wirksames Mädchenbild: Alle Mädchen haben es geschafft! Verliererinnen gibt es nicht (mehr). Aber Mädchen sind nicht alle gleich.... Geschlecht verbindet sich mit anderen Differenzkategorien: Mädchen haben einen bestimmten ethnischen und kulturellen Hintergrund, sie ha-

ben unterschiedliche Hautfarben und religiöse Überzeugungen, sie gehören verschiedenen sozialen Schichten an, sie sind behindert oder nicht behindert und haben unterschiedliche sexuelle Orientierungen. Dabei beinhalten alle Differenzkategorien Privilegien und Benachteiligungen und erzeugen Dominanzen und Unterordnungen. Innerhalb dieser Differenzkategorien erzeugt die Geschlechtszugehörigkeit wiederum hierarchische Unterschiede. Die Folge davon sind hochgradig verschränkte Hierarchieverhältnisse, die die Lebenswelten von Mädchen und jungen Frauen bestimmen.

Also: Mädchen sind nicht gleich und haben auch nicht alle die gleichen Chancen! Vergleichen wir die junge Afrikanerin ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, die osteuropäische Auswanderin mit deutschem Pass und Migrationserfahrung, das deutsche Mittelschichtmädchen, die junge Frau mit massiven Essstörungen und das Unterschichtmädchen, das im sozialen Brennpunktstadtteil lebt: All diese Mädchen und Frauen haben hoch unterschiedliche Lebensbedingungen und Lebenschancen. Manche haben die Chance, an der Modernisierung weiblicher Lebenslagen zu partizipieren, andere werden kaum bis gar nicht an den Errungenschaften der Gleichberechtigung teilhaben können. Diese problematischen Faktoren bleiben jedoch öffentlich unsichtbar. Die medialen Bilder verdecken die Lebenslagen vieler Mädchen, die diesem Bild nicht gerecht werden. Dabei bleiben die Mädchen mit ihren Problemen alleine. Die Verdeckung ihrer Probleme erschwert und verzögert deren Bewältigung.

**Mädchen als Bildungsgewinnerinnen**  
Medien und Politik malen das hoch wirksame Bild: Mädchen sind DIE Bildungsgewinnerinnen! Aber auch Mädchen haben Probleme mit und in der Schule: Knapp 30% der Mädchen gehen ohne Schulabschluss bzw. mit Hauptschulabschluss von der Schule. Bei den ausländischen Abgängerinnen sind es sogar fast 55%. Mädchen verlieren frühzeitig, spätestens am Ende der Grundschulzeit, das Interesse an Mathematik, Technik und allgemein an den Naturwissenschaften.

Mädchen sind im Durchschnitt in der Schule besser als Jungen, sie fühlen sich dort wohler und werden besser benotet. Aber sie haben zugleich weniger Zutrauen zu ihrem Können und profitieren im Weiteren nicht von ihren besseren Abschlüssen.

### Probleme des Heranwachsendens

Junge Frauen haben wie alle Heranwachsende normale Probleme zu lösen. Ihre eigene Identität muss in der Vielfalt weiblicher Zuschreibungen gefunden werden. Mädchen und junge Frauen heute erleben die Welt als gleichberechtigt. Sie empfinden sich nicht länger Jungen gegenüber als benachteiligt. Ein Problem ist, dass die Benachteiligungen unter dem Gleichberechtigungsdiskurs verdeckt sind. Benachteiligungserfahrungen konzentrieren sich auf Unterschichtmädchen. Faktisch erlebte Benachteiligungen werden als individuelles Versagen interpretiert. In der Rush Hour des Lebens entstehen Vereinbarkeitsprobleme.

### Mädchen und ihre Gesundheit

Die sehr anspruchsvollen Mädchen-

bilder haben Auswirkungen auf die Gesundheit. Als Folgen des Schönheitswahns entwickeln Mädchen Essstörungen, Gefühle des Selbsthasses und der Abwertung sowie verzerrte Bilder davon, wie Körper aussehen (können). Sie folgen einem Ideal, das es nur virtuell gibt. Sie haben kein Wissen über die Kunst der Bearbeitung von Bildern am Computer. Sie halten die präsentierten Bilder für real. Dadurch steigt der Druck für sie.

30% der 9- bis 14-jährigen haben bereits mindestens eine Diät gemacht. Wir können als Trend identifizieren, dass sich Essstörungen ausweiten. Wenn Mädchen es mit Sport und Hungern nicht mehr schaffen, so wird es selbstverständlich, sich unter das Messer zu legen. 40% der 9- bis 14-jährigen Mädchen würden sich Fett absaugen lassen, 10% dieser Altersklasse denken über eine Brust-OP nach. 100.000 Mädchen unter 20 Jahren unterziehen sich jährlich einer Schönheits-OP.

### Ressourcenorientierte Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen

Wollen wir ressourcenorientiert mit Mädchen arbeiten, müssen wir ihre tiefe Verunsicherung Ernst nehmen. Ihre Selbstbestimmung zu fördern, heißt auch, ihre Entscheidungen zu respektieren, auch wenn wir eine andere Entscheidung favorisieren. Ein schwieriger Part ist, den Schönheitswahn zu dechiffrieren. Das Zutrauen zum eigenen Körper sollte gefördert werden und das Gefühl, richtig zu sein, so wie ich bin, sollte bestätigt werden.

---

Dr. Claudia Wallner,  
Expertin für Mädchenarbeit und Mädchenpolitik  
[www.claudia-wallner.de](http://www.claudia-wallner.de)

---

Birgit  
Babitsch

Ergebnisse einer EU-Studie

## Kompetenz erwerben: Mädchen und junge Frauen im Gesundheitswesen

Die Frauengesundheitsbewegung und -forschung hat sich intensiv mit den Strukturen des Gesundheitswesens und den dort stattfindenden Prozessen befasst, Defizite herausgearbeitet und frauen-/mädchengerechte Angebote entwickelt. Die Konzepte der Frauengesundheitsforschung gemeinsam mit der Strategie des Gender Mainstreamings waren auch die theoretischen Ansatzpunkte der vom Europäischen Parlament in Auftrag gegebenen Studie „Discrimination against women and young girls in health care“ (European Parliament, 2007).

### Rahmenbedingungen der EU-Studie

#### „Discrimination against women and young girls in health care“

Die in der Ausschreibung formulierten Ziele waren:

- Analyse von geschlechterspezifischen Differenzen im Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie Ansätze in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen diesen zu begegnen
- Identifikation möglicher Diskriminierungen von jungen Frauen im Gesundheitswesen und deren Folgen für die Gesundheit im Lebenslauf
- Identifikation von Beispielen guter Praxis in den ausgewählten Ländern

Durch das Europäische Parlament wurden folgende zu beteiligenden Länder festgelegt: Belgien, Deutschland, Grie-

chenland, Polen, Portugal, Schweden und England. Zusätzlich wurde ein EU-Beitrittskandidat, nämlich Bulgarien, einbezogen. Die Gesamtkoordination des Projektes lag beim European Institute of Women's Health.

Die Bearbeitung der Zielstellung erfolgte über verschiedene Arbeitsschritte:

1. Erstellung eines systematischen Überblicks zu den zur Verfügung stehenden Datenquellen auf EU-Ebene und Länderebene;
2. Vertiefende Analysen in den ausgewählten Ländern anhand eines entwickelten Fragenkataloges;
3. Entwicklung von Empfehlungen und
4. Erstellung und Präsentation des Gesamtberichtes.

### Ergebnisse der EU-Studie

Ein Mangel an nach Geschlecht segregierten Daten bestand in allen beteiligten Ländern. Dies betraf in besonderem Maße die versorgungsbezogenen Indikatoren, d.h. die Indikatoren, die über das Angebot, die Nutzung und die Qualität der medizinischen Leistungen Auskunft geben. Dies erschwerte somit die Analyse der Gesundheitsversorgung und damit auch die Identifikation von Diskriminierungen gegen Mädchen und Frauen im Rahmen der EU-Studie.

Die EU-Studie widmete sich auch der Beschreibung der gesundheitlichen

Lage von Mädchen und Frauen. Dabei zeigen sich z.T. erhebliche Unterschiede in der Mädchengesundheit. Im Folgenden werden einige Beispiele gegeben.

### Beispiel Teenagerschwangerschaften

Teenagerschwangerschaften sind prozentual sehr unterschiedlich verteilt. Der höchste prozentuale Anteil fand sich in Bulgarien, gefolgt von England. 15,2% aller Kinder wurden in Bulgarien von jungen Frauen im Alter bis zu 19 Jahre geboren. Der Anteil in England liegt bei 7%. Deutschland nimmt einen der unteren Rangplätze ein (3,6%). Teenagerschwangerschaften gehen häufig mit problematischen Begleitumständen einher. Pro familia (Thoß et al., 2006) zeigte bspw. einen engen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Teenagerschwangerschaften auf. Auch ist bekannt, dass junge Mütter überproportional in sozial benachteiligten Lebenslagen leben und in diesen häufig auch verbleiben. Die Ergebnisse der Mosaik-Studie belegte dies: 35% der jungen Mütter im Vergleich zu 9,8% der Gesamtbevölkerung lebten von Sozialhilfe (Anslinger & Thiessen, 2004). Des Weiteren beendeten junge Mütter deutlich häufiger als gleich alte junge Frauen die Schule ohne Schulabschluss bzw. mit einem Hauptschulabschluss. Die Reduktion der Teenagerschwangerschaften um ein Drittel ist eines der Ziele der WHO für junge Menschen.

### Beispiel: subjektives Gesundheitsbewusstsein

Die Ergebnisse der HBSC-Studie (Health Behaviour in school-aged

children) zeigen folgende erschreckende Befunde: Der Anteil der 15jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als weniger gut bzw. schlecht beurteilen, liegt in den beteiligten Ländern zwischen ca. 15 und 32%. Der Anteil erfährt dabei in diesem Alter eine deutliche Steigerung und ist zum Teil mehr als doppelt so hoch als bei den 11jährigen Mädchen. Ähnlich verhält sich dies mit der Zufriedenheit mit dem eigenem Körpergewicht – allerdings sind hier mehr als die Hälfte der 15jährigen unzufrieden, was sich auch in den Versuchen abzunehmen, niederschlägt und eng mit dem Beginn der Menarche assoziiert ist.

Weitere Ergebnisse können dem Abschlussbericht sowie den Länderberichten entnommen werden.

### Beispiele guter Praxis

Drei Beispiele guter Praxis, die sich explizit auf Mädchen bezogen, wurden von den Expertinnen aus Bulgarien, Griechenland und England im Rahmen der EU-Studie ausgewählt und dargestellt.

Das Projekt guter Praxis „Sexual Health in Young People“ aus Bulgarien fokussiert auf die Bereiche Gesundheit, Sexualität und „life-skills“ (siehe Länderbericht Bulgarien; European Institute of Women's Health, 2007). Es ist ein Teilprojekt des „Bulgarian Sexual and Reproductive Health Peer Network“. Zu den oben genannten Themen wird ein umfangreiches Schulungsprogramm entwickelt und dieses an Schulen, Jugendclubs und Ausbildungszentren angeboten. Die Themen sind u.a. ‚safer sex‘, Verhütung und HIV/AIDS Prävention. Die Zielgruppe sind 12- bis 18-jährige Schüler bzw.

Schülerinnen. Das Programm ist eingebunden in weitere Programme wie Gesundheitsfördernde Schulen, Prävention von STDs (sexuell transmitted diseases) und AIDS.

Für Griechenland wurde das „Adolescents-Centre for the Prevention and Healthcare of Adolescents“ als Beispiel guter Praxis benannt (siehe Länderbericht Griechenland; European Institute of Women's Health, 2007). Dieses Jugendgesundheitszentrum wird getragen von KEPYE, einer NGO (non governmental organisation) in Kooperation mit der Universität Athen. Die Angebote umfassen Unterstützung, Diagnosen, Prävention und Therapie bei pädiatrischen, endokrinologischen und psychischen Problemen, bei Übergewicht, Infektionskrankheiten und zur reproduktiven Gesundheit. Nach Angabe der Expertin: „shows [the centre] considerable sensitivity and tries to adjust the hours, the interviews and the services in such a way that they can be better accepted by adolescent girls.“ (ebd.)

Als Beispiel guter Praxis für England wurde die „Teenage Pregnancy Strategy“ genannt (siehe Länderbericht England; European Institute of Women's Health, 2007). Die „Teenage Pregnancy Strategy“ verfolgt die nachstehenden Ziele, die bis 2010 erreicht werden sollen:

- Reduktion der Schwangerschaften bei den unter 18-jährigen um 50%
- Erzielung eines dauerhaften Abwärtstrends bei den Schwangerschaften der unter 16-jährigen
- Reduzierung des sozialen Gradienten
- Erhöhung des Anteils von „teenage parents“ in der Schul- und Ausbildung

sowie unter den Erwerbstätigen.

Im Rahmen dieser Strategie werden zahlreiche Einzelprojekte angeboten (siehe ausführlich [www.dfes.gov.uk/teenagepregnacy](http://www.dfes.gov.uk/teenagepregnacy)).

## Fazit

Zwar waren aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von Daten und dem knappen zeitlichen Rahmen der Studie erhebliche Grenzen gesetzt, dennoch konnten Empfehlungen für die Frauen- und Mädchengesundheit und die gesundheitliche Versorgung formuliert werden, die es nun umzusetzen gilt. Dabei ist es von großer Bedeutung, ob es gelingt, sowohl geschlechterspezifische Benachteiligung als auch soziale Benachteiligung gemeinsam zu betrachten.

## Literatur:

Anslinger, Eva; Thiessen, Barbara (2004): „Also für mich hat sich einiges verändert ... eigentlich mein ganzes Leben“: Alltag und Perspektiven junger Mütter. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung (4): 22-26.

European Institute of Women's Health (2007): Discrimination against women and young girls in health care. Country reports. <http://www.eurohealth.ie>

European Parliament (2007): Discrimination against women and young girls in health care. PE 378.295. Brüssel.

Thoß, Elke; Weiser, Sigrid; Block, Karin; Matthiesen, Silja; Mix, Svenja; Schmidt, Gunter (2006): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Erste Ergebnisse eines pro familia-Forschungsprojekts. pro familia Magazin (2): 23-27.

---

Prof. Dr. Birgit Babitsch,  
Charité Berlin  
E-Mail: [birgit.babitsch@charite.de](mailto:birgit.babitsch@charite.de)

---

Sibylle  
Walter

## Genderkonstruktionen im Kontext jugendlichen Rauschtrinkens

Welche Einflussfaktoren, Motivationen und Anreize gibt es für Jugendliche zum Rauschtrinken? Mit dieser Frage nach subjektiven Bedeutungszusammenhängen beschäftigt sich ein Forschungsprojekt des Institutes für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen in Kooperation mit dem Forschungsinstitut tifs – das Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung e.V..

Erste Auswertungsergebnisse des einjährigen, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten, qualitativen Forschungsprojektes „Jugendliche und Rauschtrinken“ (JuR) weisen auf eine Reihe von Genderkonstruktionen im Kontext jugendlichen Rauschtrinkens. Die soziale Umwelt, in die Jugendliche hineinwachsen, ist geprägt von einer – länder- und kulturspezifisch unterschiedlichen – Akzeptanz von Alkohol und verschiedener Funktionen, die der Alkoholkonsum jeweils inne hat. Aus diesem Grunde ist der Konsum von Alkohol bei Jugendlichen nicht prinzipiell mit abweichendem Verhalten

gleichzusetzen, sondern vielmehr auch als ein Ausdruck jugendlicher Lebenswelt zu verstehen, in der die Jugendlichen sich im und mit dem Umgang mit Alkohol erproben. Dies stellt zunächst einmal auch eine Entwicklungsaufgabe für Heranwachsende dar. Im Kontext des Rauschtrinkens werden noch eine Reihe von anderen wichtigen Jugend-Themen bearbeitet – von geschlechterbezogener Identitätsarbeit über soziale Zugehörigkeiten und Abgrenzungen bis hin zur Auseinandersetzung mit älteren Generationen. Aber auch Möglichkeiten zu Grenz- und Risikoerfahrungen sowie Erlebnisräume für Selbstinszenierungen werden durch das Rauschtrinken ermöglicht. Dennoch praktizieren exzessiv konsumierende Jugendliche ein hochriskantes und langfristig selbstschädigendes Verhalten, auch wenn dieses ihnen selbst subjektiv sinnvoll erscheint.

Rauschtrinken in seiner exzessiven Form ist ein relativ junges europaweites Phänomen. Neu ist insbesondere das frühe Einstiegsalter der Kon-

sumentinnen und Konsumenten, die Häufigkeit, mit welcher getrunken wird, und das ganz gezielte Herbeiführen von Rauschzuständen. Nicht nur die Menge, sondern auch das, was getrunken wird, hat sich im Vergleich zu früheren Generationen verändert: harte Alkoholika, die entweder pur getrunken oder mit anderen Getränken selbst gemischt werden. Der öffentliche Raum hat sich als Trinkort etabliert, häufig sind Supermarktparkplätze, Bushaltestellen oder öffentliche Parkanlagen Orte, an denen sich Jugendliche zum Trinken treffen. Damit verorten sie sich jenseits kommerzieller oder pädagogischer Angebote und eignen sich mit dem öffentlichen Trinken auch soziale Räume an.

Im Rahmen bisheriger Auswertungsergebnisse von Interviews mit jugendlichen Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinkern zeigt sich eine Reihe von Hinweisen auf die Konstruktion von Geschlechterrollen im Kontext des Rauschtrinkens. Es finden sich sowohl Reproduktionen traditioneller Konstruktionen von Geschlechterrollen als auch Neukonstruktionen. Die Äußerungen der interviewten Jugendlichen über sich selbst bzw. das andere Geschlecht sind dabei teilweise sehr unterschiedlich und widersprüchlich. Der Gruppenkontext, in dem das Rauschtrinken stattfindet, bildet dabei jeweils eine Plattform für spezifische Genderkonstruktionen.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Auswertungen wird deutlich, dass Gründe, Anlässe, Beginn, Frequenz und Trinkmenge für Jungen und Mädchen kaum unterschiedlich sind. Geschlechterübergreifend stark ritualisiert sind die Tage und Orte, an denen

das Trinken stattfindet, und die Gruppe der Gleichaltrigen spielt dabei eine entscheidende Rolle: Rauschtrinken ist ein Gruppenphänomen und findet ausschließlich in der Gemeinschaft mit anderen Jugendlichen statt. Meist am Wochenende treffen sich die Gruppen an „ihren“ Plätzen, die sie häufig frequentieren, wo sie sich verabreden und „vorglühen“ und dann auch den weiteren Abend verbringen. Nahezu alle Gruppen haben eine recht dezidierte Organisation des Trinkens: Wer den Alkohol besorgt, was gekauft wird, wie das Geld zusammengelegt wird, wer sich betrinken darf bzw. wer die Verantwortung übernimmt und sich zurückhalten wird. Dabei werden Jüngere oder solche, die über weniger Geld verfügen, oft von der Gruppe mitversorgt. Finanzielle Engpässe spielen sehr selten eine Rolle für die Einschränkung des Konsums. Jugendschutzmaßnahmen scheinen in den wenigsten Fällen ein kontrollierender Faktor zu sein, am ehesten trifft dies noch für Diskos und Kneipen zu, kaum jedoch für Supermärkte und Tankstellen. Wo jüngere Jugendliche Schwierigkeiten mit dem Erwerb von Alkohol haben, werden sie von älteren Jugendlichen unterstützt.

Die am meisten genannten Gründe für das Rauschtrinken sind bei Jungen und Mädchen ähnlich und reichen von Spaß haben, Party machen, gute Laune bekommen, feiern bis hin zur Gestaltung von Freizeit, Stressabbau, Frusttrinken oder auch zum Herabsetzen der Hemmschwelle, um in Kontakt mit anderen Jugendlichen zu kommen, wie es dieser Junge schildert:

„Wenn man mit anderen spricht, dann

kannst du irgendwie besser Witze machen oder mit den Mädle kannst du besser sprechen.“ (Junge, 15 Jahre)

Im Unterschied zu den Gemeinsamkeiten finden sich jedoch auch aus der Perspektive der Jungen und Mädchen unterschiedliche Einschätzungen über die Menge und den Modus des Konsums. So gibt es Äußerungen von Mädchen über ihre eigenen Trinkgewohnheiten, dass sie viel, aber eher langsam trinken, während Jungen eher schneller trinken würden als Mädchen. Auch deutet sich an, dass in geschlechterhomogenen Gruppen mit eher jüngeren Mädchen und Jungen tendenziell weniger Gruppendruck in Bezug auf den Konsum besteht, dieser für die Gruppenkohärenz weniger bedeutsam zu sein scheint und dies somit dazu führt, dass weniger und mit geringerer Frequenz getrunken wird.

Ein zentrales Thema sowohl der Jungen als auch der Mädchen ist die Kommunikation über Trinkevents. Mit diesen Erzählungen über das Trinken arbeiten sie sich auch immer an den jeweiligen Anforderungen ihrer Geschlechterrollen ab – teils in Form sehr traditioneller Muster, teils mit gegenläufigen Konstruktionen. Eher für Jungen als für Mädchen scheint die Menge des Alkohols, die vertragen werden kann, Grund zur Bewunderung und Ausdruck eines männlichen Ideals zu sein, wie dies auch ein Mädchen in einer interessanten Gegenüberstellung von Erwachsensein und Männlichkeit darstellt:

„Also Jungs, denke ich halt, (trinken), da sie eher männlich sein wollen, und Mädels vielleicht auch wegen dem Er-

wachsensein.“ (Mädchen, 15 Jahre)

Rauschtrinken ist eine Gruppenaktivität, und ohne die Peer-Gruppe gäbe es das Phänomen des Rauschtrinkens nicht. Der Konsum hat dabei unterschiedliche Funktionen innerhalb der Gruppen: Einmal kann er der Herstellung von Gruppenkohärenz dienen, in anderen Gruppen ist Gruppendruck ein entscheidendes Merkmal. In jenen Gruppen, in denen der Alkohol eine sehr große Rolle bei der Herstellung von Gruppenkohärenz spielt, kann es aus dem Blickwinkel der Jungen durchaus – entgegen traditioneller Geschlechterrollenzuschreibungen – positiv bewertet und bewundert werden, wenn Mädchen gleich viel vertragen:

„Zum Teil trinken sie (die Mädchen) sogar schlimmer. Also ich kenn welche, die trinken sehr schlimm. (Eine), die säuft ne halbe Flasche Wodka, steht noch kerzengerade und da muss ich auch denken: Hut ab, Mädchen!“ (Junge, 17 Jahre)

Es finden sich jedoch auch Beschreibungen von Jungen über Mädchen, dass letztere generell mehr Vorsicht walten lassen und dass:

„... die Jungs eher weniger Probleme damit (haben), wenn sie so'n richtigen Absturz haben, und dass Mädchen halt gewissenhafter sind, was Betrunkensein angeht.“ (Junge, 17 Jahre)

Darüber hinaus erproben Jungen und Mädchen gleichermaßen für sie relevante Selbsterfahrungen und Verhaltensmuster im Kontext des Rauschtrinkens in der Gruppe. Es finden sich

sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen Beschreibungen ihres eigenen Trinkverhaltens als exzessiv und unkontrolliert, und es gibt auch Hinweise auf Mädchen, die beim Trinken handgreiflich werden und Aggressionen ausagieren. Dabei stehen dann weniger Sachbeschädigungen, sondern eher Konflikte mit anderen Mädchen im Vordergrund, oft im Rahmen traditioneller Geschlechterrollen und mit Bezug auf Jungen:

„... da kam ein Mädchen und hat gesagt: Was fasst du meinen Freund an? Und dann hat sie mich geschuckt und ich hatte so einen Minirock an, dann bin ich hingeflogen. Da bin ich ausgerastet und habe sie geschlagen.“  
(Mädchen, 17 Jahre)

Die Befürchtung, im betrunkenen Zustand aggressiv gegenüber anderen zu werden, berichten Jungen und Mädchen gleichermaßen, wobei Jungen häufiger Angst vor Sachbeschädigungen und kriminellen Handlungen äußern.

Sowohl Jungen als auch Mädchen versuchen, eine Entwicklung ihres Trinkverhaltens in Richtung Kontrolle zu erreichen. Grund für den Wunsch nach Kontrolle sind für Jungen und Mädchen gleichermaßen negative körperliche Erfahrungen. Es gibt jedoch auch Beispiele bei Jungen wie auch Mädchen, dass derlei Erfahrungen ohne große Konsequenzen für künftiges Rauschtrinken bleiben. Mit dem Kontrollverlust unter starkem Alkoholkonsum werden negative Konsequenzen befürchtet, und das Verhalten in sehr betrunkenem Zustand ist stark negativ besetzt. Gleichzeitig wird jedoch auch

versucht, eine Trinktoleranz zu entwickeln, ohne gleich mit negativen Folgen konfrontiert zu sein. In fast allen Gruppen haben sich Regeln in Bezug auf ein bestimmtes Trinklimit, welches nicht überschritten werden sollte, etabliert. Dieses wird von den Gruppenmitgliedern eingefordert und z.T. auch sanktioniert, falls dieses nicht eingehalten wurde. Es gibt immer auch abstinente Situationen, in denen bewusst wenig oder überhaupt nichts getrunken wird. Durchweg finden sich immer Gruppenmitglieder, die abstinent sind und von der Gruppe dennoch akzeptiert werden. Besondere Regelungen gelten hinsichtlich Paarbeziehungen, wobei diese Regelungen auch unterschiedlich ausgehandelt werden. Einige der interviewten Mädchen betonen, dass sie sich über die Höhe ihres Konsums nicht reinreden lassen wollen. Es gibt jedoch auch Mädchen, die während einer Beziehung Phasen der Abstinenz einlegen. Die meisten der interviewten Jungen betonen, dass sie ihren Konsum reduzieren, wenn sie eine Freundin haben/hätten.

Neben Regeln der sozialen Trinkkontrolle haben die Jugendlichen in ihren Peer-Gruppen im Kontext des Trinkens Regeln und Normen entwickelt: aufeinander aufpassen, einander nach Hause begleiten, Regeln der Fürsorglichkeit. Sowohl Jungen als auch Mädchen soll die Regel des gegenseitigen aufeinander Aufpassens vor negativen Folgen des Konsums schützen. Dabei findet sich besonders bei Mädchen oftmals ein Zweiergespann von Freundinnen, die diese Funktion füreinander übernehmen.

Dezidierte Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich in der

Beschreibung von erlebten oder gefürchteten Vergewaltigungen und sexuellen Übergriffen im Kontext des Rauschtrinkens. Diese kommen ausschließlich in mehreren Interviews von Mädchen vor und betonen damit den Hintergrund der Konstruktion des Aufpassens durch eine Freundin: Mädchen fühlen sich in betrunkenem Zustand eher in der Öffentlichkeit gefährdet als Jungen.

Als externer Einflussfaktor spielt elterliches Verhalten eine zentrale Rolle für das Trinkverhalten der Jugendlichen. Dennoch zeigt sich in den meisten Beschreibungen, dass die Eltern das Ausmaß des Trinkens ihrer Kinder eher unterschätzen und wenig darüber wissen, was ihre Kinder in ihrer Freizeit tun. Gleichzeitig haben die Jugendlichen Strategien entwickelt, um elterliche Kontrollen auszuhebeln: Bei Freunden übernachten, bei ihrer Heimkehr sofort das eigene Zimmer aufsuchen oder früher am Abend anfangen zu trinken, damit genug Zeit zum Ausnüchtern bleibt. Als beschämend und peinlich werden Situationen von Jugendlichen beschrieben, wenn sie von den Eltern in betrunkenem Zustand angetroffen und zur Rede gestellt werden. Regeln der Eltern werden jedoch dennoch auch ein Stück weit als verbindlich akzeptiert und führen in bestimmten Grenzen auch zu einer gewissen Kontrolle, dass das Trinkverhalten nicht zu sehr ausartet. Insgesamt scheint mit Bezug auf den Einfluss der Eltern auf das Trinkverhalten die Variable der Beziehungsqualität zwischen Eltern und Jugendlichen den entscheidenden Ausschlag zu geben. Hinweise darauf, dass Mädchen mit Bezug auf Freiheiten des Weggehens oder Trinkens

grundsätzlich eingeschränkter wären als Jungen, gibt es nicht.

Genderübergreifend herrschen insgesamt ganz ähnliche Muster im Konsum und Verhalten. Jungen und Mädchen versuchen gleichermaßen, Kontrolle über ihr Trinkverhalten zu erlangen. Zentraler Unterscheidungspunkt bleiben jedoch Erfahrungen und Gefährdungen durch sexuelle Gewalt, die ausschließlich von Mädchen erlebt oder befürchtet werden.

Mädchen und Jungen müssen im Rahmen ihrer Identitätsfindung bestimmte Entwicklungsaufgaben erledigen – wozu auch der Umgang mit Alkohol gehört. Einerseits wird der Umgang damit in der Gruppe der Gleichaltrigen erlernt und erprobt, andererseits ermöglicht der Kontext des Trinkens darüber hinaus relevante individuelle und soziale Erfahrungen.

Damit ist die Gruppe gleichzeitig Erfahrungs- und Risikoraum. Einerseits ist sie ein Ort, an welchem Normen für das Trinken festgelegt, entwickelt und Vorkehrungen getroffen werden, um unerwünschte soziale und körperbezogene Folgen zu vermeiden. Andererseits stellt die Gruppe einen Risikoraum dar, in welchem die Jugendlichen problemlos an Alkohol gelangen können und der sie animiert, in relativ jungem Alter regelmäßig Alkohol zu konsumieren und eine Trinktoleranz zu entwickeln.

---

Sibylle Walter ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „Jugendliche und Rauschtrinken“. E-Mail: [sibylle.walter@iris-egris.de](mailto:sibylle.walter@iris-egris.de)

---

Carola  
Bau

## Mädchen und Suchtmittelkonsum

Aktuelle Statistiken und parallel dazu die mediale Berichterstattung geben uns in den letzten Jahren regelmäßig Auskunft darüber, dass junge Mädchen zunehmend mehr Suchtmittel konsumieren. Hierzu zählen im legalen Bereich Nikotin, Medikamente und Alkohol, im illegalen Bereich vorrangig Cannabis, aber auch die so genannten Partydrogen X-tasy, Speed und LSD. In der Praxis der Suchthilfe lässt sich zusätzlich beobachten, dass junge Mädchen nicht nur verstärkt Suchtmittel konsumieren, sondern dies auch noch mit so genannten „harten“ und somit auch risikoreichen Konsummustern praktizieren. Gegensätzlich erscheint in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass Frauen nach wie vor nur ca. 1/3 der Gesamtklientel der Suchtberatungsstellen ausmachen, in Bezug auf Mädchen und junge Frauen liegen die Zahlen eher noch niedriger. Es ist also davon auszugehen, dass Mädchen trotz des steigenden Suchtmittelkonsums Hilfsangebote in der Regel nicht oder erst sehr spät, d.h. bei massiven Problemlagen, aufsuchen. Ggf. begünstigt ist dieses Phänomen noch durch die Tatsache, dass Frauen/ Mädchen sich – trotz massiven Suchtmittelkonsums – oft unauffälliger verhalten. Die Konsequenz ist, dass Interventionen und Einflussnahmen „von Außen“ (Eltern/Freunde/Lehrkräfte...) vielfach nicht erfolgen, da kein Bedarf gesehen wird.

Die im Vorangegangenen getätigten Aussagen legen nahe, sich mit den Ursachen der skizzierten Entwicklungen zu beschäftigen. In diesem Zusammen-

hang erscheint es sinnvoll und notwendig, sich mit gängigen Zuschreibungen der weiblichen Geschlechtsrolle und mit daraus resultierenden Anforderungen und Begrenzungen als Konsequenzen für junge Mädchen und Frauen auseinander zu setzen.

Die traditionelle Frauenrolle hat sich in den vergangenen Jahrzehnten massiv verändert. Hiermit einher geht ein Zugewinn an individueller Freiheit, aber auch eine gesteigerte Anspruchshaltung an die Fähigkeiten und Kompetenzen von Frauen. Junge Mädchen werden heute nicht mehr dahingehend erzogen, ihre Aufgabe und Erfüllung ausschließlich in der Rolle der Mutter und Familienversorgerin zu sehen. Sie haben einen großen Entscheidungsspielraum in Bezug auf ihre zukünftige Lebensgestaltung. Sie werden im Vergleich zu früheren Erziehungsstilen weniger behütet, stattdessen wird ihre Selbstständigkeit gefördert. Es besteht für sie die Chance, durch das Erreichen hoher Qualifikationsniveaus beruflich Karriere zu machen und somit ggf. unabhängig von versorgenden Partnern zu leben. Als Gegenpol zu dieser emanzipatorischen Bewegung existieren jedoch in unserer Gesellschaft quasi als „Parallelwelt“ auch immer noch die traditionellen Rollenbilder, in welchen eine Frau ohne Mann/Familie/Kinder entwertet bzw. „entweiblicht“ wird und auch, vielfach unausgesprochen, ein rigider Verhaltenskodex die Grundzüge weiblichen Verhaltens regelt.

Die im Vorangegangenen beschriebenen gesellschaftlichen Bedingungen

für Mädchen beinhalten Entscheidungsfreiheiten und Überforderungsmomente gleichermaßen. Mädchen probieren sich – wie Jungen – in vielen, ihnen jedoch traditionell eher verschlossenen, Lebensbereichen aus. In diesem Zusammenhang werden bestimmte Verhaltensweisen gesellschaftlich positiv gewertet und als Gewinn der Emanzipation gesehen – z.B. das Anstreben hochwertiger Schulabschlüsse, beruflicher Karrieren und finanzieller Unabhängigkeit. Ambivalent beurteilt wird dann schon das Experimentieren in Partnerwahl und Sexualität, denn an dieser Stelle ist der Widerspruch zum traditionellen Frauenbild bereits eklatant. Wenn Mädchen dann auch noch beim Konsum von Suchtmitteln mit den jungen Männern „gleichziehen“, ist die Grenze des Nachvollziehbaren deutlich überschritten und Erklärungen, Interventionen und Maßnahmenkataloge werden lautstark gefordert. An dieser Stelle muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass der Suchtmittelkonsum von Mädchen keineswegs bagatellisiert werden soll – Mädchen sind mit den immensen Freiheiten und daraus resultierenden Anforderungen ebenso überfordert wie Jungen. Aber es erscheint in diesem Zusammenhang wichtig, in einem Erklärungsansatz den ansteigenden Suchtmittelkonsum von Mädchen nicht als schicht- oder gar personenbezogene, also eher individuelle Problematik darzustellen, sondern als eine nahezu logische Konsequenz veränderter gesellschaftlicher Werte (hierzu passende Stichworte sind z.B. „Konsumgesellschaft“ einhergehend mit dem „Schneller-Höher-Weiter-

Prinzip“) und Rollenzuschreibungen. Es muss in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen werden, dass die im Vorfeld skizzierten Anspruchshaltungen an und daraus oftmals resultierenden Überforderungssituationen von Mädchen und jungen Frauen ein erhöhtes Risiko darstellen, dass aus einem Experimentierkonsum ein Missbrauchsverhalten und somit ein (Problem-)Bewältigungskonsum werden kann und die Gefahren der Entwicklungen von Abhängigkeit und Sucht in Folge dessen massiv ansteigen. Es erscheint somit aus Sicht der Suchthilfe als Schlussfolgerung dringend erforderlich, Mädchen in ihrer Risikokompetenz durch Förderung der Sozialkompetenz, vor allem in den Bereichen Abgrenzungsfähigkeit, realistischer Selbsteinschätzung, Selbstbewusstheit und Selbstmanagement, Krisenbewältigung und Entwicklung von Lebensperspektiven zu stärken. An dieser Stelle sind sowohl Eltern/Familie als auch die Schule/Lehrkräfte, sonstige Bezugspersonen, Sportvereine, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Jugendtreffs und von Jugend- und Suchthilfe gefordert, ihre Verantwortung wahr zu nehmen und in Erziehung und pädagogischer Arbeit entsprechende Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

---

Carola Bau  
 Jugend- und Suchtberatungszentrum Hannover Drobs  
 Odeonstr. 14  
 30159 Hannover  
 E-Mail: carola.bau@step-hannover.de

---

Sabine  
Timme

## Druck essen Seele auf...

Frau Dr. Wallner hat in ihrem Power-Point-Vortrag leidenschaftlich dicht am Gegenstand ihrer Forschung, wunderbar klar und heilsam deutlich gemacht, wie sich die Errungenschaften von Frauenbewegung, Gleichberechtigung und Gender Mainstreaming im Leben von Mädchen und jungen Frauen heute abbilden – nämlich eher als ADDITION von Verantwortung denn als Erweiterung von Handlungs-Optionen. Kontinuierliche Addition macht Druck!

Mein Arbeitsfeld im FrauenTherapie- und Beratungszentrum AMANDA e.V. sind Essstörungen. Essstörungen sind für viele Frauen und Mädchen, auch wenn das paradox klingen mag, Möglichkeiten der Druckentlastung. Eine Klientin hat dies – stellvertretend für viele andere – so auf den Punkt gebracht: „Die paar Minuten nach dem Kotzen, bevor ich mich schäme und Schuldgefühle habe, sind für mich die einzige Entspannungsmöglichkeit am Tag.“

Prof. Dr. Margret Gröne von der Fachhochschule Hildesheim, die ich 1990 in einem der ersten deutschen Forschungsprojekte zu Bulimie an der Medizinischen Hochschule Hannover kennen lernte, hält Essstörungen u.a. für ein Übergangsritual (Gröne 2007). Sie ist wie ich der Meinung, dass Essstörungen und deren Vorformen<sup>1</sup> mittlerweile zur Mädchenwelt gehören. Wir haben viele Diskussionen mit Fachfrauen und -männern darüber geführt, ob die unzähligen Essstörungsformen und -techniken bei Krankheits- oder

Resilienzverhalten eingeordnet werden sollen, und sind zu einem Schluss nach dem Motto ‚Jede Medaille hat drei Seiten‘ gekommen: Dass Essstörungen krank machen können und sogar die psychosomatischen Erkrankungen mit der höchsten Todesrate sind<sup>2</sup>, ist erwiesen.

Unumstritten ist aber auch, wie Prof. Giorgio Nardone (2003, 2005) feststellt, dass Essstörungen unter den psychosomatischen Erkrankungen weltweit die schlechteste Diagnostik haben. Er beklagt, wie eingeschränkt und undifferenziert medizinische Diagnosemanuale wie das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* seit Jahrzehnten mit Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa bzw. deren „Atypische Form“ auskommen. Binge-EatingDisorder, wofür es noch gar keine festgelegte deutsche Bezeichnung gibt, weil das einfache Wort Esssucht zur Definition nicht ausreicht, fällt als Subgruppe unter „nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (EDNOS für: Eating Disorders Not Otherwise Specified - wer gängige Diagnosen nachlesen möchte: [www.ab-server.de](http://www.ab-server.de)). Die pathologische Verhaltensvielfalt und der Erfindungsreichtum von Frauen und Mädchen hat die medizinische Diagnostik längst überholt.

Kommen wir zurück zur anderen Seite der Medaille, denn gleichzeitig zur Bedrohung durch Essstörungen, und das ist das Dilemma der betroffenen Mädchen und der sie Behandelnden, dienen selbige in hohem Maße

- als Problemlösungsstrategien,
- zum Konfliktmanagement,
- als Selbsthilfemaßnahmen und
- Überlebenstraining.

So lautet unser Fazit aus zwei Jahrzehnten des Lernens von essgestörten Frauen im Beratungs-, Therapie- und Weiterbildungsgeschäft.

### Wofür diese ganzen Strategien und Maßnahmen?

Blicken wir noch einmal auf die Aussage der oben zitierten Klientin: Es geht um den Umgang mit Druck. Druck, der im Ausloten fremder und eigener Perfektionsansprüche, fremder und eigener Sehnsüchte, fremder und eigener Wünsche entsteht (s. dazu Caroline Knapp, 2006). Und es geht dabei um die unterschiedlichen individuellen Bewältigungsformen innerhalb des alltäglich notwendigen Ausbalancierens dieser Ansprüche, das manchmal eben nur mit Hilfe einer EssStörung gelingt.

Weibliche Wesen aller Kulturen sind in der Adoleszenzphase vor die Aufgabe gestellt, zu entwickeln, wer sie sind und wer sie sein wollen – in Auseinandersetzung mit dem, was sie sein sollen. In allen Gesellschaften sind mehr oder weniger ausgeprägte Initiationsriten (Übergangsrituale) ein wichtiger Bestandteil dieses Werdens. Ein Teil der Initiationsriten in unserer Kultur, wie Jugendweihe, Konfirmation, Kommunion, Bundeswehr und evtl. familiäre Varianten zur ersten Menstruation (die fortlaufend an Bedeutung verlieren und durch die Teilnahme an Castings ersetzt werden) wird als Aufgabe aus der Erwachsenenwelt an die Kinder herangetragen. Ein Teil wird

von den Mädchen und Jungen selbst entwickelt. Beides ist zeit- und kontextabhängig, unterliegt also Wandlungen und Interpretationen.

Selbstinszenierungen sind Teil von Jugendkultur in der Adoleszenz- und Pubertätszeit. Zu ihnen gehören identitätsbildende und -stabilisierende Techniken, die hauptsächlich und in der Regel sichtbar mit dem Körper zu tun haben; wie z.B. der Einsatz bestimmter Accessoires (Mode, Tattoos, Piercing etc.) und die „Verwendung von Insignien des Erwachsenseins wie Schminken und Diäthalten..., Motorrad- und Autofahren, Geschlechtsverkehr“ und die Einnahme legaler und illegaler Drogen als von Jugendlichen beanspruchte Erwachsenenprivilegien (Habermas 2002).

Wenn Diäthalten heutzutage aus der Sicht eines Wissenschaftlers wie Habermas zur Erprobung von Erwachsenenverhalten zählt, so, wie ich vor 40 Jahren Lippenstift und Pfennigpumps meiner Mutter ausprobiert und mit knurrendem Magen ihre Diätversuche begleitet habe, dann können wir davon ausgehen, dass Diät mittlerweile eine kulturelle Errungenschaft ist.

### Diäten sind untauglich für langfristige Gewichtsabnahme

Im Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wird bereits 1992 festgehalten, dass „das kollektive Diätverhalten der weiblichen Bevölkerung als Risikofaktor für die Entstehung von Schwierigkeiten und Störungen im Essverhalten verantwortlich“ ist.

Die allseits bekannte Abnehm-Formel: ‚Weniger essen, mehr bewegen!‘ hat seit 50 Jahren nichts genützt – im Ge-

genteil. Trotzdem wird diese Haltung von öffentlich-rechtlichen und privaten Fernsehsendern, von diversen mit öffentlichen Geldern finanzierten Gesundheitsprogrammen für Schulen und Kindergärten vehement propagiert. Vermutlich auch mangels Alternative...

Momentan ist Udo Pollmer in Deutschland einer der wenigen, die sich, polemisch zwar aber wissenschaftlich fundiert, dem Alarmgeschrei von der Zunahme Dicker entgegen stellen (Pollmer 2005). Mein Lieblingsbeispiel aus seinen diversen Veröffentlichungen ist eine Metapher pro Körpervielfalt und für die Scheiterstrategie von Diätversuchen: „Windhunde sind sehr dünn und laufen sehr schnell. Möpfe sind dick und laufen langsam. Kein normal denkender Mensch würde daraus schließen, dass Möpfe nur abspecken müssten, um künftig Rennen zu gewinnen. Klar, dass ein halbverhungertes Mops keinen Windhund besiegt.“ (Pollmer 2001)

Ursprünglich als spezifisches Ernährungsangebot bei organischen Erkrankungen konzipiert, hat Diät aus der Krankenhausküche heraus Weltkarriere gemacht. Ihr Buchstabengesicht - *D - I - Ä - T* - ist öfter auf dem Titelblatt von Frauenzeitungen platziert, als alle Topmodels der Welt.

In dieser Hinsicht halte ich Frauenmagazine für EssStörungsfachliteratur: vorne dünne Models, in der Mitte ein kritischer Artikel über EssStörungen, Depressionen, Fremdgehen oder andere Beziehungsangebote; auf die Tipps schlanker, erfolgreicher Frauen für andere, die ebensolche werden wollen, folgen am Schluss leckere (Diät-) Rezepte. Wohl bekommt's!

### Problematisch: Das Schönheitsideal der Frauenmagazine

Frauenmagazine tragen neben Kino, Fernsehen, Litfasssäulen, Werbeflächen und Preisflächengestaltung zu der immens großen Anzahl von knapp 3.000 Appellen (vor vier Jahren zählten die Soziologinnen noch 2.400) bei, die täglich bewusst und größtenteils unbewusst auf uns weibliche Wesen einwirken und uns bedeuten, dass wir eben nicht dem gängigen Schönheits- und Leistungsideal entsprechen ...not even Supermodels look like Supermodels...

Medien bauen eine Ästhetik auf, gegen die wir uns immerhin, aber dennoch nur geringfügig mit Aufklärung/ Bildung (!) wehren können.

Hinter der Ware „Schönheitsideal“ exportieren Medien und ihre Macherinnen und Macher weibliche Selbstabwertung in aller Herren und Frauen Länder dieser Welt.

Susie Orbach sieht darin eine Form von Kulturimperialismus und stellt in einem Interview mit der Frankfurter Rundschau (2001) Zusammenhänge her:

- mit der Einführung von Satellitenfernsehen und dem Import amerikanischer Soaps 1995 zeigten auf den Fidschi Inseln binnen zweier Jahre 15% der Mädchen bulimisches Verhalten.

- EssStörungen breiteten sich in der DDR erst unter dem Einfluss der kapitalistischen Wirtschaftsform aus und

- nach dem Erstverkauf von Marie Claire in einigen afrikanischen Ländern reagierten 15- bis 16-jährige Mädchen prompt mit einer Diät auf das angebotene Schönheitsideal.

Es geht hier nicht um reine Medienselbste. EssStörungen sind in ihrer

Entstehung multifaktoriell. Man geht von biologischen, gesellschaftlichen und (finanz-) politischen Determinanten, kultureller Einbettung, individualpsychologischen und innerfamiliären Faktoren aus.

Aber die Seele ist nun mal archaischer als das Gehirn. Und Medien, allen voran die PR-Industrie, nutzen Erkenntnisse aus der Neurobiologie und der Lernpsychologie, um ihre Produkte gewinnbringend an die Frau zu bringen.

Der Werbetexter Frederic Beigbeder formuliert das in seinem autobiografisch gefärbten Roman „39,90“ punktgenau: „Ich caste die Models...die Sie Top-Models nennen, weil sie auf allen Plakaten sind; meine Mädchen traumatisieren jede Frau über vierzehn.“ (Beigbeder 2001)

Im Mittelpunkt der Produktpalette von Unternehmen steht: das Produkt FRAU.

Bei allen Errungenschaften der Frauenbewegung konnte der Blick auf den Frauenkörper als Objekt des Wohlgefallens (auch der der Frauen!) nicht dauerhaft sonderlich diversifiziert werden: schlank und mager in der Größenordnung von XXS oder Null sind nach wie vor die anerkannten Körperformen. Ausnahmen finden wir in größerem Umfang nur in der DOVE-Werbung und bei namhaften Unternehmen, die für XXL-Bekleidung werben.

„Der weibliche Körper wird in unserer Gesellschaft als eine Art Rohmasse betrachtet, aus der sich mit Selbstdisziplin und einem entsprechenden Aufwand ein ansehnliches Objekt herstellen lässt.“ (Meier-Gräwe 2006) Auf perfide Art und Weise haben sich „die Unternehmen...den Forderungen

der feministischen Bewegung nach sexueller Selbstbestimmung bemächtigt und in eine Falle für junge Mädchen verwandelt“, wird Gigi Durham von Katja Gelinsky in einem Artikel über Beauty-Wahn für Kleinkinder zitiert.

Das funktionalistische Körperbild (gemeint sind weit verbreitete Techniken der Körperveränderung und -kontrolle durch Extrem-Fitness und Schönheits-OPs zum Schnäppchenpreis) westlicher Industrienationen hat unweigerlich Einfluss auf Mädchen (und Jungen) und zwar bereits weit vor der Adoleszenz. Wen wundert, dass in einer Gesellschaft mit funktionalistischem Körperbild Mädchen und junge Frauen ihren Körper als Bastion für Selbstinszenierung nutzen; dass die kapitalistisch-neoliberale Wirtschaftsform sie lehrt, ihren Körper als Teilhabe am Warentausch zu begreifen und entsprechend zu präsentieren (Miss-Wahlen, Americas/Germanys Next Top-Model).

„Neue Mädchen“ – Gewinnerinnen eines gesellschaftlichen Umbruchs?

Die Medien übertreffen sich seit einiger Zeit äußerst undifferenziert im Lobgesang auf unsere „neuen“ Mädchen. Sie seien selbstbewusst, stark, kreativ, fleißig und mutig. Sie legten keinen Wert auf die Errungenschaften der Frauenbewegung und des Feminismus, sondern seien damit aufgewachsen und könnten sich nun als Gewinnerinnen des gesellschaftlichen Umbruchs sehen (s. Brigitte-Studie 2008). Ihnen stünden alle Türen offen.

Da ist was dran. Aber als alte Häsin, die seit 20 Jahren immer neue Formen von Essstörungen kennen lernt, weiß ich von meiner Klientel: das Neue-Mädchen-Selbstbewusstsein schrumpft vor

jeder Tür, hinter der eine Waage steht, proportional dazu, wie hoch die Nadel ausschlagen wird. Und es schrumpft beim Austritt aus dem wertschätzenden und fördernden Refugium der Mädchenarbeiterinnen in die Welt der Praktika und Berufstätigkeit.

Wir junge und alte Mädchenarbeiterinnen, Girlies, Normalos, Shrinks, Feministinnen und andere Weibsbilder sind gefordert, uns dort, wo Aufklärung ineffektiv ist, notfalls mit juristischer Kontrolle den Medien und der Ernährungsindustrie in Puncto Schlankheitsimperialismus entgegen zu stellen. Und wir sind auch gefordert, den Essgestörten unter uns, statt sie einer defizit-orientierten, pathologisierenden Diagnostik anzupassen (ich halte das für einen iatrogenen Fehler im Gesundheitssystem), Anerkennung zu zollen und mit ihnen gemeinsam andere Wege der Druckentlastung zu erforschen.

## Literatur

<sup>1</sup> s. Studie zu Vorformen von Essstörungen:  
[www2.uni-jena.de/journal/02jour05/forschung\\_2.htm](http://www2.uni-jena.de/journal/02jour05/forschung_2.htm)

<sup>2</sup> s. Langzeitstudie zu Anorexia nervosa:  
[www.uni-heidelberg.de/presse/news\\_2003anorex.html](http://www.uni-heidelberg.de/presse/news_2003anorex.html)

Beigbeder, Frederic: „39,90“, 2001

Brigitte-Studie 2008  
„Frauen auf dem Sprung“, Heft 8-11/2008

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.):  
„Ernährungsbericht 1992“

Durham, Gigi: „The Lolita Effect: The Media Sexualisation of Young Girls and What You Can Do About It“, 2008 zit. nach Gelinsky, K.

Frankfurter Rundschau 25.08.2001: „Wir exportieren Körperhass“. Interview mit Susie Orbach

Gelinsky, Katja: „Beauty-Wahn für Kleinkinder“, FA(S)Z, 13. 07.08

Gröne, Margret: „Ess-Störung als Übergangsritual“ in: „Irrwege, Umwege, Auswege: Visionsuche als Gesundheitscoaching für junge Frauen mit Ess-Störungen“, unveröff. Manuskript (2007)

Habermas, Tilmann: „Identitätsentwicklung im Jugendalter“ (2002) aus: [www.psychanalyse.uni-frankfurt.de](http://www.psychanalyse.uni-frankfurt.de)

Knapp, Caroline: „Hunger“, 2003

Meier-Gräwe, Uta: „Zwischen Völlerei und Diätenwahn – Über die Essgewohnheiten der Kids“, SWR2 AULA-Manuskriptdienst, Sendung vom 06.08.2006

Nardone, Giorgio: „Systemische Kurztherapie bei Ess-Störungen. Einführung und Fallstudien“, 2003

Nardone, Giorgio/Schmidt, Gunther: „Systemische Kurzzeittherapie bei Ess-Störungen“; Weiterbildungsseminar des Milton-Erickson-Institutes Heidelberg; 3 DVDs, autitorium-netzwerk, 2005

Pollmer, Udo; Andrea Fock und Ulrike Gonder: „Prost Mahlzeit – Krank durch gesunde Ernährung“, 2001

Pollmer, Udo: „Esst endlich normal!“ 2005

---

Sabine Timme,  
Soz.Psych.M.A.  
AMANDA e.V.  
FrauenTherapie- und Beratungszentrum  
Fachbereich Essstörungen  
Volgersweg 4a  
30175 Hannover  
E-Mail: [mail@amanda-ev.de](mailto:mail@amanda-ev.de)

---

Corinna  
Schach

## Immer jünger in die Sprechstunde? Wie Mädchen und junge Frauen zu Patientinnen gemacht werden

Mit der zweiten Frauenbewegung zu Beginn der 70er Jahre wurde der diskriminierende Umgang mit Frauen in Medizin und Forschung im Sinne von Unter- oder Überbehandlung in einem von Männern dominierten Medizinsystem erstmals breit öffentlich diskutiert. In der Frauengesundheitsforschung wird die Medikalisierung von Frauen seit langem thematisiert und eine allgemeine und systematische Berücksichtigung von Geschlecht für die gesamte Medizin gefordert: „Medikalisierung umfasst alle Versuche der ärztlichen Profession, ihr Definitionsmonopol auszuschöpfen, normale Körperprozesse aus einer medizinischen Perspektive zu betrachten, sie zu pathologisieren und anschließend mit dem medizinischen Instrumentarium zu ‚behandeln‘.“ (Kolip, 2000, S.10).

Als Folge dieser Definitionsmacht bestimmen in der Regel Männer, was für Frauengesundheit ein relevantes Problem ist und wie dieses zu behandeln ist.

### Das Konstrukt PMS

So kann heute das so genannte prä-

menstruelle Syndrom (PMS) als „neues Konstrukt“ der im 19.Jh. beschriebenen „Hysterie“ interpretiert werden. Damals wurde der „Uterus als Wurzel allen Übels“ für Frauen mit den hierfür definierten „Symptomen“ (Symptome der Hysterie wurden als „gleichgültig gegen fremdes Leid“ oder „Tyrannisierung der Umgebung in nicht selten unglaublichster Weise“ beschrieben) als Ursache verantwortlich gemacht und die „Behandlungsformen“ hatten Bestrafungscharakter: Klitoridektomie, Ovarrektomie, Hausarrest, Fixierung (Beckermann, 2004; Fischer-Homberger, 1979). Erst in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde das Bild der Hysterie als wissenschaftlich unhaltbare Mischung aus männlichen Sexualfantasien, Missbrauch ärztlicher Macht und den Folgen tatsächlicher psychosozialer Überforderungen von Frauen entlarvt (Schmerl, 2002).

Im 20. Jahrhundert erschlossen sich mit der Erforschung der weiblichen Geschlechtshormone – Östrogen und Gestagen – für die Gynäkologie neue Optionen sowohl für diagnostische als auch therapeutische Verfahren und ebenso für weitere strategische Mög-

lichkeiten zur Medikalisierung von Frauen, wie u.a. die Diskussion um die so genannte „Hormon Replacement Therapy (HRT)“, aufgezeigt hat.

Schon 1931 beschreibt Frank PMS. Eine schwerwiegende Symptomatik wird heute „true PMS“ genannt (lt. Lit. ca. 5-10%) (Beckermann, 2004).

PMS wird aktuell definiert: Sich spezifisch in der Lutealphase wiederholende psychologische und/oder somatische Beschwerden, mit der Menstruation beginnt Beschwerdefreiheit und es besteht eine symptomfreie Woche (O'Brian, 1987).

Die Liste der Symptome beinhaltet mit mehr als 150 verschiedenen Beschwerdebildern überwiegend subjektive Kriterien, die genauso gut auf andere Erkrankungen hinweisen könnten oder nicht zwangsläufig als pathologisch einzustufen sind. Hierzu zählen u.a. Müdigkeit, Schmerzen, Schwellungen, Brustspannen, Gewichtszunahme, Obstipation, Pickel, Unruhe, Anspannung, Reizbarkeit, Aggressionen, Konzentrationsstörungen oder Verlust des Selbstbewusstseins. Grundsätzlich gibt es eine übermäßige Fülle von Beschwerden, aber keine validen diagnostischen Kriterien. Somit können je nach Definition und Kulturkreis 5 – 95% aller Frauen mit hormonellen Zyklen mit dieser Diagnose versehen werden (O'Brien, 1993; Moos, 1969). Die Norm ist die (angebliche) Linearität der Männer, positive Aspekte der Zyklizität von Frauen (z.B. Phasen von kreativem Nachdenken, größerer Sensibilität oder erhöhtem sexuellem Interesse) werden nicht benannt und positive prämenstruelle Veränderungen sind kaum erforscht. Immer noch wird das weibliche „Reproduktionssystem“

(Hormone) für Eigenschaften, die nicht mit einem „gewünschten“ Frauenbild übereinstimmen (z.B. Reizbarkeit, Zurückweisung Versorgungsansprüche anderer), verantwortlich gemacht. Im westlichen Kulturkreis ist häufig eine negative Attribuierung des Zyklusgeschehens zu finden, in anderen Kulturen wird die Regelblutung von Frauen aber auch verbreitet ohne negatives Symptom erlebt. Eine Studie der WHO zu PMS (n=500, 10 verschiedene Länder) zeigt, dass PMS ein typisch westliches Phänomen ist, so haben Japanerinnen die wenigsten prämenstruellen Beschwerden, auch weitere Studienergebnisse weisen auf eine große individuelle und interkulturelle Variabilität hin (Beckermann, 2004).

Die „hormondefizitäre Sichtweise“ unterstützt natürlich auch ökonomische Interessen, so werden z.B. in den USA „PMS-Kliniken“ mit breit angelegten Marketingstrategien beworben. Nicht selten geben Frauen hier 200 US-Dollar im Monat nur für eine Hormonbehandlung aus, obwohl Studien hierfür aufgrund fehlender Methodenkorrektheit keine Wirksamkeitsnachweise liefern (Beckermann, 2004).

### HPV-Impfung und die Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen

Trotz der andauernden Kritik aus Praxis und Forschung, dass Frauen keine defizitären Individuen sind, ist gerade in letzter Zeit anhand der HPV-Impfung zu beobachten, wie Medikalisierung immer jüngere Zielgruppen betrifft und wie Mädchen immer früher in die Patientinnenrolle geraten.

Im Juni 2006 wurde in den USA der Impfstoff gegen humane Papilloma-

viren (HPV) Gardasil® für Mädchen und junge Frauen vom 9. bis zum 26. Lebensjahr zugelassen, in Deutschland erfolgte dies im Herbst 2006. Ein weiterer Impfstoff Cervarix® ist seit September 2007 zugelassen. Im März 2007 wurde die Impfung von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Mädchen vom 12. bis zum 17. Lebensjahr empfohlen. Die Impfung gegen HPV wurde auch für Jungen vom 9. bis zum 15. Lebensjahr zugelassen, aber nicht empfohlen.

Binnen kürzester Zeit wurde der Impfstoff massiv mit Slogans wie „Impfung gegen Krebs“ und „Der Durchbruch in der Krebsprävention“ beworben, Gardasil-Hersteller Sanofi Pasteur MSD hat nur im August 2007 alleine mit diesem Impfstoff 28 Millionen Euro Umsatz gemacht (Görlitzer, 2007).

Schon 1975 wurden erstmals HPV mit Gebärmutterhalskrebs in Verbindung gebracht (Grubert & Friese, 2003). Die rasante Entwicklung der letzten zwei Jahre erweckt allerdings den Eindruck, Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) sei nun zur neuen Volks- bzw. Frauenseuche geworden.

### HP-Viren und Krebs

Die persistierende Infektion mit einem HP-Virus der High-Risk-Gruppe wird mittlerweile als Voraussetzung für die Entstehung eines Zervixkarzinoms angesehen und somit kann der Gebärmutterhalskrebs als sexuell übertragbare Erkrankung bezeichnet werden.

Humane Papillomaviren gehören zu der Gruppe der Tumoviren. Es sind über 100 menschenpathogene HP-Viren bekannt (diese werden mit Nummern bezeichnet). Ca. 30 Typen sind verantwortlich für Krankheitsbilder in

der weiblichen und männlichen Anogenitalregion und werden entsprechend ihrer Onkogenität in Low- und High-Risk-Typen unterschieden. Als hiervon verursachte maligne Erkrankungen werden das Anorektalkarzinom, das Penis- und Vulvakarzinom und vor allem das Zervixkarzinom beschrieben. HPV 6 und 11 sind typischerweise die Erreger der Feigwarzen (weitere Low-Risk-Typen: 42-44). Die 4 High-Risk-Typen 16, 18, 31 und 45 finden sich in über 70% der Zervixkarzinome. Es existieren noch weitere High-Risk-Typen: u.a. 33, 35, 51, 52, 56, 58. Die Virusübertragung erfolgt über Geschlechtsverkehr (GV), ist aber nicht an Austausch von Körperflüssigkeiten gebunden (Hampl, 2006).

Die HPV-Infektion wird in Fachkreisen als die weltweit häufigste durch GV übertragene Erkrankung bezeichnet. Die Prävalenz bei Frauen zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr wird mit 20-50% angegeben, über dem 35. Lebensjahr liegt diese bei 4-10%. Die Wahrscheinlichkeit für Frauen, sich im Laufe ihres Lebens einmal mit HPV zu infizieren, beträgt 70%, aber bei 70-80% heilt die Infektion ohne Symptomatik und mit nachfolgender lebenslanger Immunität innerhalb von 12 bis 18 Monaten aus (Hampl, 2006). Nach Studien betrifft die Infektion mit den krebsauslösenden Viren, gegen die die Impfung schützen soll, nur 0,8% bis 1,5% der untersuchten Frauen (Weller & Stanberry, 2007).

Weltweit sterben ca. 300.000 Frauen jährlich am Zervixkarzinom. In den so genannten Entwicklungsländern ist dies die häufigste krebsbedingte Todesursache junger Frauen, in Europa ist es die zweithäufigste Krebserkran-

kung von Frauen dieser Altersgruppe (15-49 J.). 2002 verstarben in Europa 30.000 Frauen an dieser Erkrankung (HAMPL, 2006), in Deutschland waren es, bei einer Inzidenz von 6.700 (d.h. von 100.000 Frauen erkranken 10-13 Frauen), im selben Jahr 1.700 Todesfälle (d.h. von 100.000 Frauen versterben 2-3 Frauen<sup>1</sup>) (HILLEMANNS et al., 2007; GEKID, 2006).

80% der Zervixkarzinome treten also in den so genannten Entwicklungsländern auf. In Deutschland liegt Gebärmutterhalskrebs an der 10. Stelle der gesamten Krebserkrankungsfälle. Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland eine seltene Krebsform. Eine von 100 Frauen erkrankt im Laufe des Lebens daran, die meisten im Alter von über 50 Jahren. 3 von 1000 Frauen sterben daran.

Um die Relationen zu verdeutlichen: In Deutschland verstarben im Jahr 2006 1.700 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, 17.300 Frauen an Brustkrebs und 73.800 Frauen an ischämischer Herzkrankheit (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008). Von einer „neuen Volks-Frauenseuche“ kann also nicht die Rede sein.

### Die Zulassung in Sieben-Meilen-Stiefeln

Hier sei zunächst noch einmal betont, dass es sich bei den auf dem Markt befindlichen Impfstoffen um eine Impfung gegen zwei onkogene Virentypen (16,18) handelt. Diese können Krebs auslösen, müssen dies aber nicht zwangsläufig. Es ist also keine Impfung gegen Krebs. So verständlich der Wunsch nach einer Primärprävention von Gebärmutterhalskrebs durch Impfung ist, so unverständlich ist jedoch

die überraschend schnelle Zulassung des Impfstoffes durch die amerikanische und europäische Arzneimittelbehörden (Abholz, 2007) sowie die frühzeitige Impfeempfehlung durch die STIKO.

Die HPV-Impfung schützt nur gegen 2 von ca. 15 Hochrisikotypen! Die beiden in Deutschland zugelassenen HPV-Impfstoffe sind ein so genannter tetravalenter Impfstoff, der gegen HPV 6, 11, 16 und 18 immunisiert und ein bivalenter Stoff, der HPV 16 und 18 abdeckt. Diese Impfstoffe führen zur Antikörperbildung gegen die entsprechenden HP-Viren, ausreichender Impfschutz wird nach dreimaliger intramuskulärer Injektion in den Oberarm innerhalb von sechs Monaten bei Frauen angenommen, wenn bei diesen zum Zeitpunkt der Impfung noch keine HPV-Infektion vorliegt. Somit werden Mädchen und junge Frauen vor Aufnahme erster Sexualkontakte zur Zielgruppe. Wie lange der Impfschutz anhält, ist noch nicht geklärt. Der Benefit für Frauen mit schon bestehender Infektion ist unklar. Eine bereits bestehende Zellveränderung kann hierdurch nicht beeinflusst werden (Gemeinsame Erklärung, 2008; Hillemanns et al., 2007).

Als Grundlage der Zulassung des Impfstoffes durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) dienten vier Studien mit einer maximalen Laufzeit von 4,5 Jahren. Die Studienpopulation wies eine Altersspanne von 16 bis 26 Jahren auf, damit war aber nicht die Zielgruppe abgebildet. Die eigentliche Zielgruppe Kinder wurde nicht untersucht. Aufgrund zu langer Studienlaufzeiten wurden stattdessen Immunogenitätsstudien zur Immunantwort

auf die Impfung vorgenommen. Auch bei Kindern war eine erhöhte Antikörperbildung feststellbar. Dies stellt aber keinen klinisch relevanten Endparameter (maligne Zellveränderung) dar (arznei-telegramm, 2006).

### Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie...?

Als Nebenwirkungen der Impfung werden lokale Reaktionen (Rötung, Schwellung, Schmerz) an der Injektionsstelle sowie seltener auftretende systemische Reaktionen (Fieber, Magen-Darm-Beschwerden, Atembeschwerden, Schwindel, Urticaria, Gelenkentzündungen, rheumatische Erkrankungen) beschrieben. Schwerwiegende Nebenwirkungen werden mit 3,5% - 8% angegeben (arznei-telegramm, 2006). Die Nebenwirkungen bei Schwangeren sind nicht hinreichend geklärt. Bei 42 versehentlichen Impfungen in der Schwangerschaft in den USA wurden 18 Komplikationen (davon 2 Fehlgeburten) beschrieben. In dem Zeitraum von Juli 2006 bis Mai 2007 wurden ebenfalls in den USA 1.637 Fälle mit Verdacht auf Impfnebenwirkungen gemeldet, davon 371 schwere Nebenwirkungen wie Sehverlust, Krampfanfälle und Lähmungen (Judicial Watch, 2008).

Bei zwei Todesfällen in Deutschland und Österreich im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung ergab die Obduktion keinen Hinweis auf Kausalität, aber kritische Expertinnen und Experten schließen die Impfung als Ursache nicht aus (arznei-telegramm, 2008).

### Die Rolle der STIKO

Gebärmutterhalskrebs ist in Deutsch-

land eine relativ seltene Folgeerkrankung einer häufigen Infektion. Der Zeitraum zwischen Erstinfektion und Entstehung einer schweren Dysplasie wird auf 5 Jahre geschätzt, weitere 5 – 7 Jahre werden als Latenzzeit für die Karzinomentstehung genannt (Garland, 2002). Dies und die hohe Remissionsrate erschweren Studien mit klinisch relevanten Endparametern. Seit dem Zeitpunkt der Zulassung bis heute bleibt der Benefit der Impfmaßnahme im Unklaren. Auf der anderen Seite sind Nebenwirkungen und Komplikationen noch nicht hinreichend erforscht. So verwundert nicht nur die schnelle Zulassung des Impfstoffes, sondern auch die Empfehlung der Impfung durch die STIKO.

Die STIKO ist am Robert-Koch-Institut (RKI) angesiedelt und besteht aus 16 Mitgliedern, deren Aufgabe es ist, zu beurteilen, ob eine Krankheit so schwerwiegend ist, dass eine Notwendigkeit zur Prophylaxe besteht. Bei Impfeempfehlungen, die von dieser Kommission ausgesprochen werden, muss dann die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten übernehmen.

Schon im März 2007 sprach die STIKO die entsprechende Empfehlung aus (STIKO, 2007). Kritikerinnen und Kritiker weisen auf die große Nähe einzelner Mitglieder der STIKO zu der Pharmaindustrie hin. Heinz-Josef Schmitt, damals Vorsitzender der STIKO, erhielt kurz vor der Markteinführung des Impfstoffes den mit 10.000 Euro von der Pharmaindustrie finanzierten „Helmut-Stickl-Preis“ „für sein besonderes Engagement zur Förderung des Impfgedankens“. Im September 2007 legte er den Vorsitz nieder und wechselte

zum Pharmakonzern Novartis (Görlitzer, 2007). Natürlich hat die STIKO, nachdem dies publik wurde, ihre Unabhängigkeit betont.

### Money, Money, Money,...

Mittlerweile ist der Impfstoff das umsatzstärkste Medikament in Deutschland. Die Kosten für drei Impfungen betragen in Deutschland 465 Euro. Sie ist damit die teuerste Impfung für Kinder und Jugendliche. Deutlich „günstiger“ ist die Impfung in Australien (ca. 290 Euro) und auch in den USA (ca. 240 Euro). Bei Impfteilnahme aller Mädchen in Deutschland betragen jährlich die Kosten für die GKV ca. 200 Millionen Euro. Dies bedeutet einen Anstieg der Gesamtausgaben um 0,8%, eventuell notwendige „Auffrischungsimpfungen“ noch nicht mitberechnet (Rosenbrock, 2007). Für präventive Ansätze stehen den gesetzlichen Krankenkassen nur ca. 4% des Gesamtbudgets zur Verfügung, hierbei sind Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Methoden der EBM (evidenzbasierten Medizin) zu berücksichtigen (§ 12 SGB V). Diese Zahlen machen deutlich, wie groß die ökonomischen Aspekte und Interessen sind, die mit der HPV-Impfung verbunden sind.

Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrates, kommt zu dem Schluss, dass es sich bei der teuersten Impfung aller Zeiten nicht um einen Durchbruch in der Krebsprävention handelt. Er weist darauf hin, dass die Früherkennungsuntersuchung für Gebärmutterhalskrebs das Mortalitätsrisiko um 90% senken kann, eine Impfung kostet so viel wie 15 Früherkennungsuntersuchungen. Des Weiteren gibt er zu Bedenken, dass präventive Inter-

ventionen immer ethischen Anforderungen genügen müssen (Rosenbrock, 2007).

### Werbung statt evidenzbasierte NutzerInnen-Information

Die hohe Inanspruchnahme der Impfung ist auf eine Vermarktungsstrategie zurückzuführen, die mit massiver Werbung statt mit sachlicher Aufklärung arbeitet. In den entsprechenden Flyern wird lebenslanger Impfschutz versprochen. Die mögliche Spontanausheilung der Infektion wird nicht benannt. Es werden keine Zahlen zu Inzidenz und Mortalität des Gebärmutterhalskrebses genannt und Nebenwirkungen werden verharmlost. Zielgruppenspezifisch werden Lehrkräfte, Eltern, vor allem Mütter, und Mädchen angesprochen. Insbesondere Werbung, die an Mütter gerichtet ist, arbeitet mit Schuldzuweisungen. Welche Mutter möchte nicht die Chance nutzen, ihre Tochter vor Gebärmutterhalskrebs zu bewahren (Sanofi Pasteur MSD, 2007)?

Werbekampagnen, die sich an Mädchen wenden, erzeugen nicht selten Angst. So werden z.B. ganze Projektstage an Schulen von der Initiative „PIKS“ abgehalten. „PIKS“ ist die Abkürzung für (die Assoziationskette) Pubertät – Impfung – Krebs – Sexualität (PIKS, 2007). Welchen Einfluss solche Werbestrategien auf Mädchen vor und in der Pubertät für Entwicklung und Erleben ihrer Sexualität haben, muss dringend breit thematisiert und erforscht werden.

### Ausblick

Noch sind weitere zahlreiche Fragen offen. Es ist unklar, wie lange der Impfschutz anhält und ob eine Auf-

frischungs-Impfung notwendig ist. Ebenso fehlen Erkenntnisse, wie sich die Impfung bei schon bestehender HPV-Infektion auswirkt und welchen Einfluss die Impfung auf die anderen Virentypen hat. Expertinnen und Experten schließen nicht aus, dass ein so genanntes „Replacement“ stattfinden kann. Dies bedeutet, dass vermehrt andere HPV-Typen auftreten, die auch Gebärmutterhalskrebs auslösen können. Offen ist weiterhin, ob die Impfung wirklich langfristig die Erkrankung an einem Zervixkarzinom verhindert. Schließlich bleibt die Frage, wie sinnvoll die HPV-Impfung bei Jungen ist (Gemeinsame Erklärung, 2008; arznei-telegramm, 2006).

Trotz dieser offenen Fragen arbeitet die Pharmaindustrie daran, weitere Zielgruppen für die Impfung zu erschließen. Auch eine so genannte Adoleszenzimpfung, eine Kombinationsimpfung gegen HPV, Bakterien der Gruppe Meningokokken C und Hepatitis B-Viren, durch KinderärztInnen ist in der Diskussion.

In dem US-Bundesstaat Texas, dessen Gouverneur Perry enge Verbindungen zur Pharmaindustrie pflegt, sind schulpflichtige Mädchen zur HPV-Impfung sogar gesetzlich verpflichtet, ansonsten wird ihnen der Schulbesuch verwehrt (Hirte, 2008).

### Forderungen und Fazit

Es wird deutlich, dass evidenzbasierte NutzerInnen-Information zur HPV-Impfung der Lobbyarbeit und Vermarktungsstrategie der Pharmaindustrie entgegen gesetzt werden muss. Die Informationen müssen verständlich und ausgewogen dargeboten werden und auf patient-oriented-outcomes

ausgerichtet sein. Auch die so genannten prädisponierenden Co-Faktoren für die Entstehung des Gebärmutterhalskrebses, zu denen Schwächung des Immunsystems, hormonelle Faktoren (Pille?), Co-Infektionen (z.B. Herpes genitalis), genetische Disposition, Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner, ungeschützter GV (Kondome bieten zwar keinen 100%igen Schutz, verringern aber das Infektionsrisiko) und Rauchen gezählt werden (Gemeinsame Erklärung, 2008; Hampl, 2006), müssen in der Öffentlichkeit thematisiert werden. Ebenfalls muss betont werden, dass die HPV-Impfung nicht die Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs ersetzt. Von Frauen aus sozial benachteiligten Schichten und höherer Altersgruppen wird diese Sekundärpräventionsmaßnahme schon heute wenig genutzt (Rosenbrock, 2007, Hillemanns et al., 2007). Aber nicht nur die Teilnehmerinnenrate sollte verbessert werden. Noch liefert der PAP-Abstrich viele falsch-positive Befunde, die eine operative Intervention (Konisation) nach sich ziehen (Hirte, 2008). Gelder für eine Forschung mit dem Ziel der Verbesserung der Spezifität dieser Früherkennung wären hier sinnvoll eingesetzt.

Der Gesetzgeber sollte bei (Werbe-) Informationen für medizinische Interventionen verlangen, dass finanzielle Interessen und Abhängigkeiten seitens der Verfasserinnen und Verfasser offen gelegt werden.

Des Weiteren ist die Notwendigkeit für unabhängige Langzeit-Studien offensichtlich. Langzeitbeobachtung der Entwicklung der Gebärmutterhalskrebs-Erkrankungsrate ist einzufor-

dem, da Infektionsstatus und Schleimhautveränderungen nicht die klinisch relevanten Endparameter darstellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass ein Inzidenz-Rückgang, bei der bekannt langen Latenzzeit, auch auf den heute üblicheren Gebrauch von Kondomen zurückgehen kann (Abholz, 2007). Da ein Inzidenz-Rückgang also kein direkter Beweis für den Impfnutzen ist, wäre die Einführung von Impfregeistern zur Nachbeobachtung der Zielgruppe sinnvoll sowie die Nachbeobachtung von Nicht-Geimpften als Kontrollgruppe. Die bisher durchgeführten Studien müssen vollständig der Fachwelt und breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Oft herrscht noch eine intransparente Studienlage, da nur Teilergebnisse publik gemacht wurden (Abholz, 2007). Schließlich sollte eine systematische Erfassung aller Nebenwirkungen und Komplikationen der Impfung in entsprechenden Registern erfolgen.

Die Politik ist gefordert, die Unabhängigkeit von Kommissionen wie der STIKO zu gewährleisten. Ein Schritt in die richtige Richtung wäre, die STIKO zur Verfahrenstransparenz zu verpflichten. So werden z.B. bis heute Abstimmungsergebnisse und Kontroversen bei Sitzungen der STIKO nicht öffentlich gemacht (Görlitzer, 2007). Um die Pathologisierung normaler Entwicklungsphasen von Mädchen und jungen Frauen zu verhindern, gilt es, das Erleben von weiblicher Gesundheit zu fördern. Spezifische Angebote zur Ressourcenförderung können z.B. den Konstruktionscharakter der Diagnose „Prämenstruelles Syndrom“ im Sinne „Erlertes Leiden als doing-gender“ entlarven sowie zur infor-

mierten Entscheidungsfindung bei der HPV-Impfung beitragen. Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen in ihren Lebenswelten zu stärken, wird nur gelingen, wenn eine weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen der immer noch bestehenden Fokussierung auf die ärztlich-medizinische Disziplin in diesem Bereich entgegentritt.

### Literatur

<sup>1</sup> 1971 lag die Mortalität in Deutschland noch bei 35/100.000, 1971 wurde die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung (PAP) ab dem 20.Lj. im Leistungskatalog der GKV verankert, der Zusammenhang mit der seitdem rückläufigen Mortalität ist wahrscheinlich (Hillemanns et al., 2007).

Abholz, H.-H. (2007). Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – kritische Würdigung einer ungewöhnlichen Impfung. *Z Allg Med*, 2007, 83: 57-60

Arznei-telegramm (2008). Todesfälle in Verbindung mit HPV-Impfstoff: Kritik „entkräftet“? Online-Dokument: <http://www.arznei-telegramm.de/register/C569200.pdf> (Zugriff am 30.5.2008)

Arznei-telegramm (2006). Neu auf dem Markt. HPV-Impfstoff Gardasil. Online-Dokument: <http://www.arznei-telegramm.de/register/L4712WT.pdf> (Zugriff am 30.5.2008)

Beckermann, M. J.. (2004). Das prämenstruelle Syndrom – ein Konstrukt? In: Beckermann, M. J. & Perl, F. M. (Hrsg.). *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe* (S.502-527). Basel: Schwabe

Fischer-Homberger, E. (1979). *Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber. Online-Dokument: [http://fischer-homberger.ch.galvani.ch-meta.net/fileadmin/pdf/krankheit\\_frau.pdf](http://fischer-homberger.ch.galvani.ch-meta.net/fileadmin/pdf/krankheit_frau.pdf) (Zugriff am 25.6.2008)

Garland, S.M. (2002). Human papillomavirus update with a particular focus on cervical disease. *Pathology*, 2002, 34. 213-224

- GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.), RKI (Robert-Koch-Institut) (2006). Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. Saarbrücken
- Gemeinsame Erklärung zur HPV-Impfung und zur Verhinderung von Gebärmutterhalskrebs (2008). Online-Dokument: [http://www.gesundheit-in-bremen.de/download\\_dateien/gesundheitschutz/HPV\\_gemeinsamErklaerung.pdf](http://www.gesundheit-in-bremen.de/download_dateien/gesundheitschutz/HPV_gemeinsamErklaerung.pdf) (Zugriff am 17.9.2008)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008). Sterbefälle (ab 1998). Online-Dokument: <http://www.gbe-bund.de> (Zugriff am 30.5.2008)
- Grubert, T.A., Friese, K. (2003). Impfung gegen HPV, Gynäkologe, 2003, 36: 313-322
- Görlitzer, K.-P. (2007). Fragwürdige Interessenkonflikte. taz (16.11.2007). Online-Dokument: <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel?ressort=wi&dig=2007%2F11%2F16%2Fa0119&cHash=152157a1de> (Zugriff am 15.5.2008)
- Hampl, M. (2006). Vermeidung und Therapie HPV-assoziiierter Erkrankungen durch Vakzinationsprogramme, Gynäkologe, 2006, 39: 122-133
- Hillemanns, P., Mehlhorn, G., Rinnau, F., Soergel, P., Beckmann, M. W. (2007). HPV-Infektion: Impfung, Diagnostik und Therapie. Geburtsh Frauenheilk, 2007, 67: R1-R28
- Hirte, M. (2008). Die HPV-Impfung. Online-Dokument: [http://www.individuelle-impfentscheidung.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=23&Itemid=42](http://www.individuelle-impfentscheidung.de/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=42) (Zugriff am 20.9.2008)
- Judicial Watch (2008). Judicial Watch Investigates Side-Effects of HPV Vaccine. Online-Dokument: <http://www.judicialwatch.org/gardasil> (Zugriff am 22.6.2008)
- Kolip, P. (2000). Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Kolip, P. (Hrsg.). Weiblichkeit ist keine Krankheit (S.9-30). Weinheim, München: Juventa
- Moos, R. H. (1969). A typology of menstrual cycle symptoms. Am J Obstet Gynecol, 1969;103: 390-402
- O'Brian, P. (1987). Premenstrual syndrome. Oxford: Blackwell
- O'Brien, P. (1993). Helping woman with premenstrual syndrome. BMJ, 1993, 307: 1471-1475
- PIKS (Präventionskampagne in brandenburgischen Schulen) (2007). Jugendliche sensibilisieren, motivieren, schützen. Online-Dokument: [http://www.lago-brandenburg.de/pdf/Presse/2007/November\\_PIKS\\_erstmals\\_in\\_Potsdam.pdf](http://www.lago-brandenburg.de/pdf/Presse/2007/November_PIKS_erstmals_in_Potsdam.pdf) (Zugriff am 23.9.2008)
- Rosenbrock, R. (2007). Impfung gegen Gebärmutterkrebs. Durchbruch in der Krebsprävention?. Dr. med. Mabuse, 2007, 167: 20-21
- Sanofi Pasteur MSD (2007). Engagierte Schauspielerinnen und Mütter - Nina Petri setzt sich für die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs ein. Online-Dokument: <http://www.ichsagsweiter.de/nina-petri/interview-mit-nina-petri.html> (Zugriff am 17.9.2008)
- Schmerl, C. (2002). Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung. In: Hurrelmann & Kolip (Hrsg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- STIKO (2007). Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut: Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung. Epidemiologisches Bulletin.
- Weller, S. C., Stanberry, L. R. (2007). Estimating the Population Prevalence of HPV. JAMA, 2007, 297: 876-878

---

Corinna Schach  
 Institut für Public Health und Pflegeforschung,  
 Universität Bremen  
 FB Human- und Gesundheitswissenschaften  
 Grazer Str. 2  
 28359 Bremen  
 E-Mail: cschach@uni-bremen.de

---

## Interview mit Barbara Ernst

Barbara Ernst ist Ärztin, Beraterin und Trauerbegleiterin.

Seit 12 Jahren arbeitet sie in der pro familia Beratungsstelle Göttingen vor allem zu den Themen Frauengesundheit, Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt, auch mit Menschen mit Behinderungen, deren Eltern und Betreuerinnen/Betreuer. Hier beschäftigt sie sich besonders mit den Themen Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung sowie mit dem noch sehr tabuisierten Thema der Sexualassistenz.

Uns beschäftigt die Frage, wie aus Mädchen und jungen Frauen Patientinnen gemacht werden. Die ersten Stichworte dazu heißen Pathologisierung und Medikalisierung von normalen Vorgängen im Leben von Frauen.

**Frau Ernst, auch in den Bereichen der reproduktiven Gesundheit, also Schwangerschaft, Geburt, Verhütung, ist dieser Trend zu sehen, Mädchen und junge Frauen zu Patientinnen zu machen. Wenden wir uns als erstes der Verhütung zu. Warum ist das ein „Einfallstor“ für das Patientin-Werden von Mädchen?**

Heutzutage nehmen schon die Mütter – sicherlich gut gemeint – ihre Töchter mit zur eigenen Gynäkologin, um sie auf ihre „Rolle der gynäkologischen Patientin“ vorzubereiten. Weil häufige „Krankheitssymptome“, über die Mädchen klagen, „sich (zu) dick fühlen, unzufrieden sein mit dem eigenen Körper, unreine Haut, depressive Verstimmungen und Regelschmerzen“ sind, werden immer häufiger auf ärzt-

lichen Rat Diät- und Abführtabletten für das Schönheitsideal, Psychopharmaka, Schmerztabletten bei Menstruationsbeschwerden und Hormone für die Haut verschrieben. Insgesamt beobachten Fachfrauen und –männer eine zunehmende Medikalisierung junger Frauen und Mädchen. Wie Frauen in den Wechseljahren werden auch Mädchen in der Pubertät als behandlungsbedürftig betrachtet. Doch die Pubertät ist keine Krankheit, sondern ebenso wie das Klimakterium eine Lebensphase.

Mit der Begründung, die Mädchen vor ungewollter Schwangerschaft schützen oder Zyklusanomalien wie die natürlicherweise oft noch sehr unregelmäßig auftretende Regelblutung regeln zu wollen, werden die Mädchen häufig bereits nach Einsetzen der Monatsblutung zu Patientinnen, indem sie die Anti-Baby-Pille verschrieben bekommen.

Interessanterweise habe auch ich häufiger junge Mädchen – von ihren Müttern geschickt – in der Beratung, die keinen Freund haben oder wenn doch, mit diesem noch gar keinen Sex wollen, trotzdem aber „sicherheitshalber“ schon mal die Pille nehmen sollen. Da für die Pille Rezeptpflicht besteht und unabhängig von dieser eine Anamnese sowie eine körperliche Untersuchung der Mädchen auch sinnvoll ist, stellt sie spätestens das „Einfallstor“ zum Patientinnen–Sein dar.

**Frau Ernst, Sie sehen bei pro familia auch Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund. Haben diese**

### **Mädchen und jungen Frauen andere Fragen als die deutschen?**

Auf jeden Fall: Auch zusätzliche Fragen!

Aber was sagt in dem Zusammenhang oder überhaupt „Migrationshintergrund“?

Mädchen aus islamischen Familien haben oft ganz eigene Fragen, besonders z.B. bezogen auf das Jungfernhütchen, die Mädchen aus anderen Ländern nicht so und eher nicht mit einer solchen Brisanz und Lebenswichtigkeit beschäftigen.

In Göttingen in der Beratungsstelle haben wir häufiger auch Mädchen und junge Frauen aus Osteuropa, die wiederum mit ganz speziellen Themen kommen, z.B. im Zusammenhang mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch sich oft über den sehr moralischen, religiös geprägten Umgang mit diesem Thema in Deutschland wundern und staunen, was Frauen hier als Patientinnen im Vorfeld des Schwangerschaftsabbruchs „erledigen“ müssen, um dann den Eingriff durchführen lassen zu können.

Zwischenzeitlich kommen auch immer wieder chinesische Studentinnen

zur Beratung, die in der Frühschwangerschaft mit dem Thema Mädchen oder Junge befasst sind und unbedingt erfahren wollen, was „es“ werden soll, um sich dann zu entscheiden, schwanger zu bleiben oder eben nicht. Zitat: „Meine Eltern finanzieren mir von ihrem langjährig Ersparten mein Studium hier. Wenn ich schwanger nach Hause komme, ist das schon schlimm genug. Wenn es aber ein Mädchen wird, ist es eine Katastrophe! Für alle!“

Die im Rahmen einer Public Health-Studie zur Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus (BMBF 1996-1999, Borde, David, Kentenich) durchgeführte Befragung von 320 deutschen und 262 Patientinnen türkischer Herkunft (Alter 15-75 Jahre) am ersten und vorletzten Tag ihres Klinikaufenthaltes mit Fragebögen in deutscher und türkischer Sprache zeigt, dass das Wissen über Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane, Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Früherkennungsuntersuchungen in der Gynäkologie sehr unterschiedlich vorhanden bzw. eben nicht vorhanden ist! (Vgl. Tabelle S.39)

Besonders erschreckend ist der durchgängig viel höhere Prozentsatz von „weiß ich nicht“-Antworten bei den türkischen Mädchen und Frauen – z.B. auch bei Fragen zum Zusammenhang zwischen Hormonen und Monatsblutung oder der unterschiedlichen Fruchtbarkeit der Frau im Zyklus. Bei schwierigeren Themen wie z.B. bei Kenntnis des PAP-Abstrichs werden die Unterschiede noch deutlicher.

**Frau Ernst, Sie haben Erfahrungen mit der Arbeit mit Mädchen und Frauen mit Behinderungen. Werden diese in gleichem Maße für die Patientinnenrolle geworben und wie stellt sich das dann dar?**

Mädchen mit Behinderungen kennen sich selbst oft schon seit Kindheitstagen vor allem als Patientinnen. Sie brauchen nicht „geworben“ zu werden, da sie zum Teil schon lange oder sogar immer im medizinischen Versorgungsnetz eingewoben sind. Für mich immer wieder erschreckend ist die bestenfalls gut gemeinte Selbstverständlichkeit des Nicht-behinderten-Umfelds, Eltern, Betreuerinnen/Betreuer in Wohngruppen und -heimen oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer, durch das diese Mädchen und Frauen nicht nur langjährig in der Patientinnenrolle, sondern zusätzlich auch unwissend bleiben und daher nicht selbstständig über sich und ihre Gesundheit entscheiden können und dürfen.

Z.B. erhalten immer noch viele dieser Mädchen bereits frühzeitig die Dreimonatsspritze, obwohl ansonsten gerade diese Verhütungsmethode wegen der möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen im Vergleich zu ande-

ren hormonellen Methoden eher nicht gewählt wird, zumindest nicht mit erster Präferenz und in so jungem Alter. Oft findet die Aufklärung der Mädchen und jungen Frauen erst viele Jahre später statt.

Leider muss ich aber einschränkend sagen, dass Schwangerschaftsverhütung bei diesen Mädchen und Frauen auch mit dem Wissen, dass gerade sie häufig Opfer von sexuellem Missbrauch und/oder Vergewaltigung sind, durchgeführt wird, leider wiederum häufig, ohne dass die Mädchen und Frauen wirklich verstanden haben, warum sie z.B. diese Spritze bekommen oder welche Bedeutung das Stäbchen im Arm hat.

**Frau Ernst, pro familia hat vor längerer Zeit die Teenagersprechstunde eingeführt. Die Idee war ja, Mädchen an die gynäkologischen Untersuchungen heranzuführen, ihnen die Angst zu nehmen und sie umfassend zu informieren. Wie ist diese Idee umgesetzt worden und hat sich die Hoffnung erfüllt, die Mädchen in diesem Bereich fit zu machen?**

Dazu gibt es viel zu sagen, weil hier auch ein geschichtliches Thema angesprochen ist. Bundesweit ist pro familia seit über 50 Jahren aktiv, gestartet als Familienplanungsorganisation, die das Wissen und die Möglichkeiten der Familienplanung an die Frau und den Mann bringen wollte. Im Laufe der Jahre, auch als Spiegel der gesellschaftlichen und politischen Entwicklung, sind die großen Bereiche der Sexualpädagogik und Sexualberatung dazu gekommen.

Als ein markantes Beispiel für die Ver-

änderungen, die sich in all den Jahren ergeben haben, nenne ich gerne die Tatsache, dass es damals in den 50er und 60er Jahren für Frauen noch sehr schwer, geradezu unmöglich war, die Anti-Baby-Pille zu bekommen. Sie war noch sehr neu in Deutschland und wenn überhaupt den Frauen vorbehalten, die verheiratet waren und schon Kinder hatten. Heutzutage ist es eher schwer, die Pille nicht zu bekommen, womit ich sagen will, dass Alternativen zur Verhütung leider immer noch nicht gut genug bekannt sind und in den gynäkologischen Praxen i.d.R. nicht besonders erwähnt werden. Bis hin zu Aussagen wie: „... wenn Sie schwanger werden wollen, brauchen Sie doch kein Diaphragma zu benutzen...“.

Insofern war und ist die Teenagersprechstunde immer noch sinnvoll und wichtig und wird in den pro familia Zentren oder Beratungsstellen, in denen sie noch angeboten wird, auch genutzt. Viele, eigentlich alle Themen werden aber mittlerweile vor allem auch von den Sexualpädagogen/innen in den Schulveranstaltungen und außerschulischen Projekten an die Jugendlichen weiter gegeben.

Wie so oft ist auch hier die Idee von anderen übernommen worden, Jugendlingsprechstunden werden von Kinder-, Haus- und Frauenärzten/innen angeboten, sicherlich auch, um die „Lücke“ zwischen den Vorsorgeuntersuchungen der Kindheit und den viel später einsetzenden Vorsorgeuntersuchungen des Erwachsenenalters ein wenig zu decken. Die „Jugendgesundheitsuntersuchungen“ gehen dabei weit über medizinische Themen hinaus. Pubertätsentwicklung und Sexualverhalten bei der J1 und Pubertäts- und

Sexualitätsstörungen bei der J2 zeigen die Übernahme und Erweiterung der Themenschwerpunkte der Teenagersprechstunde, wie sie ursprünglich bei pro familia vorgesehen war.

Im Internet habe ich unter Frauenarzt-infos.de folgendes zur Teenagersprechstunde gefunden:

Der erste Gang zur Frauenärztin/zum Frauenarzt ist für alle Mädchen und jungen Frauen besonders schwer. Freundinnen haben vielleicht schon etwas über ihren Besuch bei der Frauenärztin erzählt, aber dennoch sind noch ganz viele Fragen unbeantwortet und Ängste vorhanden, so dass dem ersten Termin meist mit Unbehagen entgegengesehen wird. Damit ihr seht, dass ihr mit euren Fragen, Ängsten und Problemen nicht alleine seid, haben wir diese Seite für euch zusammengestellt und hoffen, euch die wichtigsten Fragen beantworten zu können.

- Wann soll ich zum ersten Mal zur Frauenärztin/zum Frauenarzt?
  - Wie finde ich die richtige Frauenärztin oder den richtigen Frauenarzt?
  - Was passiert das erste Mal bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt?
  - Was darf ich fragen?
  - Was will die Frauenärztin/der Frauenarzt von mir wissen?
  - Wie bereite ich mich auf die Untersuchung vor? Erfahren meine Eltern von dem Besuch in der Praxis?
  - Gibt es die Pille danach wirklich?
- Wann soll ich zum ersten Mal zur Frauenärztin/zum Frauenarzt?

Das Alter spielt dabei keine Rolle. Wenn du das Bedürfnis hast, Fragen zu stellen in Bezug auf deinen Körper, die Sexualität, Verhütungsmethoden oder anderes, was dich beschäftigt – dann kannst du zu einer Frauenärztin/einem Frauenarzt gehen. Unbedingt solltest du gehen, wenn du Schmerzen im Unterleib oder in der Brust hast, wenn die Periode ganz besonders stark oder ganz besonders unregelmäßig ist.

In den meisten Praxen sollte man vorab telefonisch einen Termin für die Teenagersprechstunde vereinbaren, damit man nicht allzu lange warten muss. In sehr dringenden Fällen kannst du natürlich auch ohne Termin in eine Praxis gehen.

Wie finde ich die richtige Frauenärztin oder den richtigen Frauenarzt?

Häufig bieten Frauenärztinnen und Frauenärzte eine spezielle Teenagersprechstunde an. Diese Sprechstunde solltest du nutzen, da hier die Möglichkeit besteht, in dieser Zeit in Ruhe ein Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt zu führen. Schau einfach mal ins Internet – hier stellen sich viele Praxen vor. Oft ist ein Foto der Praxis und des Praxisteam eingefügt, meistens findest du auch eine Leistungsbeschreibung der Praxis, in der dann auch eine Teenagersprechstunde aufgeführt ist. Vielleicht ist ja auch eine Praxis in deiner Nähe dabei.

Sonst hördich in deinem Freundinnenkreis um. Meist war schon eine Freundin bei einer Frauenärztin/Frauenarzt und weiß, wo eine Teenagersprechstunde angeboten wird.

Was passiert das erste Mal bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt ?

Wenn du das erste mal in die Frauenarztpraxis kommst, wird meistens nur ein Gespräch geführt und du kannst dir die Praxis in Ruhe anschauen. Häufig zeigt dir die Frauenärztin/der Frauenarzt auch das Untersuchungszimmer mit dem Untersuchungsstuhl und du wirst feststellen, dass alles gar nicht so schlimm ist, wie du es dir gedacht hast.

Selbstverständlich darf dich deine

Freundin oder dein Freund zum Gespräch begleiten.

Sollte aus einem bestimmten Grund doch eine Untersuchung durchgeführt werden, brauchst du keine Angst zu haben. Sie dauert nicht lange und dient dazu, zu schauen, ob bei dir alles in Ordnung ist. Eine Untersuchung ist auch möglich, wenn du noch keinen Geschlechtsverkehr hattest. Es wird dir alles ganz genau erklärt.

Was darf ich fragen?

Du kannst deine Frauenärztin/deinen Frauenarzt alles fragen, was du auf dem Herzen hast. Alle Fragen sind wichtig. Am besten ist es, wenn du vor deinem Besuch all deine Fragen und Ängste aufschreibst, damit du nichts vergisst. Das erste Mal bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt ist man nämlich meist sehr aufgeregt.

Was will die Frauenärztin/der Frauenarzt von mir wissen?

Wenn du das erste mal in die Teenagersprechstunde kommst, musst du häufig ein Formular ausfüllen: mit deinem Namen, deinem Alter und deiner Adresse.

Damit die Frauenärztin/der Frauenarzt dich kennenlernt, werden einige Fragen zu Deiner Vorgeschichte gestellt:

- Welche Krankheiten, auch Kinderkrankheiten, hast du in deinem Leben durchgemacht und wurdest du schon einmal an der Brust oder im Unterbauch operiert?
- Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?
- Haben oder hatten deine Eltern schwere Krankheiten?
- Hast du einen Impfausweis?
- Wann hattest du zum ersten Mal deine Menstruationsblutung?
- Wann war die letzte Blutung?
- Ist deine Blutung regelmäßig oder unregelmäßig? Führst du einen Regelkalender?
- Hast du momentan Beschwerden und wenn ja, welche?

Wie bereite ich mich auf die Untersuchung

vor?

Du brauchst dich nicht speziell auf die Untersuchung vorzubereiten. Wasche dich wie sonst auch und zieh möglichst bequeme Kleidung an, vielleicht ein langes T-Shirt, damit du dich auch ohne Slip nicht so nackt fühlst. Die meisten Frauen bringen auch ein paar Socken mit, damit sie nicht barfuß über den Boden gehen müssen.

Nachdem du dich in der Umkleidekabine unten herum ausgezogen hast (auch den Slip) gehst du in den Untersuchungsraum. Der Untersuchungsstuhl ist in den meisten Praxen in der Nähe der Umkleidekabine.

Die Untersuchung findet auf dem gynäkologischen Stuhl statt. Das ist eine Art Liege, auf der du auf dem Rücken liegst und deine Füße links und rechts auf die am Stuhl angebrachten Stützen stellst. Automatisch kann der Stuhl nach oben gefahren und nach hinten gekippt werden, damit die Frauenärztin deinen Unterbauch untersuchen kann.

Atme ruhig und tief und versuche, dich zu entspannen. Es wird dir jeder Untersuchungsschritt genau erklärt. Sollte dir etwas unangenehm sein oder sogar etwas schmerzen, dann sag sofort Bescheid.

Insgesamt dauert die Untersuchung nur wenige Minuten. Eventuell will deine Frauenärztin/dein Frauenarzt anschließend noch deine Brust untersuchen. Dann ziehst du dich zunächst in der Umkleidekabine unten herum wieder an und machst danach die Brust frei. Ist die Untersuchung beendet, sagt dir deine Frauenärztin/dein Frauenarzt, dass du dich komplett wieder anziehen kannst.

Erfahren meine Eltern von dem Besuch in der Praxis?

- Bis zu deinem 14. Lebensjahr muss die Ärztin/der Arzt deinen Eltern auf Anfrage Auskunft geben.

- Bis zum 16. Lebensjahr liegt es im Ermessen der Ärztin/des Arztes, ob in bestimmten Situationen deine Eltern gebeten werden, mit in die Praxis zu kommen.

- Wenn deine Eltern nichts über den Besuch bei der Frauenärztin/beim

Frauenarzt erfahren dürfen, dann sage dies in jedem Fall. Du kannst dann beruhigter aus der Sprechstunde gehen.

- Ab dem 16. Lebensjahr hast du Anrecht auf absolute Vertraulichkeit.

Gibt es die Pille danach wirklich?

Ja, es gibt eine sogenannte Pille danach. Sollten du und dein Freund Angst haben, dass die Verhütung nicht ausreichend war, dann solltet ihr möglichst innerhalb von 48 Stunden (je früher desto besser) in eine Frauenarztpraxis oder am Wochenende in ein Krankenhaus mit einer Gynäkologischen Abteilung gehen. Nach einer kurzen Untersuchung wird dir die Frauenärztin/der Frauenarzt ein Rezept ausstellen und Dir erklären, wie man die Pille danach einnehmen muss. Und keine Sorge – das kann jedem mal

Außerdem gibt es zum Thema eine sehr interessante Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2005, in der 2.497 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren sowie deren Eltern befragt wurden. Hier von der BZgA zusammengefasste Ergebnisse zu zwei der angesprochenen Themen:

Frauenarztbesuch: Spätestens mit 16. Bei den 14-Jährigen ist mit 28 Prozent und bei den 15-Jährigen mit 44 Prozent der Frauenarztbesuch nicht mehrheitlich verbreitet. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl dann sprunghaft an: bei den 16-Jährigen sind es fast drei von vier, und unter den 17-Jährigen bilden diejenigen, die diese Erfahrung noch nicht gemacht haben, mit 13 Prozent eine Minderheit. Dennoch geht die Zahl der sexuell erfahrenen Mädchen, die vor dem ersten Mal zum Frauenarzt bzw. zur Frauenärztin gehen, von 40 Prozent im Jahr 2001 auf aktuell 34 Prozent zurück.

Die „Pille danach“ als Notfallmaßnahme. 88 Prozent der Mädchen und 69 Prozent der Jungen, die bereits Geschlechtsverkehr haben, wissen, dass

es eine letzte Möglichkeit gibt, wenn kein Verhütungsmittel genutzt wurde oder etwas schief gegangen ist. Damit ist die Kenntnis über die Möglichkeit der Notfallverhütung etwas mehr verbreitet als vor fünf Jahren. Knapp 10 Prozent der Mädchen haben auch bereits persönliche Erfahrung mit der „Pille danach“ gemacht.

In Ihrer Frage sprechen Sie vom Heranführen der Mädchen „an die gynäkologischen Untersuchungen“, was wirklich auch das Ziel der pro familia war und ist. Aber auch hier hat sich einiges verändert: Während im Zuge der Frauenbewegung Selbstuntersuchungen und das Kennen lernen des eigenen Körpers für viele Frauen sehr wichtig wurden, Frauenorganisationen das Erlernen von Selbstuntersuchungen angeboten haben, gibt es für diese Angebote der Frauengesundheitszentren und pro familia Beratungsstellen und Zentren nur noch wenig bis gar keine Nachfrage mehr. Dieser Vorschlag meinerseits z.B. in Berufs- oder Krankenpflegeschulen, ja sogar in der Hebammenschule führt bei den jungen Frauen (und Männern) eher zum Schmunzeln oder ich werde freundlich belächelt als eine, die irgendwie aus der „alten“ frauenbewegten Zeit noch übrig geblieben ist...

**Wenn wir an die HPV-Impfung denken oder auch an den Wunschkaiserschnitt oder an die Schönheitsoperationen: Warum wollen die Mädchen und jungen Frauen das, was sie sollen? Und was müsste sich ändern?**

Im Rahmen meiner Vorbereitung auf diese Tagung habe ich mich

auch mit dem Thema Medikalisierung beschäftigt. Dazu fand ich folgendes Zitat von Franz Kafka: „Rezepte schreiben ist leicht, aber im Übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer.“

Das, finde ich, trifft im übertragenen Sinn auch auf die von Ihnen gestellte Frage und beispielhaft genannten Themen zu. Wenn Mädchen und Frauen wirklich das wollen, was sie sollen, dann doch sicher auch oder sogar vor allem gerade weil sie es sollen und dazu gehören wollen. Außerdem mangelt es an Vorbildern, die sich wirklich mit ihnen „verständigen“ und auseinander setzen, sich gemeinsam mit ihnen informieren und sich trauen, dem was Mainstream zu sein scheint, etwas entgegen zu setzen.

Der Umgang mit der HPV-Impfung z.B. macht das in vieler Hinsicht deutlich.

Ein weiteres Beispiel, zum einen ein kulturelles, zum anderen doch immer schon vor allem ein Schönheitsthema für Mädchen und Frauen und neuzeitlicher auch ein Thema zumindest für schwule Männer ist der Umgang mit der Körperbehaarung.

Aus eigener Erfahrung kann ich rückblickend sagen, wie sehr es, besonders im Sommer, aber auch im Winter im Hallenbad, geradezu ein Spießbrutenlauf war, als ich meine für Frauen recht starke und zu dem sehr dunkle Beinbehaarung noch nicht rasiert hatte. Mit der langjährigen, emanzipatorischen Überzeugung, dass es richtig und wichtig ist, zu dieser Beinbehaarung als Teil von mir zu stehen, habe ich es mir über viele Jahre meines Lebens nicht leicht gemacht.

Wenn Sie hier fragen, was müsste sich

ändern, dann ist es die gesamte Gesellschaft, immer noch und immer wieder das vermittelte Schönheitsideal und schließlich auch das Bild der Frauen von sich selbst. Doch dann stellt sich gleich die nächste Frage: Wer bestimmt oder gibt vor, wie es sein soll, und wo ist Platz für Veränderungen in der nächsten Generation? Wer von uns z.B. kann entscheiden, was für die Mädels heutzutage gut und richtig ist, wenn nicht vor allem sie selber. Ich denke, mit ihnen in Kommunikation zu bleiben, sie in ihrem Weg zu un-

terstützen, ihnen unsere Erfahrungen anzubieten, aber sie ihre eigenen Erfahrungen machen zu lassen, ist immer wieder richtig und wichtig.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

Literatur bei der Verfasserin.

---

Barbara Ernst,  
 pro familia Beratungsstelle Göttingen  
 Rote Str. 19  
 37073 Göttingen  
 Tel.: 0551-58627  
 E-Mail: barbara.ernst@profamilia.de

---

Wissen über Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane, Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Früherkennungsuntersuchungen in der Gynäkologie						
	richtige Antwort in %		falsche Antwort in %		weiß ich nicht in %	
	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)
Zusammenhang zwischen Hormonen und Monatsblutung	39,5	12,8	46,8	42,5	13,7	44,7
Wann sind die unfruchtbaren Tage im Zyklus?	44,8	22,7	35,9	41,8	17,4	35,5
Was passiert beim „Eisprung“?	51,6	17,8	35,3	35,3	13,1	54,2
Zusammenhang zwischen Körpertemperatur und Eisprung	56,2	26,5	21,3	14,5	22,5	59
Kenntnis der PAP-Vorsorgeuntersuchung	51,6	18,4	17,4	18,4	26,5	63,2
Was ist eine Mammographie?	69,3	33,5	34,7	20,3	6	46,2
Übertragung von Geschlechtskrankheiten	88,7	65,5	10,4	17,3	0,9	17,2
Verhütung von Geschlechtskrankheiten	90,3	43,4	8,2	32,8	1,6	23,8

# Wege zu mehr gesundheitlicher Selbstbestimmung

Welche Rolle spielen Peers, die Schule, das Internet, Mütter?

Gesundheit, Ernährung, weibliche Identität und Umgang mit Aggression |

Wie schmeckt eigentlich ein Erdbeerkondom? |

Annette  
Zampolin

Stadtteilorientiertes, vernetzendes Angebot für  
Mädchen mit den Themenschwerpunkten

## Gesundheit, Ernährung, weibliche Identität und Umgang mit Aggression

### Projektskizze

Das Projekt läuft über ein Jahr (Nov. 07 bis Ende Okt. 08) und wird finanziert über Mittel aus dem so genannten „Experimentiertopf“ des Fachbereiches Jugend und Familie der Stadt Hannover. Es wird durchgeführt von drei Sozialarbeiterinnen, die im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (HzE) im Stadtteil Linden in Kooperation zusammenarbeiten. Beteiligte Träger sind der Verbund sozialtherapeutischer Einrichtungen e.V. und das Stephansstift Hannover. Des Weiteren kooperieren die Durchführenden mit Einrichtungen der Jugendpflege, mit Horteinrichtungen einer Schule im Stadtteil und dem Mädchenhaus Hannover.

### Zielgruppe

Zielgruppe sind Mädchen im Alter von 8 -18 Jahren, die derzeit in Einzel-HzE-Betreuungen sind und Mädchen aus deren Umfeld sowie Mädchen, die in Betreuung waren.

### Inhaltliche Ausrichtung

Wir haben festgestellt, dass in Einzelbetreuungsterminen Themen wie Gesundheit, Ernährung, weibliche Entwicklung und Identität, Umgang mit Aggression über den Einzelfallbedarf hinaus zu bearbeiten sind. Sie sind nicht im Einzelkontakt mit erwachsenen Betreuungspersonen ausschließlich zu bearbeiten, da die Methode „Gruppe“ zu den vorher genannten Schwerpunkten ein „Erleben“ mit anderen Mädchen notwendig machen. Die Mädchen brauchen die Auseinandersetzung mit Gleichen. In konstanten Gruppen soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, verschiedene Betreuungsschwerpunkte miteinander zu erleben und untereinander zu diskutieren. Dies findet nicht im üblichen Gruppenkontext statt, sondern durch wöchentlich angebotene, themenspezifische Einzelaktionen miteinander. Die inhaltliche Ausrichtung des Angebotes ergibt sich aus den biographischen und lebensweltorientierten

Bedarfen der Mädchen.

Viele der Mädchen leiden unter Übergewicht und möchten dies verändern, benennen dazu deutlich den Wunsch nach Unterstützung, der im elterlichen Kontext nicht gegeben ist.

Sie haben Unterstützungsbedarf in ihrer eigenen Körperwahrnehmung sowie in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Der motorische Bereich ist bei vielen nicht ausreichend entwickelt. Die Mädchen zeigen teilweise autoaggressives Verhalten.

Nach außen fallen die Mädchen durch ihr aggressives Verhalten auf, dies ist unter anderem Hintergrund für HzE-Gewährung.

### Form des Angebotes

Die Angebote für die Mädchen werden individuell gestaltet, sowohl vom Zeitumfang als auch von der Gruppenszusammensetzung her. Es können sowohl wöchentliche Angebote sein, als auch Projektstage, Aktionswoche(n) oder Wochenenden. Die notwendigen personellen und sachlichen Ressourcen werden eruiert und bedarfsgerecht eingesetzt. Kooperationspartner können z.B. sein:

- Tanztherapeutinnen > die Methode „Tanz“ zum Thema weibliche Identität, Körperlichkeit, Ausdruck und Kontakt zum eigenen „Ich“
- Ernährungsberaterinnen > die Methode Wissensvermittlung und praktische Beratung zum Thema gesunde Ernährung, Essstörungen, Übergewicht, Anorexie
- Pädagogische Fachkräfte aus der Jugendhilfe > die Methode Gruppe

mit Rollenspielanteilen, Reflexionsübungen zum Thema Umgang mit Eigen- und Fremdaggression

- Erlebnispädagoginnen > die Methode „heilpädagogisches Reiten“ und „Klettern“ zum Thema Eigenwahrnehmung, Grenzen erkennen, Umgang mit Ängsten
- Sportpädagoginnen > die Methode Gruppe zum Thema Selbstverteidigung (WenDO) zum Thema „Umgang mit Selbst- und Fremdaggression“
- Fachkräfte aus dem Bereich der Sexualpädagogik > Thema Sexualität und Verhütung und Gesundheit
- Musikpädagoginnen > Gesang als Ausdrucksmittel und Selbstwahrnehmungsinstrument

### Ziele

Starke Mädchen haben gelernt, Rücksicht auf schwächere Mädchen zu nehmen. Die Mädchen haben einen konstruktiven Umgang mit Aggression erlernt. Die Mädchen nehmen ihre eigenen Grenzen wahr. Die Mädchen lernen die Grenzen der anderen Mädchen kennen. Jedes Mädchen hat für sich ein Maß an Nähe und Distanz entwickelt. Die Mädchen erschließen sich gemeinsam öffentliche Räume im Stadtteil. Die Mädchen bauen eigene Ängste ab unter Menschen zu gehen und mit anderen in Kontakt zu kommen.

---

Annette Zampolin,  
Verbund sozialtherapeutischer Einrichtungen e.V.  
E-Mail: [annette.zampolin@vse-hannover.de](mailto:annette.zampolin@vse-hannover.de)

---

Inge  
Thömmes

## Peer-Projekte Liebe, Freundschaft, Sexualität Wie schmeckt eigentlich ein Erdbeer kondom?

### Peer-Idee

Gleichaltrige und Gleichgesinnte (also Peers) lernen von Gleichaltrigen. Jugendliche unterhalten sich über Dinge, die sie persönlich bewegen, am ehesten mit Freundinnen und Freunden und weniger mit erwachsenen Personen. Das trifft besonders zu beim Thema Liebe, Freundschaft, Sexualität.

### Ziele von Peer-Projekten

Was man zu Liebe, Freundschaft, Sexualität wissen will, muss man irgendwo lernen, erfahren. Zu Liebe, Freundschaft, Sexualität gibt es eine Hülle und Fülle an Informationen, Bildern, Filmen, die Jugendlichen zugänglich sind und nicht unbedingt informieren, sondern eher verwirren als aufklären. Viele lernen auch mit der Zeit und zunehmender Erfahrung durch Selbstversuche, durch Ausprobieren. Aber manches sollte man besser schon vorher wissen, wenn die Liebe losgeht.

Daher ist ein Ziel von Peer-Projekten, Jugendliche zu schulen, damit sie über ein gelegentlich peinliches, schambe-setztes Thema sprechen können und dazu auch noch sichere Informationen haben und Gleichaltrigen weiter geben können. Peers sollen Ansprechpartner für Mitschülerinnen und -schüler bei persönlichen Fragen zu Liebe, Freundschaft, Sexualität sein, Informationen vermitteln und an ihren Schulen zur Auseinandersetzung um diese Themen anregen.

### Entwicklung von Peer-Projekten in Bielefeld

Unser erstes Peer-Projekt an Schulen fand im Schuljahr 1999/2000 statt. Zu dem Zeitpunkt gab es kaum aktuelle Vorbilder und Erfahrungen mit Peer-Projekten gerade zum Thema Liebe, Freundschaft, Sexualität und erst recht wenig schriftlich vorliegendes Material.

In diesem Projekt kooperierten wir mit vier Schulen aus dem Kreis Herford und der Stadt Bielefeld, verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und Aids-Prävention sowie der Fachhochschule Bielefeld. Neben drei Gesamtschulen nahm eine Hauptschule mit jeweils zwei Mädchen und zwei Jungen teil.

Insgesamt zeigte sich, dass der organisatorische Rahmen viel zu groß war. Dementsprechend änderten wir diesen Rahmen, so dass außer pro familia und den vier Schulen, die nun nur noch aus Bielefeld kommen, die Stadt Bielefeld als finanzieller Unterstützer und die Bildungsstätte Einschlingen e.V. als beteiligte Einrichtungen auftreten.

2003/2004 fand das im Rahmen veränderte zweite Peer-Projekt statt. Das dritte lief 2005/2006 in gleicher Besetzung, da es der Wunsch aller Beteiligter war, Peer-Projekten Kontinuität an den Schulen zu verschaffen, um somit auch den Bekanntheitsgrad des Projektes und der Peers zu erhöhen und damit auch mehr Wirksamkeit zu erlangen. Mit Beginn diesen Schuljahres

im Sommer 2007 startete ein neues Projekt mit einer neuen Hauptschule, da an einer bislang kooperierenden Hauptschule die personellen Ressourcen anders verteilt wurden.

### Konzept

Wir bilden jeweils zwei Mädchen und zwei Jungen von zwei Gesamt- und zwei Hauptschulen zu Beginn des neunten Schuljahres aus. Unsere Wahl fällt auf diese Schulformen, da dort Schulsozialarbeiterinnen, die auch an dem Projekt teilnehmen, die Arbeit der Peers unterstützen können und sollen. Das Projekt wird von uns in Lehrerkonferenzen vorgestellt und diskutiert, damit in den Kollegien die Rahmenbedingungen des Projektes und Einsatzmöglichkeiten der Peers bekannt sind. Bei der Wahl der Peers, die an den Schulen unterschiedlich durchgeführt wird, sollten die an der Schule vertretenen Kulturen berücksichtigt werden. Das heißt für Bielefeld, dass möglichst auch TeilnehmerInnen aus muslimischen und aus Osteuropa stammenden Familien gewonnen werden sollen.

In einem dreitägigen Ausbildungsseminar in der ersten Schulwoche des 9. Schuljahres werden die 16 Peers und die vier Schulsozialarbeiterinnen sexualpädagogisch geschult und auf ihre Aufgaben in den Schulen vorbereitet.

Welche Peer-Aktivitäten in welcher Zusammensetzung danach an den Schulen durchgeführt werden, hängt immer von den Möglichkeiten der Peers ab. Sie legen selber fest, was sie wie umsetzen wollen, so dass jede Schule, jedes Peerteam ihr eigenes Profil entwickelt.

Dem dreitägigen Ausbildungssemi-

nar geht kurz vor den Sommerferien ein Elterninformationsabend und ein Kennenlernetreffen der Peers voraus, so dass die TeilnehmerInnen zuvor die Gelegenheit haben, Kontakt zu einander und zu uns aufzunehmen.

Das Setting während des Seminars wechselt je nach Thema. Ähnlich wie in sexualpädagogischen Veranstaltungen wird in Mädchen- und Jungengruppe gearbeitet, während die Sozialarbeiterinnen das gleiche Thema unter sich bearbeiten. Anschließend findet meist ein Austausch im Plenum zu dem Thema statt und die eingesetzte Methode wird überprüft, wie weit sie für den Peer-Einsatz geeignet ist. Manche Themen werden ganz ohne Sozialarbeiterinnen bearbeitet. Die Planung der Umsetzung an den Schulen wird in Schulteams am Ende des Seminars erarbeitet und dem Plenum vorgestellt.

Eine besondere Einheit bildet das Training der Selbstdarstellung, da die Peers lernen sollen, sich selbst und ihr Engagement vor Gruppen zu präsentieren. Hier haben wir gerade in den letzten Projekten durch den Einsatz von Videoaufnahme und Feedback besonders positive und intensive Erfahrungen mit den Jugendlichen gemacht.

Am Ende des Seminars erhalten die Peers Materialien und Broschüren, um erste Hilfen für ihre Arbeit an den Schulen in der Hand zu haben.

In der darauf folgenden Phase sollen sich die Schulteams an den Schulen einen Rahmen geben und erste Schritte planen und durchführen. Meist findet bis zu den Weihnachtsferien nach der Planungsphase eine Zeit der Vorstellung in Klassen, Lehrerkonferenzen und/oder per Schaukasten statt. „Kummerkästen“ werden aufgehängt, Fragen

beantwortet, Sprechzeiten eingerichtet und kleinere Projekte finden statt.

Wir laden ca. alle zwei bis drei Monate die Peers und Sozialarbeiterinnen zu Nachtreffen ein. In diesen Treffen werden die Themen „das erste Mal“, Homosexualität, Aids sexualpädagogisch z.T. mit externen ReferentInnen bearbeitet. Eine Arbeitseinheit dieser Treffen ist immer auch der Reflexion der Peer-Arbeit an den Schulen vorbehalten. So können die verschiedenen Schulteams voneinander hören, was wo wie gut oder schlecht gelingt, können sich gegenseitig ihre Erfahrungen und Tipps weiter geben. Außerdem bieten diese Nachtreffen Gelegenheit, die „KollegInnen“ aus den anderen Schulen, zu denen sich gelegentlich freundschaftliche Kontakte aufbauen, zu treffen.

Der Besuch einzelner Schulteams durch uns ist relativ kurzfristig nach Absprache bei Bedarf möglich, sei es zur detaillierten Planung einzelner Vorhaben, Klärung bestimmter Fragen, Verleih von Medien und Materialien oder teaminternen Schwierigkeiten.

Abgeschlossen wird das Peer-Projekt von uns am Ende des Schuljahres mit einem letzten Treffen, bei dem neben der Auswertung auch eine Abschiedsfeier stattfindet.

In dem darauffolgenden Schuljahr, in dem die Peers in der 10. und meist letzten Klasse sind, ist es den Schulteams weiterhin möglich, eigenständig das Peer-Projekt an der Schule fortzusetzen, was an manchen Schulen auch genutzt wird.

### Zeitplan des aktuellen Peer-Projektes

Oktober 2006	erste Überlegungen zum neuen Peerprojekt 2007 Treffen der beteiligten Sozialarbeiterinnen der beteiligten Schulen und Stadtjugendpflegerin
Mai 2007	Auswahl der Peers im 8. Schuljahr
Juni 2007	Elterninformation mit SozialarbeiterInnen und pro familia
Juni 2007	Kennlertreffen aller Peers und der Sozialarbeiterinnen
August 2007	drei Tage Qualifizierungsseminar
November 2007	erstes Nachtreffen und Weiterqualifizierung Thema : Das erste Mal
Januar 2008	zweites Nachtreffen und Weiterqualifizierung Thema : sexuelle Orientierungen/ schwule und lesbische Lebensweisen
April 2008	drittes Nachtreffen und Weiterqualifizierung Thema : HIV und AIDS, sexuell übertragbare Krankheiten
Juni 2008	Abschlusstreffen

Themen für die Qualifikation der Peers sind:

- Kennenlernphase der Peers
- Sexualität und Sprache
- Körper- und Sexualaufklärung
- Spiele in der Sexualpädagogik
- Sexuelle Orientierungen
- Verhütung
- Das erste Mal
- Rolle Frau/Rolle Mann
- AIDS
- Anmache/Kennenlernen
- Grenzen
- Verhütung
- Wie stelle ich mich dar
- Umsetzung an den Schulen

Da Peers überwiegend in Jahrgängen fünf bis sieben aktiv sind, bearbeiten wir die für diese Altersstufe stärker relevanten Themen im Ausbildungsseminar. Zu Themen, die wir meist erst etwa ab Klasse neun (das erste Mal, Aids, sexuelle Orientierung) bearbeiten, führen wir in den Nachtreffen methodische Einheiten durch. Da wir von Peereinsätzen in gleichaltrigen oder älteren Jahrgängen abraten, sind diese Themen und Methoden der Nachtreffen als Bildungselement für die Peers gedacht. Das Nachtreffen zu sexueller Orientierung wird in Zusammenarbeit mit externen ReferentInnen gestaltet.

### Auswahl der Peers

Die Auswahl der Peers wird von den Sozialarbeiterinnen (an den Gesamtschulen in Zusammenarbeit mit noch vorhandenen „Ehemaligen“) betrieben. Z.T. finden Wahlen unter den SchülerInnen statt, z.T. treffen die Sozialarbeiterinnen eine Auswahl, da bestimmte Kriterien erfüllt sein müs-

sen (z.B. Leistungsstand ok, damit dort kein Druck bei Unterrichtsausfall entsteht, Akzeptanz bei SchülerInnen und LehrerInnen, Migrationshintergrund). Erfahrungsgemäß bewerben sich meist mehr SchülerInnen als möglich für die Teilnahme, so dass schulintern eine Auswahl getroffen werden muss.

### Kooperationspartner

Neben den zwei Haupt- und zwei Gesamtschulen aus Bielefeld kooperieren wir mit der Stadtjugendpflege Bielefeld und der Bildungsstätte „Einschlingen“ e.V., in deren Haus das dreitägige Seminar sowie das Abschlusstreffen stattfindet. Bei pro familia ist die Buchhaltung zur Abrechnung in das Projekt involviert.

### Finanzierung

Ein Großteil der Finanzierung des Projektes (Unterbringung und Verpflegung, ReferentInnenhonorare, Materialien) wird von der Stadtjugendpflege und dem Landesjugendamt gewährleistet. Außerdem müssen die Schulen einen geringen Eigenanteil beisteuern. Kosten, die darüber hinaus gehen, werden von unserem Förderverein gedeckt.

### Peers an den Schulen

Nach dem Qualifizierungsseminar fängt auch für die Peers das Schuljahr so richtig an. Da der Abstand zu den Herbstferien nur wenige Wochen beträgt, Leistungstests und Praktika anstehen, findet in den meisten Schulen bis zu den Weihnachtsferien eine Zeit der Rollenfindung und Konsolidierung als Peerteam statt. Daraus erwachsen Konzepte, um sich als Peers an den Schulen oder den bestimmten Ziel-

gruppen bekannt zu machen und Angebote zu erarbeiten.

Die Arbeit an den Schulen wird unterstützt von den Sozialarbeiterinnen, die die Peers zu regelmäßigen Treffen einladen und mit ihnen Konzepte diskutieren. An manchen Schulen werden die Peers vom Unterricht für einzelne Stunden freigestellt, um zu den Treffen zu kommen. An anderen Schulen finden diese außerhalb der Unterrichtszeit statt, was dazu führt, dass dort nicht immer alle Peers dabei sind, da manche noch arbeiten müssen oder verstärkt im Haushalt und mit kleineren Geschwistern beschäftigt sind. D.h. der Alltag macht den Peers die Umsetzung an den Schulen nicht einfach.

Wichtig sind die Kontakte zu den Schulsozialarbeiterinnen, zu den anderen Peers und zu uns im Rahmen der Nachtreffen oder, wenn wir die Schulteam besuchen.

Meistens machen sich die Peers bekannt, indem sie in LehrerInnen- oder Jahrgangskonferenzen sich und ihre Angebote vorstellen. Mitteilungen an „Schwarzen Brettern“, Gestaltung von Schaukästen oder Rundgänge durch die einzelnen Klassen werden auch an fast allen Schulen durchgeführt.

An einzelnen Schulen sind „Kummerkästen“ aufgehängt. Dort können SchülerInnen anonym ihre Fragen einwerfen, die schriftlichen Antworten werden Woche für Woche erarbeitet und ausgehängt. Zum Teil werden in Klassen Frageboxen aufgestellt und nach einiger Zeit dort im Rahmen einer Klassensitzung beantwortet.

Andere Aktivitäten sind Gestaltung von Unterrichtsstunden mit sexualpädagogischen Methoden wie Brainstorming oder Grabbelsack meist nach Anfrage

durch entsprechende LehrerInnen.

Manche Peers arbeiten in geschlechtshomogenen Teams, wenn sie in Mädchen- oder Jungengruppen sind. Die Anwesenheit bestimmter LehrerInnen während der Aktion wird von manchen befürwortet, um in unruhigeren Klassen mehr Sicherheit zu haben.

Die Einrichtung von SchülerInnen-sprechstunden wird ebenfalls mit unterschiedlichen Modellen erprobt und durchgeführt. Mitunter haben die Peers auch einen Bekanntheitsgrad an ihren Schulen erlangt, dass sie von anderen SchülerInnen in den Pausen direkt angesprochen werden.

### Auswertung und Ausblick

Mit Ende des Schuljahres 2007/2008 endet unsere Begleitung der aktuellen Peers. Drei Nachtreffen haben stattgefunden, so dass in die Gesamtauswertung und Einschätzung der Peer-Projekte das aktuelle Projekt teilweise einbezogen werden kann.

Gemessen an den Zielen sind Peer-Projekte erfolgreich. Peers sind gut informierte und sprechfähige AnsprechpartnerInnen zu Liebe, Freundschaft, Sexualität an ihren Schulen. In der Abschlussauswertung geben Peers immer an, persönlich und für sich viel gelernt zu haben sowohl sexualpädagogisch als auch in Hinsicht auf Gruppenleitung und sich selbst mit einem Thema darzustellen.

Ein Multiplikatoreffekt an den Schulen ist ebenfalls feststellbar, Peers werden auf ganz unterschiedliche Weisen als ExpertInnen angefragt. Manche werden in den Pausen auf dem Schulhof angesprochen und um Rat und Information gefragt, manche erlangen einen Bekanntheitsgrad, der sich über

die Schule hinaus im Stadtteil mitsamt dazu gehörenden Jugendzentrum erstreckt. Viele Peers werden mehrfach zu Veranstaltungen in Klassen eingeladen.

Von Schulsozialarbeiterinnen hören wir, dass durch die Kontinuität der Peer-Projekte und die Präsenz des Themas Liebe, Freundschaft, Sexualität Tendenzen an Schulen zu mehr Offenheit und Partnerschaftlichkeit festgestellt werden. Die Ausbildung der Peers und deren Anwesenheit an den Schulen ist Gesprächsstoff, was neben manchen abwertenden Äußerungen durch Mitschüler auch Wertschätzung, Anerkennung sowie verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Liebe, Freundschaft, Sexualität nach sich zieht.

Für uns ist die Arbeit mit den Peers trotz des hohen organisatorischen Aufwands sehr erfreulich. Wir begleiten eine Gruppe über einen längeren Zeitraum, können Entwicklungen beobachten, Effekte unserer Arbeit werden erkennbar. Zudem macht die Arbeit mit den engagierten Schulsozialarbeiterinnen und Jugendlichen immer wieder Spaß.

Positiv für alle Beteiligten ist eine Resonanz in der Öffentlichkeit, so dass bei Peer-Projekten Medienarbeit gemacht werden sollte. Gerade im aktuellen Projekt zeigt sich, dass Aufmerksamkeit in den Medien bei den Peers für zusätzlichen Schwung sorgt.

Wie in allen vorhergehenden Projekten zeigt sich, dass die Aktivitäten der Peers von Schule zu Schule sehr unterschiedlich sind. An einer Hauptschule ist das Projekt durch Veränderung in der personellen Betreuung durch die Schulsozialarbeiterin fast komplett

zum Erliegen gekommen. Im ersten Schulhalbjahr gab es Aktionen in Klassen, seit mehreren Monaten findet auch kein Treffen der Peers mehr statt. An anderen Schulen werden bei regelmäßigen Treffen die im Kummerkasten eingegangenen Fragen diskutiert und beantwortet. Die beiden anderen Schulen planen und führen Aktionen in Klassen durch.

Auch in den Vorgängerprojekten gab es immer wieder Schulen, an denen die Peers nach drei bis fünf Monaten das Projekt aufgaben. Die Gründe dafür sind vielfältig: Personalwechsel bzw. Wegfall der Betreuung durch Schulsozialarbeit ist ein wesentlicher Faktor, dass das Projekt beendet wird. In den persönlichen Lebensumständen (Führerschein machen, zu Hause mitarbeiten, Geld verdienen, Sport usw.) der Peers können weitere Hindernisse liegen. Schulische Anforderungen durch Veränderungen beim Lehrpersonal, Umstrukturierungsmaßnahmen, geringe Akzeptanz für das Peer-Projekt können neben den Anforderungen durch Praktika und den näher rückenden Schulabschluss hinderlich für eine Fortführung des Projektes an einer Schule sein. In allen Projekten hat sich gezeigt, dass am ehesten die Gesamtschulen die Projekte engagiert und auch noch im darauf folgenden 10. Schuljahr (mit geringeren Aktivitäten) durchführen. Günstig an Hauptschulen ist die meist wesentlich „familiärere“ Atmosphäre, das Kollegium ist leicht zu informieren, das Projekt erlangt dort schnell einen gewissen Bekanntheitsgrad, was in sechs- oder gar achtzügigen Gesamtschulen für einzelne Jahrgänge schwer erreichbar ist.

Das aktuelle Projekt wird zum Ende des

Schuljahres aus unserer Begleitung an die Schulen zur selbständigen Weiterführung abgegeben. Eine ausführliche Auswertung mit den Peers hat Anfang Juni stattgefunden. Die Ergebnisse bestätigen die bisherigen und oben schon beschriebenen Erfolge des Projektes, so dass wir damit rechnen, dass an einigen der teilnehmenden Schulen das Projekt auch im kommenden Schuljahr die Peers durch „Kummerkasten-Aktivitäten“ und Gruppenarbeit weiter aktiv bleiben.

Wie weit und ob an Hauptschulen mit anderen Konzepten gearbeitet werden muss als an Gesamtschulen, ist eine Frage, die uns in der Reflexion mit den Schulsozialarbeiterinnen beschäftigen

wird und gegebenenfalls eine Veränderung unseres Vorgehens (in Hinsicht auf Auswahl der Peers oder Begleitung durch uns) erfordert. Dass diesem Projekt ein weiteres folgen soll, ist von unserer Seite und den beteiligten Institutionen fest eingeplant, so dass Kontinuität und Weiterentwicklung möglich sind.

---

Inge Thömmes, Reinhard Brand,  
pro familia Bielefeld e.V.  
Stapenhorststr. 5  
33615 Bielefeld  
Email: [bielefeld@profamilia.de](mailto:bielefeld@profamilia.de)

---

# Ergänzungen

Die Online-Beratung des pro familia Landesverbandes Niedersachsen |

Medienkritik |

Hildegard  
Müller

„Sexundso“

## Die Online-Beratung des pro familia Landesverbandes Niedersachsen

„Sexundso“ besteht seit April 2001 und ist ein Online-Beratungsangebot insbesondere für Mädchen und Jungen. Es werden jährlich ca. 4.000 Beratungen durchgeführt.

Wie verhöte ich richtig? – Mit wie viel Jahren darf man miteinander schlafen? – Ich bin schwanger, was kann ich tun? – Bin ich lesbisch/schwul? – Meine Freundin hat sich von mir getrennt ... Mädchen und Jungen, die sich mit Fragen rund um Liebe, Beziehungen und Sexualität beschäftigen, können sich unter der Domain [www.sexundso.de](http://www.sexundso.de) oder direkt unter [sexundso@profamilia-niedersachsen.de](mailto:sexundso@profamilia-niedersachsen.de) im Internet von profamilia-MitarbeiterInnen beraten lassen.

### Online-Beratung – Möglichkeiten und Grenzen

Mädchen und Jungen tun sich eher schwer, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Es fällt ihnen wesentlich leichter, sich anonym an eine Online-Beratungsstelle zu wenden. Diesem Bedarf kommt das Online-Projekt Sexundso seit 2001 erfolgreich entgegen. Im Jahr 2007 wurden 4.070 Online-Beratungen durchgeführt. Fünf Mitarbeiterinnen

beantworteten die 74% Anfragen von Mädchen/Frauen und 2 Kollegen die 26% von Jungen/Männern. Sexundso ist vornehmlich ein Angebot für Mädchen und Jungen, wobei sich der Anteil von Erwachsenen durch den Zugang (Gateway) über [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de) erhöht hat.

Wir haben uns bewusst für die zeitversetzte E-Mail-Beratung entschieden. Die Ratsuchenden können ihre Fragen jederzeit stellen und müssen nicht auf einen Chattermin warten. Bereits das Schreiben kann erste therapeutische Wirkungen haben und sie erhalten baldmöglichst Antwort. Es kann fundiert beraten werden, ohne den Druck – wie in der zeitgleichen Chatberatung – sofort antworten zu müssen.

### Möglichkeiten im Vergleich zur face-to-face-Beratung

Gerade für Jugendliche bildet die Online-Beratung durch ihre Anonymität ein niedrigschwelliges Angebot, um auch hoch scham- und angstbesetzte Anliegen wie z.B. zu Sexualität, Gewalterfahrungen oder psychische Probleme zu äußern und sich Hilfe zu

holen. Sie kann auch in akuten Krisensituationen – wie z.B. suizidalen Gedanken – sofort in Anspruch genommen werden und ist damit häufig erste Anlaufstelle und strukturbildendes Element, wobei hier immer auch eine persönliche Begleitung vor Ort anvisiert werden sollte.

Online-Beratung ermöglicht den Ratsuchenden ein hohes Maß an Kontrolle über das, was sie von sich offenbaren, wann und wie oft sie schreiben und wie lange sie in Kontakt bleiben. Sie erhalten in relativ kurzer Zeit eine Antwort.

Diese bietet ein erstes Kennenlernen der BeraterInnentätigkeit und die Erfahrung einer lösungs- und ressourcenorientierten Sichtweise, so dass die Ratsuchenden sich in Zukunft vielleicht eher trauen, auch eine face-to-face-Beratung in Anspruch zu nehmen.

### Grenzen im Vergleich zur face-to-face-Beratung

Die technischen Voraussetzungen und der sichere Umgang damit müssen sowohl bei der/dem Ratsuchenden als auch bei der Beraterin bzw. dem Berater vorhanden sein.

Der rein textbasierten E-Mail-Beratung fehlen viele Kommunikationskanäle wie Stimme, Tonlage, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Aussehen, Geruch, Bewegung, Blickkontakt, Berührung. Missverständnisse, Projektionen und Gegenübertragungsmechanismen sind so schwerer erkenn- und relativierbar. Das kann in akuten Krisensituationen der/des Ratsuchenden, wie z.B. Suizidgedanken, den Handlungsdruck der Beraterin bzw. des Beraters erhöhen: „Ich muss jetzt unbedingt sofort helfen“ oder z.B. Omnipotenzgefühle för-

dern: „Nur ich kann der Klientin /dem Klienten helfen“.

Bestimmte therapeutische Interventionen wie z.B. paradoxe Intervention oder Konfrontation können grundsätzlich nicht oder nur begrenzt angewendet werden, da die Beratenden keine Kontrolle über deren Wirkung haben, sie erhalten selten (direkte) Rückmeldung.

Manchmal entstehen auch Zweifel über die Richtigkeit der Angaben bezüglich Alter, Geschlecht oder Problemschilderung. Dennoch gilt es, die Ratsuchenden ernst zu nehmen und empathisch zu antworten, entsprechend dem Grundsatz: „Alle Ratsuchenden haben einen wichtigen Grund, dass sie so schreiben, wie sie schreiben“.

### Ausblick

Die Erfahrungen in sieben Jahren Sexundso-Online-Beratung zeigen, dass Online-Beratung keine Konkurrenz zur face-to-face-Beratung bildet, sondern eine Ergänzung darstellt. Es werden auch Mädchen/Frauen und Jungen/Männer erreicht, die sich sonst kaum trauen würden, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Viele Lösungswege lassen sich bereits online entwickeln.

Online-Beratung ergänzt nicht nur andere institutionelle Angebote, sondern ermöglicht häufig erst den Zugang zu ihnen. Sexundso wird durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit unterstützt.

---

Hildegard Müller, Diplom-Pädagogin  
pro familia LV Nds.

Goseriede 10 – 12, Haus D

30159 Hannover

E-Mail: hildegard.mueller@profamilia.de

www.profamilia.de

---

Maria  
Beckmann

## Medienkritik

Während der Tagung kam mehrfach der Einwand, dass Medien das Mädchen- und Frauenbild immer noch negativ beeinflussen.

Für Beschwerden gibt es zahlreiche Möglichkeiten, auf Missstände aufmerksam zu machen.

Bei Verletzungen des *Jugendschutzes* kann man sich an die Landesstelle Jugendschutz wenden, egal um welches Medium es sich handelt.

Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen  
Leisewitzstraße 26  
30175 Hannover  
Tel: 0511 / 85 87 88 / 85 30 61  
Fax: 0511 / 283 49 54  
Weitere Informationen unter  
[www.jugendschutz-niedersachsen.de](http://www.jugendschutz-niedersachsen.de)

Wenn Sie sich über *Werbung von Firmen* beschweren möchten, wenden Sie sich an den Deutschen Werberat.

Deutscher Werberat  
Am Weidendamm 1A  
10117 Berlin  
Fax: 030 / 59 00 99-722 oder  
E-Mail: [werberat@werberat.de](mailto:werberat@werberat.de)  
[www.werberat.de](http://www.werberat.de)

Wenn möglich, senden Sie bitte das kritisierte Motiv mit und nennen Sie den Grund Ihrer Beanstandung. Beschwerdeführer und -führerinnen werden gegenüber den Firmen und der Öffentlichkeit nicht genannt.

Alle Rundfunk- und Fernsehsender haben einen Aufsichtsrat. Beschwerden, die dort eintreffen, werden in der Regel sehr ernst genommen.

Vergleichbar mit den Aufsichtsorganen des öffentlich-rechtlichen Rundfunks wird die Aufsicht und Regelung des

privaten Rundfunks durch die Landesmedienanstalten wahrgenommen.

Die Niedersächsische Landesmedienanstalt (NLM) ist u. a. für RTL zuständig. Dort kann man Ihnen aber auch die Anschriften der anderen jeweils zuständigen Aufsichtorgane mitteilen.

Niedersächsische Landesmedienanstalt  
Seelhorststraße 18  
30175 Hannover  
Tel: 0511 / 28477-0  
Fax: 0511 / 28477-36

Auch beim Landesfrauenrat geht man dort eintreffenden Beschwerden sorgfältig nach. Der Landesfrauenrat stellt in einigen Aufsichtsgremien auch Mitglieder aus seinen Reihen. Oft hilft es, wenn Sie auf Ihrem Lesebrief oder Ihrer Beschwerde bemerken, dass Sie das Schreiben in Kopie auch dem Landesfrauenrat zuleiten.

Niedersächsischer Landesfrauenrat  
Arbeitskreis Medien  
Johannsenstr. 10  
30159 Hannover  
Tel: 0511 / 321031  
[www.landesfrauenrat.de](http://www.landesfrauenrat.de)

Sie können sich auch an Ihre kommunale Frauenbeauftragte wenden, die meisten haben eine gut geführte Adressliste für solche Zwecke.

Die schlechteste Lösung, wenn man sich ärgert, ist, nichts zu unternehmen!!!

---

Maria Beckmann,  
Niedersächsisches Kultusministerium  
E-Mail: [maria.beckmann@mk.niedersachsen.de](mailto:maria.beckmann@mk.niedersachsen.de)

---

