



- Einführung zum Thema „eigene Scham“
- Hintergründe und Fakten
- Kommunikationshilfen – ein systemischer Ansatz
- Mädchenfragen und -sorgen ... Wie gehe ich damit um als Ärztin oder Arzt?
- Rechtliche Aspekte
- Was hat das mit mir als Frauenärztin oder Frauenarzt zu tun?

Expertinnen in eigener Sache

Mädchen bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt

Info für Ärztinnen und Ärzte



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Impressum

Herausgeberin Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln
Alle Rechte vorbehalten.

Autorin Dr. Ulrike Brandenburg
unter Mitarbeit von:
Dr. Wolf Lütje, Dr. Anneliese Schwenkhagen

Redaktion Anke Erath, Mechthild Paul

Gestaltung medienwerkstatt E. Petzinka, Dortmund
Druck Kaufmann, Lahr

Stand 9.2008
Auflage 4.50.10.08

Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, oder
per E-Mail: order@bzga.de

Best.-Nr. 13750000

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Kooperationspartner



DGPF e.V.
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische
Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Vorworte

Prof. Dr. Mechthild Neises, DGPFPG

Prof. Dr. Elisabeth Pott, BZgA

Kooperation der BZgA und DGPFPG

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist seit Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes von 1992 beauftragt, Konzepte zur Sexualaufklärung zu entwickeln und sexualpädagogische Medien zu erarbeiten und zu verbreiten. Zur Erfüllung dieser Aufgabe sind der Austausch und die Beratung mit Expertinnen und Experten ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung.

Seit 2002 besteht daher mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG) und der BZgA eine Kooperation. Beide treten für einen ganzheitlichen Ansatz in der Gesundheitsförderung und Medizin ein, wonach Körper und Seele als eine Einheit unter Berücksichtigung ihres Zusammenwirkens mit der Umwelt betrachtet werden. Die Kooperation ermöglicht und optimiert eine fachliche

Zusammenarbeit zwischen der DGPFPG e.V. und der BZgA in den Bereichen Sexualaufklärung und Familienplanung.

Ziel der Zusammenarbeit ist:

- die Förderung des ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses und der Psychosomatik in der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie
- die fachliche Absicherung gynäkologischer und geburtshilflicher Themen in der Sexualaufklärung und Familienplanung.

Anliegen der Broschüre

Die Broschüre wendet sich in erster Linie an Frauenärztinnen und Frauenärzte. Sie kann aber durch ihren systemischen Ansatz und ihre Praxisorientierung auch für die Arbeit von BeraterInnen und anderen pädagogisch Tätigen hilfreich sein.

Die ersten Sexualerzieher sind in der Regel die Eltern, auch wenn sie sich der Tragweite ihres Einflusses nicht immer bewusst sind. Auch das Tabuisieren und Umgehen des Themas in der Familie tut seine Wirkung. Obwohl sich die elterliche sexualerzieherische Kompetenz im letzten Jahrzehnt verbessert hat, braucht es häufig eine Hilfestellung von außen. Dabei kommt neben der Sexualaufklärung in der Schule der sexualmedizinischen und der Beratungskompetenz der Frauenärztinnen/des Frauenarztes eine große Bedeutung zu.

Gerade in der Begegnung mit der Ärztin/dem Arzt ist es wichtig, dass diese/r nicht primär somatisch-biologisch fokussiert ist auf Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane mit den Themen der Fortpflanzung bzw. Empfängnisverhütung. Neben den wichtigen Themen der sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich HIV und Aids ist ein darüber hinausgehender, weit umfassenderer Zugang erforderlich. Gerade in der Begleitung von Jugendlichen ist viel mehr zu leisten, als das alleinige Hauptaugenmerk auf die Verhütung unerwünschter Schwangerschaften oder sexuell übertragbare Krankheiten zu lenken. Es geht vielmehr um die Gesundheit der Jugendlichen, und zwar diese in ihrer psychosozialen Komplexität und in ihren Entfaltungsmöglichkeiten zu sehen und die oben genannten Themen in ihre Lebenszusammenhänge einzubetten. Auf der individuellen Ebene ist die Entwicklungsgeschichte immer eine Geschichte von Beziehungen, und Sexualität beginnt nicht erst in der Pubertät bzw. bei Geschlechtsverkehr und Fortpflanzung.

Anliegen der Broschüre ist es, das Verständnis von Sexualität zu erweitern und über die Fixierung auf das Genitale, Geschlecht, Fortpflanzung und Lust neben den Schattenseiten und Gefahren der Sexualität hinauszugehen und deren beziehungsorientierte und damit auch kommunikative Dimension einzuschließen und bewusst zu machen. Es bedeutet konkret, dass Sexualität auch als Möglichkeit für körpersprachliche Kommunikation verstanden und gelebt wird. Als solche kann sie in liebevollen Beziehungen die psychoso-



zialen Grundbedürfnisse von Akzeptanz, Nähe, Wärme und Geborgenheit in verlässlichen Beziehungen verwirklichen helfen.

Die Gynäkologin und der Gynäkologe müssen sich ihrer Aufgabe bewusst sein, wenn sie das Thema Sexualität in ihre Kommunikation mit Jugendlichen einbeziehen und spezielle Sprechstunden anbieten. Diese Gespräche dürfen nicht nur auf die Vermittlung der biologischen Vorgänge beschränkt bleiben, sondern sollten darüber hinaus ein plausibles Modell von Sexualität vermitteln und können in ihrem Kontakt mit Jugendlichen auch selbst als Modell wirken. Damit dies gelingt, ist es hilfreich, die durch die Broschüre vermittelte Adoleszenzperspektive kennen zu lernen und für das eigene Arbeiten zu nutzen, das heißt, zu einem sensiblen Umgang mit einem schwierigen Thema zu kommen.



Gunter Schmidt
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e. V.

Gynäkologinnen und Gynäkologen sind, ob sie es wollen oder nicht, die Sexualmediziner für Frauen. Patientinnen, gleich welchen Alters, wenden sich mit sexuellen Fragen, Problemen und Konflikten zuallererst an ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt. Durch das Gespräch, durch Information und Rat, durch die Aktivierung der Selbsthilferessourcen der Patientin und in Einzelfällen durch eine kompetente Überweisung können diese Frauen in der gynäkologischen Praxis Hilfe finden und eine unnötige Chronifizierung ihres Problems vermeiden.

Mit der sexuellen Liberalisierung in den 1960ern sind sexuelle Beziehungen Jugendlicher üblich geworden und sie werden gesellschaftlich weitgehend akzeptiert. Die meisten Jugendlichen haben den ersten Geschlechtsverkehr irgendwann zwischen 15 und 19 Jahren und diese große Varianz zeigt, dass die meisten die Fähigkeit haben, ihr eigenes Maß, ihr eigenes Tempo zu finden. Frauen fangen heute früher mit sexuellen Beziehungen an als Männer. Das ist ein Zeichen für den Abbau von Doppelmoral und dafür, dass junge Frauen inzwischen die gleichen sexuellen Optionen und Rechte haben wie junge Männer. Entsprechend können Mädchen heute klarer sexuelle Wünsche äußern und selbstbe-

wusster sexuelle Grenzen setzen, und Jungen haben die Fähigkeit gewonnen, dies zu akzeptieren. Jugendsexualität spielt sich vor allem in festen Beziehungen ab, und die Fähigkeit, Verantwortung für die nicht erwünschten Folgen von Sexualität zu übernehmen, spiegelt sich zum Beispiel im Verhütungsverhalten Jugendlicher wider, das seit den 1970ern in fast allen Ländern der EU deutlich besser geworden ist.

Und doch: Die schwierige Aufgabe, Sexualität und Beziehung in das eigene Leben einzufügen und entsprechende kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen zu erwerben – und dies alles früher als in vorangegangenen Generationen zu leisten –, führt oft zu Belastungen und Nöten, die Jugendliche nicht immer selber oder mit Hilfe ihrer Peers, ihrer Partner, der Eltern oder auch ihrer Medien lösen können. Die kontinuierliche, wenn auch moderate Zunahme der Schwangerschaftsrate minderjähriger Frauen in den letzten 10 Jahren erinnert uns zudem daran, dass das Thema „Verhütung“ nie erledigt ist. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen stehen sicher nicht im Zentrum des Netzwerkes „sexuelle Sozialisation“ Jugendlicher, aber sie sind ein relevanter Teil davon, und dies nicht nur im Zusammenhang mit Verhütung oder Abbruch.

Hier kann die Broschüre eine große Hilfe sein. Das AutorInnen-team bezieht sich konkret auf die sexuellen Nöte, die junge Frauen in der gynäkologischen Sprechstunde ansprechen, und gibt praxisnahe, leicht umsetzbare Hilfestellungen, wie man im Zeitrahmen einer Arztpraxis mit diesen Nöten noch verständnisvoller und noch professioneller umgehen kann. Sie behandelt auch die besondere Situation junger Migrantinnen, die hier in einer sexualliberalen Gesellschaft leben, selber aber das traditionelle Moral- oder Geschlechterverständnis ihrer Kultur übernehmen oder übernehmen sollen. Ich kenne kaum eine sexualmedizinische Schrift, die auf so knappem Raum so viele wirksame Anregungen bietet, und wünsche ihr eine große Resonanz bei den Frauenärztinnen und Frauenärzten.



15
„Das erste Mal“



31
Körperliche Entwicklung
und Körperselfbild



58
Mädchen aus anderen Kulturkreisen



| | | |
|-----------|----|---|
| KAPITEL 1 | 8 | <i>Einführung zum Thema „eigene Scham“</i> |
| | 12 | Typische Vermeidungsstrategien |
| KAPITEL 2 | 14 | <i>Hintergründe und Fakten – Was wir bereits wissen</i> |
| | 15 | „Das erste Mal“ |
| | 15 | Teenagerschwangerschaften |
| | 16 | Verhütung – womit? |
| | 16 | Märchen, Mythen und Legenden |
| | 17 | Aufklärung – durch wen? |
| | 17 | Besuch bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt |
| KAPITEL 3 | 18 | <i>Kommunikationshilfen – ein systemischer Ansatz</i> |
| | 19 | Theoretischer Überblick |
| | 21 | Kommunikationsstrategisches Handwerkszeug |
| KAPITEL 4 | 26 | <i>Mädchenfragen und -sorgen ...</i> |
| | | <i>Wie gehe ich damit um als Ärztin/Arzt?</i> |
| | 27 | Besuch bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt |
| | 31 | Körperliche Entwicklung und Körper selbstbild |
| | 37 | Sexualität und Liebe |
| | 42 | Sexuelle Orientierung und Identität |
| | 48 | Verhütung und Schwangerschaft |
| | 52 | Sexuell übertragbare Krankheiten einschließlich Aids |
| | 58 | Mädchen aus anderen Kulturkreisen |
| | 61 | Sexuelle Gewalt |
| KAPITEL 5 | 66 | <i>Rechtliche Aspekte</i> |
| | 67 | Der Behandlungsvertrag |
| | 68 | Einwilligungsfähigkeit der Patientin |
| KAPITEL 6 | 70 | <i>Was hat das mit mir als Frauenärztin/-arzt zu tun?</i> |
| KAPITEL 7 | 72 | <i>Literatur</i> |



KAPITEL 1

Einführung zum Thema „eigene Scham“

Fallbeispiel von Frau Dr. Brandenburg

Eine kleine Geschichte vorweg: Auf einem Gynäkologenkongress kam ich vor einiger Zeit mit einer engagierten Frauenärztin ins Gespräch, Frau L., 43 Jahre alt, seit 8 Jahren in eigener Praxis auf dem Land tätig. Sie hatte sich an mich gewandt mit der Frage: „Sie machen doch immer mal wieder Seminare zu Teenagernöten. Ich würde gern offener damit umgehen. Ich finde das ein ungeheuer wichtiges Thema und sehe auch anhand der minderjährigen Schwangerschaften oder auch der Essprobleme der jungen Mädchen, wie groß der Bedarf an dieser Art von Versorgung ist. Aber wissen Sie, ich fühle mich auch unsicher damit. Ich weiß nicht genau, ob ich das kann, ob ich die Richtige dafür bin. Vielleicht sollte ich lieber bei meiner klassischen Organmedizin bleiben. Was meinen Sie dazu?“

U. B.: „Was verbinden Sie mit diesem Thema? Was bedeutet das für Sie, Teenagerprobleme?“

Frau L.: „Orientierungslosigkeit, Unsicherheit, im eigenen Körper nicht zu Hause sein, Scham, auch Lust, erstes Knutschen, erster Sex, Angst vor Schwangerschaft, Angst zu dick zu sein ...“

U. B.: „Das klingt ja eher schwierig, nicht besonders verführerisch. Gibt es noch eine andere Seite, vielleicht die der Frauenärztin mit ihren Erfahrungen im Umgang mit jungen Mädchen und ihren Problemen?“

Frau L.: „Ich mag diese jungen Mädchen. Ich habe ja auch selber Kinder in dem Alter. Und wie gesagt, ich kann mich noch daran erinnern, dass ich die Probleme, die sie haben, auch kenne. Ich finde es auch prima, dass viele junge Mädchen heutzutage

aktiver mit ihren Problemen umgehen. Auch das Selbstbewusstsein von manchen von ihnen und ihre Kessheit finde ich bemerkenswert.“

U. B.: „Gibt es noch andere Erfahrungen mit diesem Thema oder Gefühle dazu?“

Frau L.: „Ja, es ist so frustrierend, immer wieder dasselbe zum Thema Verhütung zu erzählen und doch immer wieder Misserfolge zu sehen. Das Gefühl, dass das, was ich sage, bei den Mädchen nicht ankommt oder nicht umgesetzt wird, ist häufig demotivierend, lässt mich so insuffizient fühlen. Das merke ich daran, wie ich manchmal bei diesen Gesprächen gegen mein eigenes Gefühl von Frustration, was da sagt: ‚Es bringt ja sowieso nichts, was du hier tust‘, heftig ankämpfen muss, um überhaupt noch im Stande zu sein motiviert und engagiert Verhütungsberatung zu



machen. Genauso geht es mir oft, wenn ich diese ewigen Fragen zum Thema ‚Körper‘ beantworten soll. Junge Mädchen, die völlig normale Brüste haben und bereits mit 14 einen Auf- oder Abbau wollen, die ihre Schamlippen korrigieren lassen wollen etc. Da spüre ich manchmal, dass ich innerlich fast aggressiv bin. Ich tue alles, um mir das nicht anmerken zu lassen. Aber wahrscheinlich steht mir dieses unterdrückte Gefühl bei einer vernünftigen Beratung im Wege. Auch bei Fragen nach Sexualität, warum sie keinen Orgasmus haben oder dass sie Schmerzen beim Sex haben, nehme ich manchmal Gedanken an mir wahr wie: Warum müssen sie auch schon mit 13 Sex haben? Warum rennen sie mit 12 wie stilisierte Sexikonen herum?"

U. B.: „Das heißt ja eigentlich, dass es neben all ihrer Motivation und ihrem Engagement, das sie für dieses Thema haben, oft auch eine Menge an belastenden Gefühlen, an Abwehr in Ihnen gibt. Vielleicht ist oder war Ihnen diese Abwehr gar nicht so bewusst. Oftmals erlauben wir uns ja auch das, was uns von der Behandlung wichtiger Themen abhält, gar nicht zu empfinden. Das darf eigentlich gar nicht sein. Das ist unärztlich. Auf der anderen Seite ist aber genau das so wichtig, um damit umgehen zu können.“

Frau L.: „Was heißt das nun konkret für meine Arbeit?"

U. B.: „Es gibt ja offenbar zwei Meinungen in Ihnen. Die eine sagt: Teenagerprobleme sind wichtig, fordern mich heraus, und sollten von mir engagiert und effektiv behandelt werden. Die andere, die verdunkelte, unbewusste Botschaft sagt: Teenagerprobleme zu behandeln ist frustrierend, bringt sowieso nichts, konfrontiert mich nur mit meiner Insuffizienz und erinnert an alte, eigene Erlebniswelten von Schamhaftigkeit, Orientierungslosigkeit und Unsicherheit.“

Diese beiden Botschaften stehen in Konflikt zueinander. Das heißt, sie behindern sich in ihrer widersprüchlichen Aussagekraft. Die junge Patientin, die auf der direkten, auf der verbalen Ebene die Botschaft erhält: Das Problem ist wichtig, und auf der nonverbalen: Dein Problem frustriert mich, wird diesen Widerspruch irgendwo gefühlsmäßig spüren und ihn als – was die Beziehung zur Ärztin betrifft – verunsichernd erleben. Kommunikation ist auf ihren unterschiedlichen Ebenen fast nie völlig kongruent. Das macht auch gar nichts, solange uns diese Nonkongruenz bewusst ist, und wir nicht so tun, als gebe es nur eine Botschaft in uns.

Den Widerspruch, das double-bind, lösen wir in dem Moment auf, wo wir uns erlauben, uns einerseits engagiert um Teenagerprobleme kümmern zu wollen und sie andererseits auch frustrierend,

erschöpfend und aus eigener Erfahrung belastend finden zu dürfen. Damit werden wir authentisch, entspannt und darüber in der Beziehung effektiv. Zudem werden wir noch Modell dafür, dass auch die nicht sichtbare Seite in uns wahrgenommen und ausgedrückt werden darf. So wird möglicherweise auch das junge Mädchen ermutigt, seine verborgenen Seiten der Hemmungen oder Befürchtungen wahrzunehmen und zu zeigen. Das wiederum entlastet, macht den Blick frei für eigene Schritte in Richtung Bewältigungskompetenz."

Frau L., fast seufzend: „Ja, genau das ist es eigentlich, was mir am Herzen liegt bei meinen Mädels und Jungen, ihnen Mut zu machen, den eigenen Gefühlen zu trauen, mehr Selbstbewusstsein trotz widersprüchlicher Hemmungen zu wagen und diese Entwicklung natürlich auch für ihre psychosexuelle und damit auch gesundheitliche Entwicklung zu nutzen.“



Was an dieser kleinen Gesprächssequenz deutlich wird ist, dass Teenagerprobleme intime Probleme sind. Probleme, die Scham, auch Schuld, Selbstwert, Sexualität – also eine Vielzahl von höchst brisanten Themen betreffen.

Fragen nach Liebe und Beziehung, danach: Wie geht das? sind nach dem Thema Verhütung die von Teenagern am häufigsten gestellten Fragen. Und wer weiß schon wie das geht? Und wer kann schon darüber entspannt und kompetent sprechen? Und wen betrifft dieses Thema nicht im Innersten? Und wen ängstigt es nicht? Und wer hat nicht schon Kränkungen und Beschämungen diesbezüglich erlebt?

Diese Frageliste könnte endlos fortgesetzt werden. Am Ende ließe sie sich vielleicht zusammenfassen in der Frage: Wer schämt sich eigentlich mehr, die Patientin oder die Gynäkologin/der Gynäkologe? Nirgendwo in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist eine Kompetenz zum Umgang mit und zum Sprechen über Intimität verankert, obwohl kaum ein Beruf wie der des Arztes oder insbesondere der der Gynäkologin/des Gynäkologen so viel mit Intimem zu tun hat. Zahlreiche FrauenärztInnen geben an, unter diesem Spannungsfeld, nämlich zwischen der Konfrontation mit intimsten Problemen der Patientinnen auf der einen Seite und der nicht ausreichenden Kompetenz im Umgang damit auf der anderen Seite zu leiden.

Angesichts einer Mediziner- und Gynäkologenausbildung, die die Existenz von intimen und auch sexuellen Problemen einfach schlicht tabuisiert bzw. negiert, hört sich die Frage des 17-jährigen Mädchens, das sich nach einer Verhütungsberatung beim Hinausgehen kurz noch einmal an die Frauenärztin mit den Worten wendet: „Ach, übrigens, ich habe keinen Orgasmus!“, wie ein kleiner Überfall und überaus irritierend an. Sehr verständlich, dass sich trotz einer hohen Bereitschaft, sich diesen Problemen ihrer jungen Patientinnen stellen zu wollen, eine Vielzahl von FrauenärztInnen in mehr oder weniger unbewusste „Vermeidungsstrategien“ flüchtet.

Übung

An dieser Stelle sei eine kleine Übung praktiziert: Nehmen Sie bitte einmal wahr, was Ihre persönlichen, sicheren Strategien sind, die Sie davor „schützen“, das Thema Intimität mit Ihren Patientinnen anzusprechen. Überlegen Sie sich bitte: „Was sind meine persönlichen, sicheren Rezepte bzw. Strategien, die dafür sorgen, dass ich intim brisante Themen mit meinen Patientinnen nicht anspreche?“

Typische Vermeidungsstrategien

■ Distanzieren

(medizinisch, technisch, mechanisch werden, Empathie vermeiden)

Beispiel:

Patientin, 19 Jahre: „Es tut weh beim Sex.“

Ärztin/Arzt: „Wir sollten einen Abstrich machen und eine vaginale Untersuchung.“ (Dabei rollt sie/er mit ihrem/seinem Schreibtischstuhl zurück und vergrößert damit den ohnehin schon deutlichen Abstand zwischen sich und der vor ihrem/seinem Schreibtisch sitzenden jungen Patientin.)

■ Vernebeln

(Nicht eingehen auf das, was die junge Patientin sagt, den Fokus weg von der Ebene bringen, den sie anspricht und hin zu der, die es der Ärztin/dem Arzt leichter fällt anzusprechen.)

Beispiel:

Patientin, 17 Jahre: „Ich habe keinen Orgasmus.“

Ärztin/Arzt: „Wie geht es Ihnen denn dabei?“

■ Eigene Normen zum Maßstab machen

(Die eigenen Haltungen zum Maßstab für das Verhalten der jungen Patientin machen.)

Beispiel:

Patientin, 12 Jahre: „Ich möchte gern die Pille.“

Ärztin/Arzt: „In deinem Alter sollte man doch noch etwas zurückhaltender mit dem Thema Sex sein.“

■ Bagatellisieren, entwerten

(Auf das Problem nicht eingehen und stattdessen schönreden, „gut gemeinte“ Ratschläge geben, die am Leidensdruck der Patientin vorbeigehen und der vorgetragenen Symptomatik keinen Respekt zollen.)

Beispiel:

Patientin, 18 Jahre: „Ich kann nichts in mich reinlassen.“

Ärztin/Arzt: „Entspannen Sie sich doch ein bisschen, trinken Sie ein Gläschen Sekt, wenn der Richtige kommt, wird es schon klappen.“



Im Sinne von klassischem medizinischen Lernen ist die Frage nach Vermeidungsstrategien ein wenig schräg, weil wir ja selbstverständlich gelernt haben, wie wir als GynäkologInnen das, was wir eigentlich machen sollten, auch wirklich machen, und nicht, wie wir es nicht machen.

Aber gerade die systemische Betrachtungsweise dessen, wie wir uns davor schützen, offen und konkret über das zu sprechen, was uns irgendwo im Inneren unangenehm und peinlich ist, hilft uns, überhaupt zu erkennen, dass wir an dieser Stelle schutzbedürftig sind. Und dass wir häufig alles andere als entspannt und locker mit derartigen Themen, wie zum Beispiel einem ausbleibenden Orgasmus einer 14-Jährigen, umgehen können. Dieser Umgang ist nicht einfach, ist anders als gewohntes medizinisches Handwerkszeug wie eine Gastrosko-

pie, eine Nahttechnik oder auch die Diagnostik einer Eileiterschwangerschaft zu erlernen. Das Erlernen von Kompetenzen zur Diagnostik und Therapie von intimen Problemen (und Teenagerprobleme sind immer intime Probleme) kann nicht rein mechanistisch beigebracht bzw. erlernt werden. Eine unerlässliche Voraussetzung dafür ist es, zunächst den eigenen „blinden Fleck“ bzw. die eigene Scham zu erkennen. Sie muss keineswegs überwunden werden. Sie muss lediglich wahrgenommen werden, um nicht als unbewusste Konfliktdynamik im Wege zu stehen.

Es ist kein Problem, wenn GynäkologInnen ein wenig beschämt oder auch gehemmt mit einem jungen Mädchen über Verhütung sprechen. Auch könnten sie thematisieren, dass dieses Thema ein schambe-setztes und damit kein einfaches ist. Damit

wäre keineswegs die Scham vom Tisch gefegt. Diese wäre sicherlich nach wie vor da. Sie würde aber nicht mehr tabuisiert. Das macht den Unterschied.

Diese Detabuisierung schafft Entlastung, insbesondere für die Patientin, aber auch für die Gynäkologin/den Gynäkologen. Diese/dieser muss das anstrengende Spiel: „Ich tue so, als könnte ich ganz locker und entspannt als Expertin/als Experte für Intimes mit dir (Melanie, 14) über deinen fehlenden Orgasmus sprechen“, nicht mehr spielen. Das schafft Erleichterung und nimmt Anstrengung weg. Zusätzlich noch schafft es für die junge Patientin die Erfahrung eines modellhaften Lernens in dem Sinne, dass Hemmungen und Ängste durchaus da sein dürfen, dass nicht sie es sind, die im Weg stehen, sondern das darum gezimmerte Tabu, welches den Kontakt erschwert.

Natürlich wird es auch eine Vielzahl von FrauenärztInnen geben, die mit ihren jungen Patientinnen längst entspannt und offen und fernab der vielleicht ehemals empfundenen eigenen Hemmungen über sehr intime Dinge sprechen können. Dieser kleine Exkurs soll lediglich zum Ausdruck bringen, dass – sofern eigene Hemmungen empfunden werden – diese nicht überwunden werden, sondern nur bewusst sein müssen, um nicht im Wege zu stehen.



KAPITEL 2

Hintergründe und Fakten – Was wir bereits wissen

Obwohl aufgrund verschiedener Studien davon ausgegangen werden kann, dass jugendliche Mädchen heute aufgeklärter sind und sich aufgeklärter verhalten, gibt es eine Fülle von Zahlen und Indizien, die dafür sprechen, dass trotz Sexualkundeunterricht, Beratung in Jugendzeitschriften und aufgeklärten Eltern das Wissen um die Bedeutung von Prävention und körperliche Abläufe große Lücken aufweist (BZgA 2006). Diese allgemein bekannte und oft bedauerte Tatsache sei exemplarisch anhand verschiedener Problemfelder erläutert.

„Das erste Mal“

Jeder dritte Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren hat heute bereits Geschlechtsverkehr gehabt. Der Anteil koituserfahrener Jugendlicher ist bei den Jungen generell, bei den Mädchen in den jüngeren Jahrgängen immer größer geworden. Aber unter den 17-jährigen Mädchen haben auch ca. 30% noch keinen Geschlechtsverkehr gehabt (BZgA 2006).

Teenagerschwangerschaften

Teenagerschwangerschaften sind ein sensibles, soziales und persönliches Thema. Je nach Vergleichsgrundlage ist es nicht einfach, die Anzahl der Teenagerschwangerschaften in Deutschland zu interpretieren.

In der amtlichen Statistik gibt es keine systematische und methodisch einheitliche Erfassung von Schwangerschaften insgesamt. Rückschlüsse über deren Anzahl sind im Wesentlichen über die Schwangerschaftsabbruchstatistik und über die Geburtenstatistik möglich (ohne Berücksichti-

gung der Fehl- und Totgeburten). Die einfache Addition der Ergebnisse aus beiden Statistiken kann wegen unterschiedlicher Altersdefinitionen (z.B. tatsächliches Alter gegenüber dem aus der Differenz zwischen Berichtsjahr und Geburtsjahr berechneten Alter) zu Ungenauigkeiten führen.

Im Rahmen der amtlichen Geburtenstatistik ist die erfasste Zahl der Lebendgeborenen von minderjährigen Müttern nach dem exakten Alter bei der Geburt des Kindes seit 2000 von 7126 (0,9% aller Lebendgeborenen) auf 6163 im Jahr 2006 gesunken. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in dieser Altersgruppe ist im gleichen Zeitraum von 6337 (4,7% aller Schwangerschaftsabbrüche) auf 6590 (5,5% aller Schwangerschaftsabbrüche) gestiegen. Im Jahr 2007 wurden 6175 Schwangerschaftsabbrüche in dieser Altersgruppe gezählt, die einen Anteil von 5,3% an allen Schwangerschaftsabbrüchen hatten. Damit ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche von Minderjährigen von 2000 zu 2007 um 162 Fälle (-2,6%-Punkte) gesunken.



Die jeweils aktuellen Zahlen sind über das Statistische Bundesamt unter www.destatis.de zu erfahren.

Vgl. BZgA, Häufig gestellte Fragen zum Thema minderjährige Schwangere (2007)

Unabhängig von den statistischen Fakten und den gewählten Interpretationsmaßstäben ist davon auszugehen, dass jede unerwünschte Schwangerschaft Minderjähriger ein individuell ernsthaftes Problem darstellt und individuelle Unterstützung gewährleistet sein muss.

Verhütung – womit?

Zwei Drittel aller jugendlichen Jungen und Mädchen benutzen heute bei ihrem „ersten Mal“ ein Kondom. Dies war 1980 bei nur einem Drittel der Jugendlichen der Fall. Auch der Anteil der Pillenanwenderinnen hat sich in diesem Zeitraum verdoppelt. Der Anteil der Jugendlichen, die beim „ersten Mal“ nicht verhüten, liegt konstant über 10% (Mädchen 9%, Jungen 15%). Bei Mädchen und Jungen aus Migrantenfamilien ist der Anteil doppelt so hoch. Als Begründung für die fehlende Verhütung geben 64% der Mädchen und 78% der Jungen an, dass der Geschlechtsverkehr „zu schnell und überraschend“ zustande kam. (BZgA 2006)



Weitere Argumente sind:

1. „Ich habe die Pille vergessen.“
2. „Es wird schon nichts passieren.“
3. „Wir hatten kein Verhütungsmittel zur Hand.“
4. „Wir hatten uns vorgenommen, aufzupassen.“

Offenbar hilft Wissen allein nicht, die Verhütung zu managen. Das, was bei allgemein üblicher Aufklärung zu kurz kommt, ist die Vermittlung des „Wie“. Wie setze ich dieses Wissen in einer Situation des „ersten Mals“ um, wo es doch um Spontaneität, um Intimität, um Romantik, – eben um viel mehr gehen soll als nüchterne Pragmatik.

Hinzu kommt, dass aktuelle Studien besagen, dass Jugendlichen handelsübliche Standard-Kondome häufig zu groß sind und jeder 5. Junge überhaupt kein passendes Kondom findet (vgl. pro familia 2001, BRAVO 2008). Informationsmaterialien und Tipps bieten Mädchen und Jungen hier oftmals hilfreiche Unterstützung (vgl. pro familia 2007).

Märchen, Mythen und Legenden

Obwohl sich zwei Drittel aller Mädchen sicher sind, den Zeitpunkt der fruchtbaren Tage einer Frau zu kennen, irrt sich ein Drittel von ihnen (BZgA 2006). Neben dieser auch in anderen Bereichen nachweisbaren Fehleinschätzung des eigenen Wissens prägen zum Teil mythische Vorstellungen sowie konkrete Wissensdefizite das Verhalten von Jugendlichen. Immer noch glauben viele Mädchen, dass die Pille dick macht und Krebs verursachen kann und sie möglicherweise wegen der Pilleneinnahme keine Kinder bekommen können. Selbst Pillenanwenderinnen wissen oft nicht, ab welchem Zeitpunkt die Pille wirkt und dass sie auch während der mehrtägigen Pillenpause geschützt sind. Die große Angst vor einer Schwangerschaft lässt gar Vermutungen zu, dass man beim Oralverkehr, ja sogar bei der Selbstbefriedigung schwanger werden kann. Daneben führt anatomisches Halbwissen dazu, dass immer mehr junge Frauen meinen, dass ihre „kleinen“ Schamlippen zu groß sind und sie daher auch nicht vor operativen Korrekturwünschen zurückschrecken. Viele Jugendliche wissen nicht, dass die Menstruation anfangs unregelmäßig kommt und dass Zwischenblutungen während der Pubertät an der Tagesordnung sind.

Dieses Un- bzw. Fehlwissen bezüglich sexuell anatomischer sowie physiologi-

scher Verhältnisse hat seine Wurzeln oft in der ungenügenden Aufnahmebereitschaft bei der Behandlung dieser Themen im mitunter realitätsfernen und uninteressanten Sexualkundeunterricht. Zudem scheint auch das Elternhaus eine Rolle zu spielen, was die Tradierung des Tabus: „Über Sexualität spricht man nicht“ betrifft. Nicht zuletzt spielt die Peergroup eine Rolle bei der Vermittlung von falschen Infos.

Aufklärung – durch wen?

Der Schulunterricht ist die meistgenannte Quelle für Kenntnisse über Sexualität. Überdurchschnittlich wichtig sind Lehrerinnen/Lehrer für Jugendliche, bei denen Mutter und/oder Vater nur begrenzt als Ansprechpartnerinnen und -partner fungieren. Dennoch wird der Aufklärungsunterricht häufig als lebensfern und uninteressant empfunden, der Unterricht sei „peinlich“, „langweilig“ und „zu wissenschaftlich“. Nach Meinung der Mädchen werden Ablauf und Bedeutung des weiblichen Zyklus genauso insuffizient abgehandelt wie der Bereich der Verhütung sowie der Themenschwerpunkt „Gefühle, Liebe und Sexualität“. Beratungsstellen werden nur von 13% der Mädchen aufgesucht. Erstaunlich ist, dass dies bevorzugt Jugendliche mit frühen Sexualkontakten sind (BZgA 2006). Größtes Vertrauen schenken die Mädchen auch heute noch ihrer Mutter, die nicht

nur die Aufklärung, sondern auch die Verhütungsberatung mit Präferenz für die Pillenanwendung übernimmt. Mit zunehmendem Alter werden andere Mädchen, aber auch FrauenärztInnen wichtige AnsprechpartnerInnen. Dabei dient die Ärztin oder der Arzt lediglich als Informationsquelle und nicht unbedingt als Vertrauensperson. Die meisten Mädchen waren zufrieden mit ihrem Besuch bei der Frauenärztin/ dem Frauenarzt. Jedoch 1/4 der jungen Mädchen fanden den Besuch unangenehmer, als sie sich vorher vorgestellt haben (BZgA 2006). Bei einer früheren Untersuchung von 14- bis 16-jährigen Mädchen haben nur 8% die beratende Ärztin oder den beratenden Arzt als eine gute ZuhörerIn/einen guten Zuhörer wahrgenommen (Gynäkologische Nachrichten 10/2002).

Besuch bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt

Unter den 16-Jährigen waren bereits knapp drei von vier Mädchen bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt. Grund für den ersten Besuch sind Verhütungsfragen (47%), aber auch Fragen zur Menstruation (45%). Dabei ist auffällig, dass ein hoher Anteil der Mädchen, die schon sehr früh sexuelle Kontakte gemacht haben erst nach ihrem ersten Sexualkontakt die gynäkologische Praxis aufsuchen, um sich über Verhütungsmöglichkeiten zu informieren (BZgA 2006). Analysiert man das Fragenspektrum, welches sich im Rahmen von Internetberatung ergibt, so erwarten Jugendliche neben Antworten auf Fragen zur Verhütung vor allem Klärung ihrer Nöte rund um das Thema Beziehung und Sexualität. Zudem haben sie offenbar große, jedoch selten vorgetragene Ängste vor einer Schwangerschaft und glauben, dass mit ihrer körperlichen Entwicklung etwas nicht stimmt.

Die Frauenärztin bzw. der Frauenarzt sind offenbar neben der Schule und den Eltern die dritte tragende Säule der Beratung von Jugendlichen. Dieser Aufgabe kann sie/er aber nur gerecht werden, wenn Praxiskonzepte entwickelt werden, welche Jugendliche umfassend ansprechen und ihnen neben einer Kontrazeptionsberatung eine Auseinandersetzung mit ihren Themen wie Sexualität, Liebe, Partnerschaft, körperliche Entwicklung, Verhütung und Schwanger-

schaft bietet. Eine Sprechstunde für junge Mädchen und Jungen ist also im Wesentlichen eine Beratungs- und Erklärungs-sprechstunde, bei der medizinische Fragestellungen einschließlich der gynäkologischen Untersuchung nur eine Randbedeutung haben. Beziehung und Kommunikation sind die tragenden Säulen jedes Konzeptes, welches sich dieser Zielgruppe annimmt.

Mädchen und Jungen haben viele Fragen zu:

- Sexualität und Liebe
- Körperlichen Entwicklungen und Körperselfbild
- Sexuellen Orientierungen und Identität
- Verhütung und Schwangerschaft
- Frauenärztin-/ Frauenarztbesuch
- Sexueller Gewalt
- Sexuell übertragbaren Krankheiten
- Kulturellen Verschiedenheiten





KAPITEL 3

Kommunikationshilfen – ein systemischer Ansatz

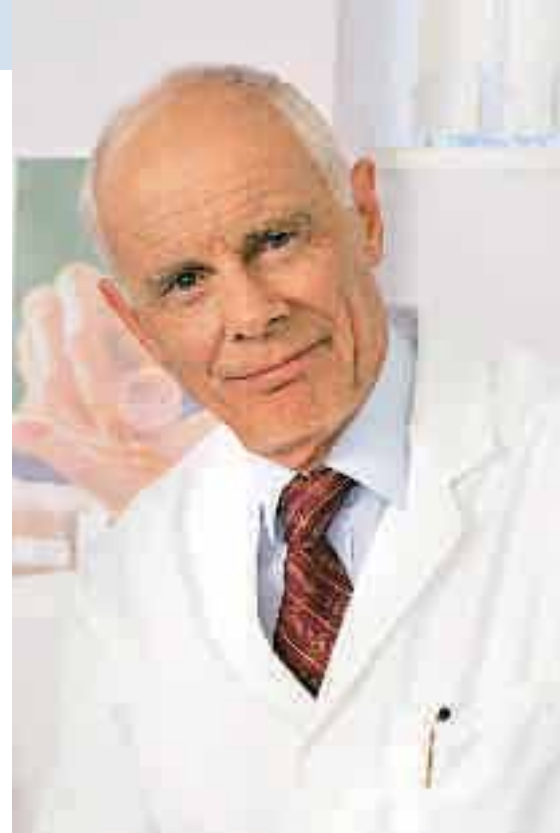
Theoretischer Überblick

Zentrum eines systemischen Betrachtungs- und Behandlungsansatzes ist die interaktionelle, die Beziehungsebene. Theoretischer Vater dieses Ansatzes ist GREGORY BATESON (1973). Bateson beschreibt die zwei Ebenen von Kommunikation, die direkte sowie die indirekte Ebene, die Bateson die Metakommunikation nannte. Mit Metakommunikation bezeichnete Bateson die Kommunikation über die Kommunikation. Nach Bateson ist es die Metakommunikation, die den Rahmen für die Kommunikation insgesamt bildet bzw. der direkten Kommunikation ihre Bedeutung gibt.

Häufig liegt die direkte Ebene im sprachlichen, die Metakommunikation hingegen im indirekten, im körpersprachlichen Ausdrucksbereich. Die unterschiedlichen Ebenen können übereinstimmend und damit kongruent oder auch nicht übereinstimmend und damit inkongruent sein. Kongruenz und Inkongruenz sind ein wichtiger Faktor im Rahmen von menschlicher Kommunikation. Auch für die Arzt-Patienten-Beziehung sind sie von großer Bedeutung. Kongruenz auf Seiten der Ärztin/des Arztes gibt der Patientin Sicherheit und damit Vertrauen und macht sie offener für Behandlung und therapeutischen Erfolg. Ein Arzt, der auf der direkten Ebene einer 15-jährigen

Patientin sagt: „Es ist mir ungeheuer wichtig, dass junge Menschen wie Sie ordentlich verhüten und genügend darüber wissen“, während er gleichzeitig den Abstand zwischen sich und der jungen Patientin vergrößert, indem er mit seinem Schreibtischstuhl zurückrollt und dabei gelangweilt aus dem Fenster guckt, ist inkongruent in seiner Kommunikation. Auf der einen Ebene vermittelt er der jungen Patientin: Ich interessiere mich für dich. Dass du ordentlich verhütetest, liegt mir am Herzen. Auf der anderen Ebene vermittelt er ihr: Du interessierst mich überhaupt nicht. Die Situation mit dir langweilt mich. Ich habe das Bedürfnis, zu dir auf Distanz zu gehen. Genau diese Inkongruenz ist es, die auf Seiten der Patientin, des jungen Mädchens, Unsicherheit und Misstrauen aufkommen lässt. Entsprechend wird sie das, was der Arzt ihr mitteilt, besetzen und entweder nicht wirklich hören oder nicht ernst nehmen und auch nicht umsetzen können.

Da wir längst aus der psychotherapeutischen Forschung wissen, dass das, was in der Psychotherapie wirkt, nicht die eine oder die andere Therapierichtung ist, sondern lediglich und ausschließlich die Güte der therapeutischen Beziehung, ist es von hoher Wichtigkeit, dieses Wissen auch auf die übrigen ärztlichen Bereiche auszudehnen. Effektive Behandlung, auch



im Rahmen von Mädchensprechstunden, ist abhängig von dem Wirkfaktor Beziehung. Die wiederum ist abhängig von effektiver Kommunikation, das heißt, kongruenten Botschaften. Kommt eine solche tragende Beziehung zustande, kann es der Ärztin/dem Arzt sogar in einem zweiten Schritt gelingen, mögliche Inkongruenzen auf Seiten der jungen Patientin zu erkennen und aufzulösen. Auch diese gibt sehr häufig inkongruente Botschaften.

So sagt Melanie, 14, zum Beispiel auf der direkten Ebene zur Frauenärztin: „Ich möchte gerne die Pille.“ Dabei sitzt sie scheinbar locker zurückgelehnt auf ihrem Stuhl, wirkt unglaublich cool in ihrem engen Top mit ihrem gepiercten Bauchnabel und ihren schwarz lackierten Fingernägeln. Vordergründig könnte die behandelnde Ärztin neben der direkten Botschaft von Melanie: „Ich möchte die Pille“ die dazugehörige Bedeutungsebene in der Art lesen wie: Und ansonsten weiß ich ohnehin alles, mit Verhütung weiß ich Bescheid, mit Ihnen hier ausführlich zu sprechen ist mir eigentlich sowieso zu blöd.“

Sofern die Ärztin dem, was sie aus der Metakommunikation Melanies zu lesen glaubt, Glauben schenkt, würde sie wahrscheinlich in der Art reagieren, dass sie erwidern würde: „Okay, ich möchte

Sie zunächst untersuchen und nachsehen, ob alles in Ordnung ist. Dann gebe ich Ihnen die Pille, lesen Sie sich bitte den Beipackzettel sorgfältig durch, für den Fall, dass Sie irgendetwas noch nicht genau wissen.“

Die Ärztin aber, die vorsichtig ist und unsicher mit dem, was sie glaubt wahrzunehmen, was Melanies Worte bedeuten könnten, überprüft ihren Eindruck und fragt nach, z.B. in der Art: „Sie wirken relativ erfahren, Melanie. Aber vielleicht haben Sie doch noch die eine oder andere Frage oder Unsicherheit zu dem Thema. Das ist oft bei meinen Patientinnen so!“ Auf diese Art und Weise hätte sie einen Weg gefunden, die von Melanie

ausgestrahlte nonverbale Botschaft: „Ich weiß eh alles, ich bin so cool“ zu hinterfragen auf mögliche dahinterliegende Ängstlichkeiten, Hemmungen und Unsicherheiten. So wäre es der Ärztin möglicherweise auf diese Art und Weise gelungen, in Melanie über die Bewusstmachung der ihr vermutlich unbewussten eigenen inkongruenten Kommunikation einen Prozess in Richtung von mehr Kongruenz einzuleiten.

Vielleicht wäre die Patientin nicht darauf eingegangen. Mit Sicherheit aber hätte sie diese Intervention ein wenig irritiert im positiven Sinne bzw. nachdenklich gemacht. Kurzum, es wäre eine auf einer vorsichtig tragenden therapeutischen



Beziehung langsam dichter werdende Kommunikation entstanden. Dieses Paket zusammen führt dazu, dass junge Patientinnen zuhören, aufnehmen und das Gehörte umsetzen können. Es macht sie zu Expertinnen in eigener Sache.

Kommunikationsstrategisches Handwerkszeug

Da insbesondere systemische Interventionstechniken zur Beratung und Therapie auf der einen Seite relativ leicht anwendbar und auf der anderen Seite von hoher Effektivität sind, seien sie insbesondere hier dargestellt. Gemein ist allen systemischen Techniken die Fokussierung von Beziehung und damit auch von Kommunikation.

Gesprächseinstieg und Gesprächsverlauf

Ein gewohnter Einstieg in ein Erstgespräch ist die Frage: „Was ist das Problem?“ Systemische Beratung und Therapie arbeitet mit Irritation, geht davon aus, dass Irritation die produktive Kraft ist, die rigide Perspektiven durcheinander bringt bzw. verändert und darüber hilft, Flexibilität, Offenheit und Entwicklung in ein System zu bringen. Entsprechend fragt die/der SystemikerIn nicht: „Was ist das Problem?“, sondern würde eingangs das vor ihr/ihm sitzende junge Mädchen fragen: „Wie kommt es, dass Sie gerade

jetzt mit Ihrem Problem zu mir kommen?“ oder „Was war die treibende Kraft, die Ihnen geholfen hat, hierher zu kommen? Was müsste passieren, damit Sie aus diesem Gespräch besonders zufrieden oder besonders unzufrieden herausgehen?“ All das sind gute Möglichkeiten, einen Gesprächseinstieg zum Thema Teenagerprobleme zu initiieren. Sie mögen irritierend wirken, sind aber in einer Art und Weise oft erfrischend und damit lebendigkeitsfördernd, in der Art, dass sie Präsenz und Authentizität auf Seiten des befragten Mädchens auslösen und damit neue Perspektiven und Möglichkeiten.

Auch das **zirkuläre Fragen** bedeutet, nicht direkt das Mädchen zu fragen im Sinne von „Was halten Sie davon?“, sondern Melanie, 14, zu fragen: „Was würde Ihre Mutter davon halten, wenn sie wüsste, dass Sie jetzt hier sitzen?“ oder „Was würde Ihr Freund dazu sagen, dass Sie gerade hier darüber sprechen, dass sie eigentlich keine Lust auf Sexualität mit ihm haben?“ usw. Zirkuläre Fragen sind eine effiziente Methode, ohne dass die Mitglieder eines Systems, z.B. eines Paar- oder Familiensystems, anwesend sein müssen. Dennoch ermöglicht sie es, die interaktionelle Ebene unter ihnen mit in den Raum zu holen und diese damit erkennbar und veränderbar zu machen. Und immer ist es ja diese Ebene, die die Probleme schafft.

Das 13-jährige Mädchen, das glaubt, nicht schön genug zu sein, hat immer Bezugssysteme. Es glaubt, nicht schön genug zu sein im Vergleich mit oder in Bezug auf andere Mädchen. Ist der Gesprächseinstieg geschafft, ist die **Frage nach der Fee** äußerst hilfreich: „Nicole, stell dir vor, eine Fee käme und würde dir die von dir gewünschten Brüste zaubern, kleiner, spitzer, straffer, ganz so, wie du sie dir erträumst. Was würde das für dein Leben bedeuten? Was wäre anders? Woran würdest du das merken?“

Sehr viel mehr als Überzeugungsversuche im Sinne von: „An dir ist doch alles völlig normal. An dir ist doch alles schön. Nimm dich doch einfach an, so wie du bist. Andere wären froh, wenn sie so aussähen wie du ... etc.“, von denen wir längst wissen, wie wenig wirksam sie sind – im Gegenteil, dass sie häufig nichts anderes als lediglich die Abwehr des Mädchens stärken –, macht die Frage mit der Fee nachdenklich. Außerdem gibt sie Freiheit. Sie versucht nicht zu überzeugen. Sie versucht die Perspektive des Mädchens nicht zu entwerten, sondern sie zu respektieren. Sie lässt diese bestehen und versucht daneben auf der Metaebene eine neue Perspektive zu eröffnen, nämlich die der Bedeutung dessen, was Melanie oder Nicole sich wünschen.

Nicht selten kommt das betroffene Mädchen erstmalig in Kontakt damit, dass es eigentlich nicht die kleinere Brust, die

gleichgroßen Schamlippen oder die Topfgur meint, sondern sehr viel mehr die Bedeutung derselbigen für sie, für das, was sie damit für sich und für ihr Leben verbindet. Es tauchen Antworten auf wie: „Ich wäre dann attraktiver. Dann würden die anderen mich mehr bemerken. Mein Wert bei den Jungs würde steigen. Darüber wäre ich glücklicher. Dann hätte ich vielleicht auch mehr Erfolg, könnte vielleicht Modell werden usw.“

Sprechen über Intimes

Das Thema Intimität und Sexualität ist ein vorsichtig und behutsam zu behandelndes. Keineswegs muss in jedem Erstkontakt eine Sexualanamnese enthalten sein. Dennoch sollte aber das Thema an sich vorkommen. Unabhängig davon, ob 12-, 13- oder auch 17-jährige Mädchen bereits Sexualität aktiv praktizieren, prägen Sexualmythen und Normen ihre Vorstellungen von weiblicher Attraktivität, von sexuellem Funktionieren sowie von Liebe und Beziehung. Ein weiterer wichtiger Aspekt, den es zu explorieren gilt, ist der, ob ein Mädchen über Sexualität und die damit verbundenen möglichen Sorgen sprechen kann. Sexualität ist eng mit Reproduktion und Verhütung verbunden und damit ein sehr komplexes Thema. „Bin ich geschützt? Wie mache ich das mit dem ersten Mal? Rieche ich nicht vielleicht komisch da unten? Wie soll ich ihm beibringen, dass er ein Kondom

benutzen soll? ...“ sind intime, für das Mädchen zum Teil mit Peinlichkeit und Scham besetzte Fragen. Diese mit ihm zu thematisieren, kann von hoher Wichtigkeit sein, um ihm ein Gefühl für die Art des eigenen Umgangs damit vermitteln zu können. Mögliche Einstiegsfragen von Seiten der Ärztin/des Arztes könnten folgende sein:

Gesprächseinstieg

- Bei deinem/Ihrem Besuch hier geht es um sehr viel Intimes, auch um das Thema Sexualität. Hast du/haben Sie Erfahrung damit, über diese Dinge sprechen zu können, zum Beispiel mit deiner/Ihrer Mutter oder Freundin oder Freund?
- Um mit dem Thema Verhütung entspannt und sicher umgehen zu können, ist es wichtig, darüber auch sprechen zu lernen. Hast du/haben Sie damit Erfahrung?
- Das Thema Verhütung ist sehr intim und hat viel mit Sexualität zu tun. Viele Mädchen fühlen sich in diesem Bereich unsicher und finden es schwer, darüber mit ihrem Freund zu sprechen. Manche sind auch zusätzlich noch sehr angespannt, was die Beziehung zum eigenen Körper betrifft, ob sie schön genug sind, ob der Freund sie toll genug findet. All das löst dann oft Gefühle bei ihnen aus, die den Umgang mit Sexualität und Verhütung sehr anstrengend machen. Hast du/haben Sie eine Idee, wie das für dich/für Sie sein könnte?

Sofern sich über diese Fragen ein Dialog mit dem Mädchen entwickelt, ist es im Allgemeinen leicht weiterzusprechen, und zum Beispiel Fragen, was die Beziehung zum eigenen Körper betrifft, anzuschließen.

Fragen zum Körpererleben

- Wie würdest du/würden Sie die Beziehung zu deinem/Ihrem Körper beschreiben? Ist die ganz freundlich, ganz einverstanden oder eher streng und sehr kritisch?
- Wenn du/Sie der Beziehung zu deinem/Ihrem Körper eine Note zwischen „sehr gut“ und „mangelhaft“ geben müsstest/müssten, wo würdest du/würden Sie dich/sich einordnen?

Sollte auch diese Thematik kommunizierbar sein, ist es oft sinnvoll, einige konkrete Fragen nach sexuellen Erfahrungen des Mädchens zu stellen. Diese sollten offen formuliert sein. Zudem ist es hilfreich, wenn die Ärztin/der Arzt die Geschlechtsorgane (Scheide, Kitzler, Penis) benennt. Eine offene und konkrete Sprache in puncto Sexualität ist modellgebend, was das Lernen von Sprechen über Sexualität auf Seiten des Mädchens betrifft.

Fragen zur sexuellen Erfahrung

- Wie hast du/haben Sie Sexualität im Elternhaus erlebt? Wurde offen damit umgegangen oder wurde eher versteckt damit umgegangen?

- Haben deine/Ihre Eltern über Sexualität mit dir/Ihnen gesprochen?
- Hast du/haben Sie schon Erfahrungen mit Sexualität gemacht – vielleicht mit dir/Ihnen selbst oder einem Jungen oder einem Mädchen?
- Hast du/haben Sie schon einmal versucht, Erfahrungen mit deinen/Ihren sexuellen Reaktionen zu machen, zum Beispiel ob du/Sie erregt wirst/werden, wenn du/Sie an deinen/Ihren Brüsten spielst/spielen, ob deine/Ihre Scheide feucht wird?
- Was würdest du/würden Sie sagen, wo fühlst du/fühlen Sie dich/sich hingezogen, zu Mädchen oder zu Jungen? Oder bist du/sind Sie vielleicht unsicher?
- Hat irgendjemand schon einmal deine/Ihre intimen Grenzen verletzt? Hat irgendjemand schon einmal etwas getan, was du/Sie nicht wolltest/wollten oder dir/Ihnen sexuelle Gewalt angetan? (Diese Frage sollte durchaus regelhaft bei einer Sexualanamnese vorkommen. Sie schafft einfach die Möglichkeit, auch bei den Mädchen, die es nicht vermuten lassen, einen Missbrauch zu entdecken und gegebenenfalls – falls traumatische Folgen vorliegen – behandeln zu lassen.)

Für den Fall, dass auf Seiten des Mädchens im Verlaufe des Gesprächs sexuelle Probleme benannt werden oder das Mädchen primär wegen sexueller Probleme kommt, ist es notwendig, klare und konkrete Fra-

gen zu diesen Problemen sowie zur sexuellen Funktion zu stellen.

Auch hier empfiehlt es sich, das Mädchen nicht einfach aufzufordern: „Erzähl/erzählen du/Sie doch mal,“ sondern im Sinne eines Interviews konkrete, die schwierigen Worte beim Namen nennende Fragen zu formulieren.

So wird es dem betroffenen Mädchen erleichtert, anfangs nur mit einem „Ja“ oder „Nein“ antworten zu müssen. Gleichzeitig wird ihm auch hier wieder ein Modell dafür gegeben, dass über Sexualität offen gesprochen werden kann.

Fragen zur sexuellen Funktion und zu möglichen Problemen

- Was ist dein/Ihr Problem? Tut es weh beim Sex?
- Was genau tut weh?
- Tut es weh, wenn Du/Sie den Finger einführst/einführen?
- Tut es weh, wenn der Freund versucht, mit dem Penis einzudringen?
- Seit wann bestehen diese Beschwerden?
- In welcher Situation treten sie auf?
- In welcher Situation treten sie nicht auf?
- Bei welcher sexuellen Praktik treten sie auf?
- Bei welcher sexuellen Praktik treten sie nicht auf?
- Wie verhält es sich mit sexueller Lust?
- Wird die Scheide feucht?

- Gibt es Unterschiede (wenn zum Beispiel ein Orgasmusproblem geschildert wird), was partnerschaftliche oder eigene Stimulation betrifft?
- Was klappt gut? (Diese Frage ist wichtig, weil das betroffene Mädchen stets und fast ausschließlich auf das guckt, was nicht klappt.)
- Was bedeutet dieses Symptom für dich/Sie? (Diese Frage ist wichtig, weil sie nach der Bedeutung der sexuellen Problematik und damit nach dem für das Mädchen daraus resultierenden subjektiven Leidensdruck fragt.)



Indikation Einzel-, Paar- und Familiengespräche

Klassische Regeln, wann welches Gesprächssetting indiziert ist, sind schwierig aufzustellen. Vielmehr gilt es, immer wieder von neuem, die Situation in jedem einzelnen Fall zu prüfen, um dann den nächsten Indikationsschritt entscheiden zu können.

Die vielleicht einzige goldene Regel, die fast immer gilt, ist, dass – egal welchen Alters die junge Patientin ist – sie Raum und Zeit haben sollte, allein mit der Ärztin bzw. dem Arzt zu sprechen.

So sollte unbedingt, wenn zum Beispiel Mutter und Tochter in die Praxis kommen, was ja häufig der Fall ist, wenn die Mutter die Initiatorin des Gespräches ist, ärztlicherseits darauf bestanden werden, dass die Patientin auch mit der Ärztin/dem Arzt allein spricht. Selbstverständlich muss die Initiative der Mutter, diesen Termin organisiert zu haben, respektiert und wertgeschätzt werden. Auch ihre Sorge um die

Gesundheit der Tochter sollte als Ausdruck einer tragenden Beziehung positiv verstärkt werden. Darüber entsteht auf beiden Seiten Entspannung. Sie muss sich weniger anstrengen, in ihrem Einfluss gesehen zu werden und kann der Tochter mehr Raum lassen. Diese wiederum beruhigt es, dass auch ihre Mutter Wertschätzung erfährt. In jedem Fall ist es empfehlenswert, dass die Ärztin/der Arzt darauf besteht, auch allein mit dem Mädchen zu sprechen. Wenn dann die Mutter wiederum darauf besteht, ebenfalls unter vier Augen, also ohne die Tochter, mit der Ärztin/dem Arzt zu sprechen, sollte mit diesem mütterlichen Begehren eher zurückhaltend umgegangen werden. Letztlich geht es darum, dass sich zwischen der Ärztin/dem Arzt und der jungen Patientin eine tragende Beziehung aufbaut, dass sich also eine Beziehung entwickelt, die von Vertrauen und Sicherheit gekennzeichnet ist. Einer solchen Beziehungsentwicklung kann es durchaus entgegenstehen, wenn von vornherein Geheimnisse mit der Mutter über das Mädchen ausgetauscht werden.

Paarorientierte Beratung

Ein beziehungs-konstruktiveres Vorgehen wäre, neben dem Gespräch allein mit dem Mädchen, eine Sequenz im Sinne von paarorientierter Intervention zusammen mit Mutter und Mädchen vorzuschlagen,

um hier natürlich der Perspektive der Mutter einen Raum zu geben, ohne jedoch das Mädchen auszuschließen. Eine andere Situation könnte die sein, wenn die Patientin mit Freund kommt, und beide um eine Verhütungsberatung bitten. In diesem Fall gilt es selbstverständlich zu respektieren und auch zu wertschätzen, dass diese beiden jungen Leute sich in bemerkenswerter Weise verantwortlich für die gemeinsame Verhütung zeigen. Selbstverständlich sollte primär mit beiden gesprochen werden. Dennoch ist es empfehlenswert, in diesem Fall beiden, sowohl dem Mädchen als auch dem Jungen, die Möglichkeit zu geben, ein paar Minuten allein mit der Ärztin/dem Arzt zu sprechen. Sollte das abgelehnt werden, besteht kein Grund, von ärztlicher Seite darauf zu bestehen. Oftmals aber wird dieses Angebot gern angenommen.

Und oftmals kommen Themen zur Sprache, die trotz eines sehr offenen Paarverhältnisses so intim sind, dass sie mit Scham besetzt sind und entsprechend nicht angesprochen werden, Themenschwerpunkte wie „Ich habe Angst davor, mich anzustecken, ich könnte Aids kriegen“, „Könnte ich ihm/ihr sagen, dass ich gerne trotz Pille noch ein Kondom benutzen würde oder kränke ich ihn/sie dann?“ Gerade was das Thema Aids betrifft, stellt es für viele Jugendliche immer noch eine große Hürde dar, als Verliebte das Thema „Kann ich mich bei

dir anstecken?“ anzusprechen. Genau dazu aber müssen sie ermutigt werden. Häufig stecken auch tiefer liegende Probleme in der Beziehung hinter einer mangelnden Kommunikation.

Familienorientierte Beratung

Auch ein familienorientiertes Vorgehen kann bei der Diagnostik und Behandlung von Mädchenproblemen hilfreich sein. Insbesondere bei psychosomatischen Problemen wie zum Beispiel chronischem Unterleibsschmerz oder Dysmenorrhoe kann eine Betrachtung der Problematik aus systemischer Sicht neue Perspektiven und damit neue Bewältigungsmöglichkeiten schaffen. Hintergrund dieses Vorgehens ist das

systemische Verständnis von psychosomatischen Erkrankungen. Dieses Verständnis geht davon aus, dass eine psychosomatische Erkrankung eines Mitgliedes des Systems (in diesem Fall Familie) das System schützt. Sie schützt es davor, tiefer liegenden Konflikten wie zum Beispiel Beziehungsschwierigkeiten der Eltern, unverarbeitete, tabuisierte Verluste, Depressivität eines Elternteils usw. ins Auge schauen zu müssen. Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist es natürlich, eine familientherapeutische Basisausbildung zu haben. Es gibt aber auch durchaus Gynäkologinnen/Gynäkologen, die, wenn sie ein solches Gespräch für sinnvoll halten, eine Familientherapeutin/einen Familientherapeuten aus der Region hinzuziehen.





KAPITEL 4

*Mädchenfragen und -sorgen ...
Wie gehe ich damit um als
Ärztin/Arzt?*

Besuch bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt

Typische Mädchenfragen und -sorgen:

- Werde ich beim ersten Mal gleich gynäkologisch untersucht?
- Was macht die Frauenärztin/der Frauenarzt genau?
- Tut das weh?
- Kann ich eine Freundin oder meine Mutter mitnehmen?
- Was ist, wenn ich gerade meine Periode habe?
- Was ist Ultraschall und was passiert dabei?
- Was passiert mit meinem Jungfernhäutchen bei der Untersuchung?
- Muss ich mich ganz ausziehen?

Allgemeines

Grundsätzlich gilt es zu bedenken, dass es für die meisten Mädchen großer Überwindung bedarf, um einen Besuch bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt zu vereinbaren. Neben konkreten Ängsten, Sorgen und schamvollen Gefühlen sind viele Mädchen durch beunruhigende Informationen aus dem Freundeskreis, ggf. auch durch die eigene Mutter, verunsichert. Hinzu kommt die Sorge, ob der Frauenarztbesuch geheim bleibt. Des Weiteren fürchten die Mädchen Schmerzen und Grenzverletzungen. So gesehen ist das Erstgespräch mit der Arzthelferin eine oft alles entscheidende Kommunikationssituation. Hier können einige der unausgesprochenen Ängste schon im Vorfeld abgebaut und ein Vertrauensverhältnis hergestellt werden.

Um sich ganz auf die jungen Mädchen mit ihren sehr speziellen Bedürfnissen einstel-

len zu können, bietet sich unter Umständen die Einrichtung einer speziellen Sprechstunde an einem bestimmten Nachmittag an, zu dem die Mädchen mit oder auch spontan ohne Termin erscheinen können. Bei der Betreuung der Jugendlichen sollte das ganze Praxisteam eingebunden werden. Im Wartebereich könnte jugendspezifisches Informationsmaterial ausliegen. Möglicherweise bietet sich auch der Einsatz von Internet und DVD als Informationsquelle an. Neben einem Anamnesefragebogen erscheint es sinnvoll, den Wissensstand von Teenagern zu wichtigen Themen der Prävention schon vorab mit einem Fragebogen zu erfassen, – vielleicht mit einem witzigen Quiz oder Puzzle. Das Praxisteam oder Beratungsinstitutionen der Wohlfahrtsverbände (siehe: Rat und Hilfe auf S. 75) könnten im Zusammenhang mit dem ersten Frauenarztbesuch vertiefende Gesprächsangebote machen.

Dort könnte unter Berücksichtigung von Alter, Entwicklung und Kenntnissen auf persönliche Fragen der Jugendlichen wie auch allgemeine Themen eingegangen werden. In einem solchen weder Schule- noch Medizininstitution dominierten Setting könnten – fast beiläufig – Informationen über die normale körperliche Entwicklung wie Fluor/Weißfluss, Zyklusgeschehen, Zwischenblutungen, Menstruation und Menstruationshygiene einfließen.

Daneben sind natürlich alle Fragen der Prävention von Schwangerschaft und Geschlechtskrankheiten ein wichtiger Gesprächspunkt. Unterstützend ist dabei für die Mädchen, das Gefühl zu haben, ein Beratungsgespräch zu führen und nicht eine „Schulstunde“ zu absolvieren. Rückfragen vor allem nach den Erwartungen und Bedürfnissen betonen den interaktiven Charakter dieses besonderen Angebots.



Mädchen fühlen oft Scham und haben Angst, falsche Fragen zu stellen oder nicht verstanden zu werden. Die ärztliche Kunst ist es daher, nicht nur Interesse zu zeigen, sondern diese Ängste zu erkennen und zu artikulieren. Hinter einem besonders cool wirkenden Mädchen kann sich viel Unsicherheit verstecken, so wie sich genauso hinter einem stillen und zurückhaltenden Mädchen eine hohe Selbstständigkeit und Eigenkompetenz verbergen kann. Beim Umgang mit Teenagern sind daher Kenntnisse, was Gesprächsführung und Dynamik von Ärztinnen/Arzt-Patientinnen-Beziehung betrifft, hilfreich.

Gynäkologische Untersuchung

Ein besonderes Augenmerk ist der gynäkologischen Untersuchung selbst zu widmen. Viele Mädchen betrachten es als Zumutung, sich mit den selbst oft als defizitär erlebten körperlichen Veränderungen einem fremden Menschen nackt zu präsentieren. Es sollte daher je nach Situation der Jugendlichen auch ein Verzicht auf die Untersuchung beim Erstkontakt angeboten werden.

Vertrauen ist vielleicht nicht immer der Erfolg der ersten Stunde und bedarf der Geduld. Andererseits sollte die Frauenärztin/der Frauenarzt bedenken, dass viele aufgeklärte Mädchen die gynäkologische Untersuchung geradezu erwarten und sich mühsam darauf eingestellt haben.

Diese Mädchen werden die aus Gründen der Empathie unterlassene Untersuchung eher als Inkompetenz, Desinteresse oder Nachlässigkeit deuten. Aus diesem Grund sollte die Untersuchung zumindest immer angeboten werden.

Bei der gynäkologischen Untersuchung selbst sollte mit Vorsicht vorgegangen werden. Die Vorgehensweise und das Instrumentarium werden ausführlich erläutert und demonstriert. Um die als peinlich empfundene Situation etwas zu entschärfen und um den Mädchen das Gefühl von Kontrolle und Sicherheit zu geben, empfiehlt sich die Bekleidung mit einem langen T-Shirt oder einem langen Hemd. Darauf sollte bei der Anmeldung hingewiesen werden. Bei der Erklärung der äußeren Geschlechtsorgane kann ein Handspiegel hilfreich sein. Natürlich muss sich die Untersuchungstechnik und der Einsatz von Instrumenten und Ultraschall daran orientieren, ob das Hymen noch nachweisbar ist oder nicht. Entsprechend wird bevorzugt von abdominal mit gefüllter Blase geschallt.

Durch Einsatz der Ultraschalltechnik kann dem Mädchen ein Einblick in ihr Innenleben vermittelt werden. Um die Untersuchung möglichst angenehm zu machen, werden alle Instrumente vorgewärmt. Dies betrifft auch das Ultraschallgel. Wichtig ist es auch, den Mädchen klar zu machen, dass das Hymen gut dehnbar ist und dass mit den üblichen schmalen Spekulen untersucht werden kann, ohne dass dieses schmerzhaft ist oder zu Verletzungen der Jungfernhaut führt. Natürlich haben die Mädchen auch ein Vetorecht, welches ihnen erlaubt, eine subjektiv unangenehm und schmerzhaft empfundene Untersuchung sofort zu unterbrechen. Insgesamt sollte sich die behandelnde Ärztin/der Arzt bei dieser ersten Untersuchung im Klaren sein, dass Art und Weise des Vorgehens darüber entscheiden, ob das jeweilige Mädchen auch in Zukunft frauenärztliche Hilfe und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen wird. Viele ältere Frauen berichten von schmerzlichen Ersterfahrungen mit FrauenärztInnen, welche ihnen letztlich die Inanspruchnahme gynäkologischer Vorsorge ein Leben lang unmöglich gemacht haben. Der häufigste Grund des ersten Ärztin- bzw. Arztkontaktes sind Fragen zur Verhütung. Diese Fragen brauchen Raum. Auch bedarf es des Feedbacks von Seiten des Mädchens, ob die Erklärungen der Ärztin/des Arztes verstanden wurden, und ob es – das Mädchen – glaubt, diese umsetzen und anwenden zu können.

Fallbeispiel

Nicole, 15 Jahre,
war noch nie bei der Frauenärztin, ihre Mutter
meint, das sei jetzt einmal nötig.
Nicole hat so weit keine Probleme, sie macht
viel Sport und Musik, Jungen interessieren sie
nicht besonders. Sie ist groß, schlank, wirkt
selbstbewusst.

Frau Dr. G., 35 Jahre
Frauenärztin

Nicole:

„Meine Mutter meint, ich sollte mal zur Frauenärztin, das wäre wichtig. Eigentlich habe ich keine Probleme.“

Frau Dr. G.:

„Ja prima, das finde ich immer gut, wenn Mädchen nicht nur kommen, wenn sie die Pille brauchen, sondern auch, um sich Gewissheit zu verschaffen, dass gynäkologisch alles okay ist. Das nenne ich junge mündige Patientinnen. Dann kann ich dich ja gleich untersuchen.“

⟨ Direkte Ebene
Kommunikation ⟩

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Oh, das geht aber schnell. Eigentlich wollte ich gar nicht sofort untersucht werden. Eigentlich wollte ich sie erst einmal nur kennen lernen und dass sie mir alles erklärt.

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Alle Achtung, wie sie selbstbewusst, klug und eigenverantwortlich hier erscheint.



Analyse:

Die Ärztin ist sehr kongruent in dem, was sie direkt und was sie auf der Metaebene ausdrückt. Was die Botschaften betrifft, die Nicole aussendet, so sind diese nicht so leicht lesbar wie die der Ärztin. Die Frauenärztin missdeutet das sichere Auftreten sowie auch die direkte Botschaft des Mädchens als ein klares „Ich will untersucht werden“.

Nicole hat aber nur gesagt, dass ihre Mutter meint, dass sie untersucht werden soll. Hinzugefügt hat sie außerdem noch, dass sie keine Probleme hat. Das heißt, eigentlich hätte die Ärztin nicht so sicher sein können in ihrem Glauben, dass Nicole derselben Meinung wie ihre Mutter ist.



Gesprächsalternative:

Nicole: „Meine Mutter meint, ich sollte mal zur Frauenärztin, das wäre wichtig. Eigentlich habe ich keine Probleme.“

Frau Dr. G.: „Okay Nicole, das heißt, deine Mutter hätte gerne, wenn ich dich einmal untersuchen würde, nicht wahr? Was denkst du denn? Offenbar hältst du ja etwas von dem Rat deiner Mutter, sonst wärst du ja nicht hier. Was ist denn dein Wunsch?“

Nicole: „Hm, ich hab ja schon gesagt, dass ich eigentlich nichts habe, eigentlich ist alles okay und normal an mir. Aber ich finde es eigentlich auch ganz gut, in meinem Alter einmal zur Frauenärztin zu gehen.“

Frau Dr. G.: „Es gibt zwei Möglichkeiten für den ersten Besuch bei der Frauenärztin, Nicole: Manche Mädchen haben es gerne, wenn ihnen beim ersten Mal alles erklärt wird, z.B., was ich untersuche, wenn ich ihnen einmal den gynäkologischen Stuhl zeige und sie dann aber wieder nach Hause gehen. Sie kommen dann zu einem späteren Zeitpunkt, ein paar Wochen oder Monate später, zur Untersuchung und fühlen sich dadurch, dass sie bereits hier alles kennen und wissen was passiert, sicherer. Andere Mädchen finden es besser, wenn sie gleich beim ersten Mal gynäkologisch untersucht werden. Beides ist völlig okay. Hast du eine Idee, was dir lieber wäre?“

Nicole: „Ja, ich finde die erste Version für mich gut. Ich finde gut, wenn Sie mir erst einmal alles zeigen und erklären und ich dann für die erste Untersuchung noch einmal wiederkomme.“



Fazit:

Im Gegensatz zur ersten Gesprächssequenz überprüft die Ärztin in der zweiten sehr viel vorsichtiger das von Nicole direkt Kommunizierte. Sie fragt ganz klar danach, was Nicole selbst will, bietet Optionen an und prüft damit, ob sie das, was das Mädchen meint, auch wirklich versteht und entsprechend für das Mädchen Unterstützenste anbieten kann.

Gleichzeitig drückt sie durch dieses Verstehenwollen und vorsichtige Vorgehen aus, wie wichtig es ihr ist, Nicoles Wünsche zu erkennen und zu respektieren. Das wiederum stärkt die Beziehung zwischen ihr und Nicole und erleichtert es Nicole auf Patientinnenseite, sich in dem, was sie möchte, der Ärztin gegenüber zu öffnen.

Körperliche Entwicklung und Körperselfbild

Typische Mädchenfragen und -sorgen

- Warum habe ich noch keine Periode?
- Warum ist mein Busen so klein? Ab wann kann ich ihn vergrößern lassen?
- Kann ich Medikamente nehmen, damit er wächst?
- Wachse ich noch?
- Ich bin viel zu dick!
- Alle sagen, ich bin zu dünn, aber ich fühle mich immer noch zu dick!
- Ich denke immer nur an Essen!
- Meine Brüste sind nicht gleich groß.



Allgemeines

Erste Anzeichen von Pubertät und körperlicher Entwicklung bedeuten fast alles – zwischen Angst, Abwehr, Irritation, Stolz und Freude. Entlastet sind Mädchen vor allem, wenn sie sich für „normal“ im Sinne von Körperkonvention halten. Wenn sie mithalten können mit ihren Peergruppen-Normen. Es werden Vergleiche mit Altersgenossinnen angestellt und ein „Zuviel“ und „Zufrüh“ irritiert oft genauso wie ein „Zuwenig“ oder ein „Zuspät“. Das Körperbild sowie seine Gestaltung verlangt die volle Aufmerksamkeit. Schamhaarbildung sowie Brustentwicklung, aber auch das Gewicht stehen im Fokus des Interesses. Mit Aufkommen des „Weißflusses“ entsteht oft große Verwirrung ob dieser ausgeprägten vaginalen Sekretion. Viele Mädchen sind zutiefst verunsichert wegen dieser völlig normalen körperlichen Reaktion. Die meisten wissen zu wenig darüber. Dass die

erste Regelblutung naht, ist ab einem bestimmten Alter bekannt und wird entsprechend „erwartet“. Die jungen Mädchen, die 10- und 11-jährigen, sind teilweise schockiert und bedürfen Beruhigung durch Bezugspersonen, z.B. ihre Mütter. Die Blutung an sich wird unter Mädchen sehr unterschiedlich gewertet. Interessanterweise hätten gut 48 Prozent der Mädchen nichts dagegen, wenn sie keine Blutung mehr hätten (BEATE SCHULTZ-ZEHDEN, Dez. 2004). Es ist unklar, was Menstruation für moderne Mädchen bedeutet. Ist sie einfach nur lästig? Hat sie mit Fruchtbarkeit und weiblicher Potenz zu tun? Sicherlich spielen in hohem Maße die zu diesem Thema innerfamiliär tradierten Mythen eine Rolle. Wie zum Beispiel „Menstruieren tut weh, Menstruieren ist peinlich“. Wenn möglich sollte dieser weibliche Familienmythen-Stammbaum ausgegraben und besprochen werden. Von manch überliefertem

Mythos kann es auch gut tun, sich zu verabschieden. Nicht anders ist es bei dem „Zugroß“ und „Zuklein“ und dem „Zudick“ und „Zudünn“, welches sich ebenfalls an Vorerfahrungen aus der Familie sowie an Normvorstellungen sozialer Bezugsgrößen orientiert. Der Wunsch der Mädchen (manchmal auch ihrer Mütter) nach hormoneller und operativer Manipulation ist oft groß und es bedarf viel Geduld und gelingt nicht immer, die Spielformen der Normalität zu demonstrieren, den Wert der Individualität zu schützen und die Mädchen darin zu unterstützen. Gerade in Bezug auf die Essstörungen gilt es, larvierte Zeichen einer Bulimie oder Anorexie in Form von Menstruationsstörungen, Irritationen im Hals-/Rachenbereich, Verdauungsstörungen, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, angegriffenen Zähnen sowie Haarausfall zu erkennen und zu hinterfragen, um entsprechende Behandlungen einzuleiten.

Fallbeispiel

Anna, 15 Jahre,
wirkt älter, eher klein, schlank, gepierct
in Nase und Ohrläppchen

Herr Dr. M., 52 Jahre
Frauenarzt

Anna:

„Ich bin nicht normal, es sieht alles so ungleich aus. Ich möchte, dass Sie mich operieren.“

Herr Dr. M.:

„Ich weiß nicht so recht Anna, was Sie damit meinen. Heißt es, dass Sie sich nicht gefallen im Genitalbereich? Wissen Sie, alle Mädchen sehen anders aus, aber das ist alles in Ordnung so. Jede von ihnen ist einzigartig, Anna. Sie mit Sicherheit auch. Aber selbstverständlich will ich Ihnen vor allen Dingen helfen. Jetzt untersuche ich Sie erst einmal.“

« Direkte Ebene Kommunikation »

Metaebene Kommunikation

Sie denkt:

Der wird mich sowieso nicht ernst nehmen, der hat ja keine Ahnung, wie schrecklich ich aussehe, ich hätte am besten gleich zu dem Schönheitschirurgen gehen sollen. Bei dem Frauenarzt davor hatte ich auch schon kein Glück.

Metaebene Kommunikation

Er denkt:

O Gott, nicht schon wieder eines von diesen Schamlippenkorrektur-Mädchen. Es ist ja wie eine Infektionskrankheit. Wie kommen die denn bloß auf diesen Blödsinn?



nach der Untersuchung ...

Anna:

„Okay – auf Wiedersehen.“

《 *Direkte Ebene
Kommunikation* 》

Herr Dr. M.:

„Anna, Sie sind völlig in Ordnung, es sieht alles bei Ihnen so aus, wie es aussehen sollte. Bemühen Sie sich einfach, sich schön zu finden, so wie Sie aussehen. Es kommt schon mit der Zeit. Ganz bestimmt, es ist alles in Ordnung bei Ihnen und alles sieht wunderschön aus – glauben Sie mir.“

*Metaebene
Kommunikation*

Sie denkt:

Das tue ich mir nicht noch mal an. Zum Glück habe ich ja die Adresse von dem Schönheitschirurgen.



Analyse:

Die Kommunikation des Arztes, der auf der einen Seite versucht, Verständnis und Interesse für und an Anna auszudrücken, auf der anderen Seite, auf der Ebene der Metakommunikation ein komplettes inneres **NEIN** ihrem Bedürfnis bzw. diesem „neuen Trend“ gegenüber empfindet, ist in seiner Gesamtkommunikation inkongruent und auch nicht authentisch und damit unglaubwürdig.

Genau **DAS** kam bei Anna an. Ohnehin schon mit Vorerfahrungen der gleichen Art belastet, fühlt sie sich erneut nicht ernst genommen und nicht verstanden. In bestem Bemühen versucht der Arzt, sie zu überzeugen, ihr **SEINE** Meinung und Haltung aufzudrängen.

Auf Annas Seite fühlt sich das nicht anders an als Bedrängnis, wie ein gewaltsamer Versuch, sie von dem, was ihre tiefste innerste Überzeugung ist, wegzubringen. Entsprechend kommt es nicht zu einer Beziehung. Eine Kommunikation kommt nicht zustande.

Dieser Besuch bestärkt Anna im ungünstigsten Fall, den seriösen Weg der ärztlichen Konsultation zu verlassen und möglicherweise unseriöse, kommerzielle Angebote in Anspruch zu nehmen.



Gesprächsalternative:

Anna: „Ich bin nicht normal, es sieht alles so ungleich aus. Ich möchte, dass sie mich operieren.“

Herr Dr. M.: „Was heißt das Anna, Sie wollen sich operieren lassen, es sieht nicht richtig aus? Wie müsste ich Sie denn operieren, damit Sie so aussehen, dass Sie sagen würden: „Jetzt bin ich richtig?““

Anna: „Sie müssten mir meine eine Schamlippe kleiner machen. Die guckt so hervor und ist viel zu groß. Das sieht total hässlich aus.“

Herr Dr. M.: „Ach so, jetzt verstehe ich Sie schon besser, Anna. Quält Sie das schon lange, das Problem mit den Schamlippen?“

Anna: „Ja, eigentlich schon eine ganze Zeit, seit drei Jahren.“

Herr Dr. M.: Hat Sie schon mal jemand darauf angesprochen, hat schon mal jemand gesagt, dass er oder sie das auch findet, dass Sie komisch oder nicht richtig aussehen?“

Anna: „Nein, aber ich zeige mich auch keinem, aber ich sehe das ja manchmal – im Sportunterricht, wenn meine Freundinnen duschen. Ich dusche aber nicht. Ich sage immer, ich mach das zu Hause.“



Die sehen alle anders aus, da hängt nichts so komisch raus.“

Herr Dr. M.: „Ich würde Sie gerne untersuchen, Anna, und mir selbst ein Bild machen.“

Anna: „Okay.“

Nach der Untersuchung ...

Herr Dr. M.: „Also, Anna, Sie haben schon Recht, Ihre Schamlippen sind nicht ganz gleichmäßig. Was auffällt ist, dass die inneren Schamlippen nicht ganz verdeckt sind von den äußeren und dass die eine, die linke innere mehr hervorguckt und aus Ihrer Sicht damit auch ein bisschen mehr



hervorhängt, als die rechte innere Schamlippe. Also, was ich damit sagen will, Anna, Sie haben Recht, dass an Ihren Schamlippen etwas ungleichmäßig ist. Was ich Ihnen aber auch sagen möchte ist, dass es sich bei diesem Befund um einen völlig normalen Befund handelt, dass Sie also nicht die Einzige sind, sondern es eher die Normalität ist, dass Schamlippen nicht ganz gleichmäßig ausgebildet sind und dass es ganz oft der Fall ist, dass die inneren – und oft auch nur die – hervorkommen und damit zwischen den äußeren herauschauen. Ich weiß, dass heutzutage viele Mädchen darunter leiden. Mir fällt es aber schwer, in einem solchen Fall sofort zu operieren, weil ich gelernt habe, dass das normal ist. Aber ich möchte Sie mit Ihrem Problem ernst nehmen, Anna, d.h. deswegen möchte ich

Sie noch einmal fragen: Was glauben Sie, würde es für Sie bedeuten, wenn sich an Ihren Schamlippen nichts ändern würde?"

Anna: „Ich würde mich weiter schämen und würde mich nie einem Jungen zeigen, obwohl ich mich aber danach sehne. Ich glaube, ich würde auch weiter versuchen, jemanden zu finden, der mich operiert.“

Herr Dr. M.: „Okay, danke Anna. Stellen Sie sich einmal vor, es käme eine Fee über Nacht und zaubert Ihnen diese ganz gleichmäßigen Schamlippen? Was würde das für Sie bedeuten?"

Anna: „Ich wüsste einfach, dass ich dann so wie alle wäre. Ich würde nicht mehr auffallen, ich würde mich trauen, auch mit

den Mädchen zu duschen und ich würde mich dann bestimmt auch mal einem Jungen zeigen. Ja, und – ich wäre einfach endlich glücklich und zufrieden mit mir und würde mich bestimmt auch schöner finden und wäre dann auch vielleicht selbstbewusster und vielleicht auch erfolgreicher. Ja, das würde mein ganzes Leben ändern.“

Herr Dr. M.: „Mir wird schon klar an Ihrer Antwort, Anna, wie wichtig das Problem für Sie ist und dass es eine Not für Sie ist, Anna. Ich möchte Ihnen dennoch einen Vorschlag machen: Ich möchte Sie auf gar keinen Fall überzeugen und Ihnen meine Meinung einreden. Ich möchte Sie aber bitten, sich aber noch ein wenig Zeit zu geben. Aus langer Erfahrung und aus vielen Gesprächen mit Mädchen, die genau dieses Problem wie Sie auch haben, weiß ich, dass sich dieses Problem und die Haltung dazu verändern kann. Manchmal tut es das und manchmal tut es das auch nicht. Wenn das Problem sich nicht verändert, kann man immer noch operativ eingreifen. Ich möchte Sie einfach bitten, doch noch einmal zu überlegen, ob Sie sich mit der Entscheidung zu einer Operation noch ein wenig Zeit geben können. Wenn ja, dann möchte ich Sie zutiefst ermutigen, das, was Sie da glauben, zu überprüfen. Ihre innere Stimme sagt ganz klar, ich bin im Intimbereich hässlich und kann auf gar keinen Fall mit den anderen Mädels unter die Dusche

gehen – ich würde mich dann schrecklich fühlen. Mein Rat an Sie, Anna, ist, diese innere Stimme zu überprüfen. Bevor wir operativ an Ihr Problem herangehen – und eine Operation ist immer ein Risiko, immer können auch Nerven beschädigt werden, immer können Narben entstehen. Sie können keineswegs sicher sein, dass das Ergebnis Ihren Wünschen entspricht – also, bevor wir das tun, müssen wir ganz sicher sein, dass Ihre Überzeugung, im Intimbereich schrecklich auszusehen und sich so nicht unter die Menschen zu trauen – stimmt. Bitte überprüfen Sie sie. Trauen Sie sich bitte einmal, mit den anderen Mädels zu duschen. Und wenn Sie sich trauen, wenden Sie sich einmal an Ihre engste Freundin und fragen diese, ob Ihr irgendetwas an Ihnen auffällt – oder Ihre Mutter. Ich weiß nicht, wie der Kontakt zu ihr ist. Aber prüfen Sie, was Sie glauben, wie Sie dort im Bereich Ihrer Schamlippen aussehen, einmal, wie andere, Ihnen ganz nahe stehende Mädchen und Frauen sie sehen.“

Anna: „Ich glaub, das kann ich nicht. Es ist furchtbar.“

Herr Dr. M.: „Nur Sie können entscheiden, ob Sie das versuchen können und wollen oder nicht. Aber geben Sie Ihrer Entscheidung noch ein wenig Zeit. Können Sie sich vorstellen, dass wir uns in vier Wochen hier wieder zusammensetzen und noch einmal darüber sprechen?“

Anna: „Okay, ich weiß nicht, ob das was bringt, aber ich kann ja noch mal wiederkommen.“



Fazit:

Überzeugungsversuche sind leicht gewaltsam und helfen sehr selten, eingefahrene Perspektiven – insbesondere auf körperliche Unzulänglichkeiten von Seiten junger Mädchen – zu verändern. Stattdessen hilft es, nachdenklich zu machen, z. B. über die Frage mit der Fee. Die Mischung von Respekt vor dem – wie auch immer aus der Sicht des Arztes schwer nachvollziehbaren – Problem des Mädchens und Auseinandersetzung mit dem, was dieses Problem an Not für das betreffende Mädchen bedeutet, schafft Beziehung und damit Vertrauen. Auf der Ebene dieses aufgebauten Vertrauens kann dann von Seiten des Arztes um Zeit gebeten werden.

Dieselbe Bitte wäre direkt zu Beginn des Gesprächs möglicherweise bei dem Mädchen nicht auf Gehör gestoßen. Auf der Basis einer tragenden Beziehung jedoch, mit dem Gefühl, sich ernst genommen zu fühlen, kann Anna es zumindest vorsichtig zulassen, über das Erfahrene noch einmal nachzudenken und sich diese Zeit zu geben. Und das ist schon viel.

Sexualität und Liebe

Typische Mädchenfragen und -sorgen

- Was kann ich beim ersten Mal falsch machen?
- Es tut weh beim Sex. Ist das normal?
- Ich habe keinen Orgasmus. Ist das normal? Mein Freund vermisst das. Soll ich ihm einen Orgasmus vorspielen?
- Mein Freund kommt immer sofort. Mache ich etwas falsch?
- Ich habe oft keine Lust. Bin ich normal?
- Der Penis von meinem Freund wird oft nicht richtig steif. Liegt das an mir?
- Ich bin so verknallt, weiß aber gar nicht, wie ich meinen Schwarm ansprechen soll?
- Wie soll ich ihm zeigen, dass ich ihn liebe?



Allgemeines

Sexuelle Probleme Jugendlicher sind intime und in der Regel immer auch Liebesprobleme. Mädchen und Jungen leiden nicht primär unter einer gestörten sexuellen Funktion, sondern unter dem, was diese für sie in Bezug auf Beziehung und Liebe bedeutet. Dabei geht es um unbewusste Fragen wie: Genüge ich?, Werde ich geliebt?, Bin ich normal?, letztlich alle Fragen, die den Selbstwert junger Mädchen im sozialen Gefüge betreffen und um das Bedürfnis kreisen, normal, aber eben auch besonders sein zu wollen.

Oft sind sexuelle Kontakte junger Mädchen von Neugier und gleichzeitig von Sorge geprägt. Mädchen haben Angst, dass es weh tut, dass sie etwas nicht können oder falsch machen und über allem schwebt das

Damoklesschwert einer unerwünschten Schwangerschaft. Daneben geistert die Vorstellung, viel zu spät dran zu sein und viel zu wenig Erfahrung zu haben. Mädchen unterstellen ihren Altersgenossinnen ein sexuelles Erfahrungsspektrum, welches bei weitem nicht der Realität entspricht (BZgA 2006). Offenbar wird häufig über etwas gesprochen, was mehr dem Leitbild sexueller Normen als der gelebten Sexualität entspricht.

Nicht zuletzt ist es dieser Erwartungsdruck, der viele sexuelle Probleme von Jungen und Mädchen verursacht. Bewusst ist hier von „Problemen“ die Rede. Längst nicht immer handelt es sich um wirkliche Störungen mit Krankheitswert. Häufig steht hinter der von einer 14-Jährigen vortragenen Klage: „Ich habe keinen Orgas-

mus“, der immer noch kulturell bedingte Orgasmusmythos, der da sagt: Nur wer über vaginale Aktivitäten zum Höhepunkt kommt, hat den „richtigen Orgasmus“. Oftmals ist es erschreckend, wie die Mädchen auf der einen Seite diesen Mythos verinnerlichen, wie wenig sie auf der anderen Seite erfahren im Umgang mit den eigenen sexuellen Reaktionen und mit Selbstbefriedigung sind. Aufklärung, Information sind an dieser Stelle ungeheuer wichtig sowie auch die Ermutigung und Anleitung dazu, den eigenen Körper und damit auch die eigenen sexuellen Reaktionen zunächst einmal mit sich selbst kennen zu lernen und zu erfahren. Selbstverständlich sollten dabei sexuelle Probleme oder Störungen nicht bagatellisiert, sondern offen und konkret angesprochen und erfragt werden.

Fallbeispiel

Paula, 17 Jahre,
das erste Mal beim Frauenarzt, konnte noch nie
einen Tampon einführen, auch keinen Finger, hat
jetzt einen Freund, hat jetzt Angst vor dem
„ersten Mal“.

Herr Dr. G., 55 Jahre
Frauenarzt

Paula:

„Es tut weh, ich bekomme auch keinen Tampon
in meine Scheide.“

Herr Dr. G.:

„Wahrscheinlich sind sie ein bisschen verspannt
und haben sich einfach nur ein wenig ver-
krampft, das geht vielen so.“

◀ Direkte Ebene
Kommunikation ▶

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Irgendetwas stimmt mit mir nicht, wahrschein-
lich ist es gar nichts Gynäkologisches. Ich schä-
me mich so, bestimmt bin ich gar keine richtige
Frau.

Metaebene
Kommunikation

Er denkt:

Ich weiß gar nicht genau, was sie meint, wahr-
scheinlich ist sie ein bisschen hysterisch, das
wird sich schon geben. Sie wirkt ja auch sonst so
angespannt.



Paula:

„Nein.“

Herr Dr. G.:

„Hatten Sie denn schon einmal Geschlechtsverkehr?“

◀ Direkte Ebene Kommunikation ▶

Metaebene Kommunikation

Metaebene Kommunikation

Herr Dr. G.:

Lacht freundlich:

„Na, dann ist ja alles halb so schlimm, lassen Sie sich Zeit. Sie werden sehen, wenn irgendwann einmal der Richtige kommt, dann klappt das schon.“

Metaebene Kommunikation

Sie denkt:

O Gott, ich schäme mich, dass ich es ihm überhaupt erzählt habe. Der denkt bestimmt, ich hab sie nicht mehr alle. Er versteht mich auch gar nicht.

Er denkt:

Das nimmt die alles viel zu ernst. Die muss einfach nur ein bisschen locker werden.



Analyse:

Das, was hier stattfindet, ist eine klassische Diskommunikation.

Es ist keinerlei Beziehung zustande gekommen. Der Arzt hat nichts von den möglichen Problemen sowie Befürchtungen und Ängsten der Patientin erkannt.

Mit seinen vorschnellen Ratschlägen und dem Glauben, zu wissen, was ihr fehlt, hat er sie entwertet und gedemütigt. Sie fühlt sich bestärkt in ihrer Scham und dem Glauben, dass etwas mit ihr nicht stimmt. Entsprechend verlässt sie noch deprimierter und hoffnungsloser die Arztpraxis als sie gekommen ist. Wie lange es dauern wird, bis sie sich wieder zu einer Frauenärztin/einem Frauenarzt begibt, bleibt offen.



Gesprächsalternative:

Paula: „Es tut weh, ich bekomme auch keinen Tampon in meine Scheide.“

Herr Dr. G.: „Wenn Sie sagen, Paula, dass es wehtut und dass Sie keinen Tampon in die Scheide einführen können, heißt das, dass es immer wehtut, wenn Sie versuchen, etwas in die Scheide einzuführen – einen Finger oder einen Tampon?“

Paula: „Ja, das ist so.“

Herr Dr. G.: „War das mal anders? Gab es mal Ausnahmen?“

Paula: „Nein, das war von Anfang an so.“

Herr Dr. G.: „Wann ist es Ihnen das erste Mal aufgefallen, Paula, wann haben Sie es denn gemerkt?“

Paula: „Ja, so ein, zwei Jahre nachdem ich die Regel kriegte, so mit 14. Da wollte ich das erste Mal einen Tampon benutzen. Da habe ich bemerkt, das ging nicht. Dann habe ich es mit dem Finger probiert und habe gemerkt, das ging auch nicht. Ja, und eigentlich hat mir das zuerst gar nicht so viel ausgemacht, aber jetzt habe ich einen Freund und ich glaube, der würde gerne mit mir schlafen. Ich habe solche Angst, ich glaube, dass er gar nicht in meine Scheide hineinpasst.“

Herr Dr. G.: „Weiß Ihr Freund das, Paula? Haben Sie mit ihm einmal darüber gesprochen?“

Paula: „Nein, ich hab mich noch nicht getraut.“

Herr Dr. G.: „Was würde er sagen, wenn er hier wäre? Wie heißt Ihr Freund, Paula?“

Paula: „Stefan“

Herr Dr. G.: „Also, Paula, ich frage Sie jetzt einmal, was würde Stefan sagen, wenn ich ihn Folgendes fragen würde: ‚Stefan, was würde es für Sie bedeuten, wenn Paula



Ihnen sagen würde, dass sie Angst hat, dass es nicht klappt, dass Sie Ihren Penis in ihre Scheide einführen können?“

Paula wird nachdenklich:

„Das habe ich mir eigentlich noch nie überlegt.“

Sie lächelt:

„Ich glaube, Stefan würde sagen, das ist doch nicht so schlimm, das kriegen wir doch hin, das muss doch nicht sofort klappen.“

Herr Dr. G.: „Das klingt ja so, Paula, als würden Sie annehmen, dass Ihr Freund gar nicht so schockiert reagieren würde, wie Sie es vielleicht glauben. Vielleicht ist es



wichtig, dass Sie sich zunächst einmal entlasten und mit ihm darüber sprechen, so dass Sie einmal von dem Druck loskommen – auf der einen Seite, dass Sie glauben, nicht mit ihm schlafen zu können, auf der anderen Seite immer mehr in Bedrängnis zu kommen, weil Sie glauben, dass Stefan bald mit Ihnen schlafen möchte.

Das ist vielleicht das eine, die Entlastung, die durch ein klärendes Gespräch mit Stefan entstehen könnte. Das andere ist, dass wir uns noch einmal in Ruhe zusammensetzen sollten, um über all das zu sprechen, was vielleicht in Zusammenhang mit diesem Problem stehen könnte und auch darüber, was man machen kann, damit dieses Symptom verschwindet. Und da kann man

eine ganze Menge machen. Sie allein oder zusammen mit Ihrem Freund. Vereinbaren Sie einen neuen Termin und lassen Sie uns diese Dinge in Ruhe besprechen. Glauben Sie mir, ein solches Problem haben viele Mädchen und Frauen. Das kann man gut behandeln. Das können manchmal nicht die Gynäkologinnen und Gynäkologen allein, dazu bedarf es einer speziellen sexualtherapeutischen Ausbildung. Aber auch da gibt es Expertinnen und Experten. Es ist prima, dass Sie sich ein Herz gefasst haben, darüber zu sprechen. Wirklich, meinen Respekt davor."

Fazit:

Offene, konkrete Fragen von Seiten des Arztes helfen dieser jungen Patientin, über ihr so sehr mit Scham besetztes sexuelles Problem zu sprechen. Im Gegensatz zur ersten Sequenz tut er nicht so, als wüsste er sofort, worum es geht, ohne eine einzige Frage zu stellen, sondern bemüht sich zunächst zu verstehen, was das sexuelle Problem ist, wie es aussieht, wann es auftritt. Das hilft der jungen Patientin zum einen, sich ernst genommen zu fühlen. Zum anderen geht er damit modellhaft vor, indem er demonstriert, dass es möglich ist, schlicht und offen und pragmatisch über dieses schambesetzte sexuelle Problem zu sprechen. Darüber, dass er dann im zweiten Schritt zirkulär fragt, indem er sie danach fragt,

was sie denkt, was denn ihr Freund von ihrem Problem halten könne, hilft er ihr zudem noch, ihre eigene Perspektive (du musst dich schämen, mit diesem Problem kannst du vor deinem Freund nicht bestehen etc.) zu verlassen.

Damit unterstützt er Paula, ihre einseitige Perspektive auf ihr Problem um eine neue, nämlich die aus ihrer Sicht fantasierte Perspektive des Freundes, zu erweitern. Damit verändert sich plötzlich ihre Wahrnehmung. Sie erkennt nämlich, dass dieser wahrscheinlich gar nicht so reagieren würde, wie sie immer befürchtet hat. Darüber entsteht eine weitere Entlastung.

Die Erfahrung, die der Arzt ihr am Ende ihrer Erstkonsultation schon für das zweite Gespräch mitgibt, dass nämlich ein solches – voraussichtlich vaginistisches Problem – gut behandelbar ist, entlastet weiterhin, macht Hoffnung und Mut und erhöht die Bewältigungskompetenz dieser jungen Frau.

Sexuelle Orientierung und Identität

Typische Mädchenfragen und -sorgen

- Mein bester Freund ist schwul.
- Ich fühle mich zu Mädchen hingezogen. Bin ich lesbisch?
- Ich hab den falschen Körper.
- Ich weiß nicht genau, ob ich mehr auf Jungs oder auf Mädchen stehe.
- Ich traue mich nicht, meinen Eltern zu sagen, dass ich lesbisch bin.



Allgemeines

Schwul zu sein, lesbisch zu sein, oder sich nicht wohl im körperlich vorgegebenen Geschlecht zu fühlen – das sind Probleme, unter denen viele Jugendliche zumindest vorübergehend leiden. Gerade zu einem Zeitpunkt einer psychosexuellen Reifung und entsprechend natürlich einer als brüchig und sehr vulnerabel erlebten sexuellen Identität oder auch sexuellen Orientierung können Unsicherheiten wie: Bin ich schwul, weil ich mich als Junge zu Jungen erotisch angezogen fühle?, Bin ich lesbisch, weil ich mit Mädchen, mit meinen Freundinnen gerne zärtlich bin?, äußerst irritierend und quälend sein. Habe ich den richtigen Körper, bin ich wirklich **FRAU**, bin ich wirklich **MANN** kann zur Frage der Orientierung noch eine deutliche Steigerung an Not und Verzweiflung darstellen.

Ein wenig leichtfertig werden diese Nöte oft so dargestellt, als betreffen sie „nur“ den Bereich der sexuellen Identität. Sexuelle Identität aber ist schlichtweg Identität und lässt sich vom übrigen Teil eigener Identität nicht spalten. Entsprechend wird sie als höchst existentiell, bedrohlich und verunsichernd erlebt.

Sexuelle Orientierungssorgen haben viele Jugendliche. Sie sind keineswegs automatisch ein Zeichen einer Orientierungskrise.

Homosexualität

Sie können ein Ausdruck von heterosexueller, psychosexueller Erfahrung und Entwicklung sein. Natürlich können sie aber auch ein erster Ausdruck einer Entwicklung einer homosexuellen Richtung sein. Der Prozess, sich selbst als schwul oder lesbisch zu definieren und

seine Homosexualität öffentlich zu machen (coming-out), dauert oft mehrere Jahre. Entsprechend gilt es für ExpertInnen, für BeraterInnen und für FrauenärztInnen, dieses Thema anzusprechen. Auch hier gilt wieder die Regel, schlicht danach zu fragen, wenn Hinweise auf Zweifel in punkto Reifung und Orientierung bestehen. So kann eine unbewusst abgewehrte sexuelle Orientierung durchaus ihren Ausdruck in einer psychosomatischen Störung wie z.B. einer Essproblematik oder einer depressiven Verstimmung finden.

Selbstverständlich muss nicht bei jeder Verhütungsberatung über eine mögliche homosexuelle Neigung gesprochen werden. Sofern aber Hinweise auf psychische oder psychosomatische Störungsbilder vorhanden sind, sollte dieser Aspekt angesprochen werden. Selbst wenn das betroffene Mädchen nicht darauf antwortet, so hat es zumindest die Einladung gehört, dass darüber gesprochen werden darf. Weiterhin soll es

auch allein durch das Sprechen darüber eine indirekte Botschaft erhalten, die da lautet: Homosexualität darf sein, Homosexualität ist keine Krankheit. Homosexualität ist eine Variante „normalen sexuellen Lebens“.

Transsexualität

Die Zahl transsexueller und intersexueller Jugendlicher ist nicht gering. Jugendliche Transsexualität geht im Allgemeinen mit extremen inneren Nöten, Ängsten und Verzweiflung einher. Allein die Nöte zu erkennen, wahrzunehmen und mit den Jugendlichen besprechbar zu machen, entlastet diese. Keineswegs heißt das – wie so oft befürchtet auf Arzt- oder Elternseite –, dass damit gleich die Diagnose Transsexualität zementiert wird. Selbstverständlich ist es bei einer Diagnose solchen Ausmaßes ein langer Prozess, diese zu erhärten.

Selbstverständlich gibt es auch passagere transsexuelle Symptome. Genauso gibt es auch transsexuelle Symptome, die Ausdruck einer Erkrankung sein können oder die Ausdruck einer regressiv unbewussten Inszenierung darstellen, bei der Jugendliche sich in eine Traumwelt des anderen Geschlechtes flüchten, in der sie glauben, dass alles besser wäre. Sofern sich ein Hinweis auf eine seit längerer Zeit bestehende Geschlechtsidentitäts- und damit Identitätsstörung eines Mädchens im Rahmen eines frauenärztlichen Besuchs ergibt, so sollte dieser Verdacht in jedem Fall fachärztlich, d.h. von sexualmedizinischer, psychiatrischer oder auch psychotherapeutischer Seite weiter abgeklärt werden. Denn natürlich gibt es auf der anderen Seite auch eine Reihe von transsexuellen Jugendlichen, die von einer frühen Erkennung enorm profitieren und darüber ein hohes Maß an Lebensqualität gewinnen.



Fallbeispiel zur Transsexualität

Antonia, 15 Jahre,
sehr kurze Haare, sportlich angezogen, weiter
Pulli, schlodderige Hose, sehr schüchtern, sehr
zurückhaltend, wirkt gehemmt und angespannt

Frau Dr. O., 43 Jahre
Frauenärztin

Antonia:

„Kann man da was machen, gegen die
Blutung?“

Frau Dr. O.:

„Wieso, ich verstehe das nicht. Hast du Schmer-
zen? Was ist denn dein Problem?“

◀ Direkte Ebene
Kommunikation ▶

Antonia:

„Ich will meine Blutung nicht. Ich finde sie furcht-
bar. Bitte machen Sie sie weg.“

Frau Dr. O.:

„Ich glaube, ich verstehe immer noch nicht, was
dein Problem ist.“

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Warum fragt die mich das alles? Wann tut die
endlich einmal das, was ich brauche.

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Was ist denn los mit ihr? Ich komme nicht an sie
ran. Sie wirkt auch so eigentümlich männlich.



Antonia:

„Ich hasse es, ein Mädchen zu sein. Bitte helfen Sie mir.“

Frau Dr. O.:

„Ach so. Jetzt verstehe ich endlich. Aber schau mal, du bist 15 Jahre alt. Viele Mädchen haben ein Problem mit ihrer Geschlechterrolle. Vielleicht bist du auch nicht sicher, ob du dich zu Jungen oder zu Mädchen hingezogen fühlst.“

◀ Direkte Ebene Kommunikation ▶

Antonia:

„Ich fühle mich so nicht okay. Ich will kein Mädchen sein.“

Frau Dr. O.:

„Lass dir Zeit. Das geht vielen so. Nimm das nicht so ernst. Versuch, dein Leben zu genießen. In ein, zwei Jahren wirst du es wundervoll finden, ein Mädchen bzw. eine Frau zu sein.“

Metaebene Kommunikation

Sie denkt:

Gott, ich fasse es nicht. Sie hat keine Ahnung, was mit mir los ist.



Analyse:

Das „wohl gemeinte“ Beruhigen von Seiten der Ärztin hilft nicht. Antonia, die offenbar ein Problem mit ihrer Geschlechtsidentität hat, hat bereits seit Jahren versucht, sich selbst zu beruhigen. Sie hat versucht, immer wieder so zu tun, als habe sie dieses Problem nicht. Sie sehnt sich danach, „endlich“ einmal offen darüber sprechen zu können und offen dazu von ärztlicher Seite befragt und beraten zu werden. Die lieb gemeinten Ratschläge für sie sind deprimierend.



Gesprächsalternative:

Antonia: „Kann man da was machen, gegen die Blutung?“

Frau Dr. O.: „Wieso? Ich verstehe das nicht. Hast du Schmerzen? Was ist denn dein Problem?“

Antonia: „Ich will meine Blutung nicht. Ich finde sie furchtbar. Bitte machen Sie sie weg.“

Frau Dr. O.: „Ich glaube, ich verstehe immer noch nicht, was dein Problem ist.“

Antonia: „Ich hasse es, ein Mädchen zu sein. Bitte helfen Sie mir.“

Frau Dr. O.: „Antonia, das klingt sehr ernst. Ich weiß aus Erfahrung, dass sehr viele Mädchen Probleme mit ihrer Geschlechterrolle haben. Für manche ist es einfach nur ein vorübergehendes Problem und geht wieder vorbei. Für andere ist es ernster. Wie ist es für dich? Ist es ein Kummer, der dich schon lange begleitet?“

Antonia: „Ja, eigentlich schon immer. Solange ich denken kann, habe ich mir gewünscht, ein Junge zu sein. Immer habe ich mich auch so gekleidet.“

Frau Dr. O.: „Hast du schon einmal mit jemandem darüber gesprochen? Wissen deine Eltern, wie es dir geht?“

Antonia: „Ja, jetzt vor ein paar Wochen habe ich mit meiner Mutter gesprochen.“

Frau Dr. O.: „Wie hat sie reagiert?“

Antonia: „Sie hat nicht viel gesagt. Sie hat nur genickt und gemurmelt: ‚Ich wusste das immer schon. Und ich habe eigentlich immer damit gerechnet, dass du irgendwann damit herauskommst! Ja, und dann hat sie gesagt, dass wir das schon zusammen schaffen und dass ich erst mal zu Ihnen gehen und Ihnen das erzählen soll.“

Frau Dr. O.: „Deine Mutter hat ganz Recht. Du wirst das schon schaffen. Und es ist gut, dass du dich an mich gewandt hast. Ich werde jetzt erst einmal einen Kollegen von mir dazu befragen, der sich mit diesen Problemen von Jugendlichen sehr genau auskennt. Komm nächste Woche noch einmal vorbei – vielleicht auch zusammen mit deiner Mutter. Dann werde ich dir bzw. euch berichten, was der Kollege rät.“



Fazit:

Für die Mädchen, die nicht nur unter einer vorübergehenden pubertären Irritation – sei es ihrer Geschlechterrolle oder ihrer sexuellen Orientierung – leiden, ist es enorm hilfreich, wenn eine/einer einfach fragt. Fragen wie „War das immer schon so? Seit wann macht dir dieses Problem, dass du kein Mädchen sein willst, Sorgen? Woran hast du es gemerkt?“, sind Fragen, die entlastend sind. Die betroffenen Mädchen haben sie sich x-mal bereits selbst gestellt und immer wieder auch aus Angst davor, dass wirklich etwas „anders“ mit ihnen sein könnte, verdrängt. Keines dieser Mädchen hat sich eine solche Problematik gewünscht. Jedes von ihnen erlebt sie als existenziell bedrohlich und extrem belastend.

Umso entlastender ist es, wenn sie wahrgenommen und angesprochen wird. Allein die Tatsache, als betroffenes Mädchen zu erfahren, dass dieses eine Problematik ist, die nicht nur es allein trifft, sondern unter der auch andere Mädchen und junge Frauen leiden, erleichtert und macht den Weg frei für Wege heraus aus diesem Problem. Selbstverständlich sind diese Wege im Netzwerk mit entsprechenden Kinder-/Jugend- sowie sexualtherapeutischen ExpertInnen zu entwickeln.



Verhütung und Schwangerschaft

Typische Mädchenfragen und -sorgen

- Was ist die sicherste Verhütung?
- Kann man von Petting schwanger werden?
- Bekomme ich die Pille auch ohne Wissen meiner Eltern?
- Ab welchem Alter kann ich die Pille nehmen?
- Meine Mutter will, dass ich die Pille nehme.
- Wie funktioniert die Pille danach und wie bekomme ich sie?
- Muss ich unbedingt erst gynäkologisch untersucht werden, bevor ich die Pille bekomme?
- Wird man von der Pille dick?
- Reicht es, wenn mein Freund ein Kondom benutzt?
- Meine Brüste spannen! Bin ich schwanger?
- Ich bin 13 Jahre und schwanger! Was soll ich tun?



Allgemeines

Der häufigste Grund für die frauenärztliche Konsultation eines jungen Mädchens ist der Wunsch nach einer sicheren Verhütung. Nicht selten findet diese erste frauenärztliche Konsultation nach den ersten sexuellen Kontakten statt. Die Motivation der Mädchen für eine Verhütungsberatung ist sehr unterschiedlich. Manche kommen wirklich ganz gezielt, um ihre Verhütung zu planen, haben dabei auch wenige Hemmungen, über ihre bereits gemachten oder geplanten sexuellen Erfahrungen zu sprechen. Andere sind deutlich angespannt bei diesem Thema. „Vordergründig“ wollen sie oft die Pille. Dahinter aber verbergen sich auch häufig Ängste vor dem ersten Sexu-

alkontakt oder Befürchtungen, was die eigene körperliche Entwicklung betrifft. Und immer wieder tauchen auch Mädchen auf, die im Verlaufe einer Verhütungsberatung über ihre Angst, bereits schwanger zu sein, sprechen.

Das heißt mit anderen Worten, dass es oft bei dem Gespräch mit einem Mädchen über eine sichere Verhütung um sehr viel mehr als die Verhütung geht. Diese Fragen hinter der Frage sind oft wichtig. Und es ist oft eine große Hilfe für das betroffene Mädchen, wenn diese von der Frauenärztin/von dem Frauenarzt erkannt, angesprochen und kommunizierbar gemacht werden.

Bei den ersten Sexuellenkontakten wird nach wie vor am häufigsten mit dem Kondom verhütet (BZgA 2006). Bei richtiger Anwendung kann das Kondom als ein sicheres Verhütungsmittel gelten. Es erlaubt zudem auch den Jungen ein gewisses Maß an Kontrolle und Verantwortung zur Vermeidung ungewollter Schwanger- und Vaterschaften. Zudem ist es einfach die entscheidende Methode zur Vermeidung von sexuell übertragbaren Krankheiten. Insofern gehört es in jeder Verhütungsberatung angesprochen. Trotz allgegenwärtiger Sexualität berichten gar nicht so wenige Mädchen und Jungen darüber, dass es auch für sie mit einer gewissen Scham verbunden ist, sich ein Kondom zu kaufen

sowie es dann später in der konkreten Liebesituation anzuwenden. Möglicherweise ist es eine Hilfe, auf diese Schwierigkeit bereits während der ersten Verhütungsberatung hinzuweisen. So wird sie den jungen Leuten bewusst und damit für sie hoffentlich leichter zu bewältigen.

Die Verordnung einer Pille gehört zu den wichtigsten Routinemaßnahmen in einer gynäkologischen Praxis. Hier geraten Routine und die individuell oft zeitaufwendige Beratungsnotwendigkeit manchmal in heftige Kollision. Neben einer psychosozialen Anamnese muss über mögliche Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt werden, sollten Zyklus und Wirkprinzip der Pille angedeutet sowie mögliche Irrtümer und Mythen rund um die Anwendung der Pille ausgeräumt werden. Diese Anforderungen sprengen oft den zeitlichen Rahmen einer ärztlichen Konsultation. Der Hinweis auf Beratungsbroschüren und Beipackzettel allein reicht aber nicht, um häufige und oft fatale Anwendungsfehler der Pille zu verhindern. Viele Mädchen wissen trotz eingehender Beratung so profunde Dinge nicht wie die, dass die Pille – am ersten Tag der Regelblutung eingenommen – sofort wirkt und dass sie sie auch in der mehrtägigen Pillenpause vor einer ungewollten Schwangerschaft schützt. Sie wissen häufig nicht, dass es während der Pilleneinnahme normalerweise nicht zum Eisprung kommt. Ihnen ist nicht klar, wie

sie sich nach Einnahmefehlern zu verhalten haben. Sie sind oft arglos oder überängstlich, wenn sie nach der Pilleneinnahme erbrechen müssen oder heftige Durchfälle haben und sind sich über die Zusammenhänge zwischen Wirkungsverlust der Pille und der Einnahme von z.B. Antibiotika nicht im Klaren.

Fast drei Viertel der Mädchen und mehr als die Hälfte der Jungen sind über die Existenz einer Notfallverhütung informiert (BZgA, 2006). Oft haben sie jedoch keine Ahnung, wie sie sich diese Pille danach im Notfall beschaffen können und dass sie dazu bis zu 72 Stunden Zeit haben (BZgA 2004). Zu jeder Verhütungsberatung gehört daher eine ausführliche

Wichtig ist dabei zu betonen, dass es sich nicht um eine Verhütungsmaßnahme, sondern den Einsatz eines Notfallmedikamentes handelt. pro familia hat ein Informationstelefon zur „Pille danach“ in verschiedenen Sprachen eingerichtet (01805-776326). Dies ermöglicht einen steten Zugang zu wichtigen Informationen nach einer Verhütungspanne.

Information zu diesem Thema.

Immer häufiger sieht sich die Frauenärztin/der Frauenarzt jüngerer Mädchen gegenüber, welche zum Teil schon mit 12 Jahren die Pille möchten. Hier geraten die gesetzlichen Vorgaben (eine Verordnung der Pille ist rechtlich ohne Einwilligung der Eltern nur bei einsehensfähigen Mädchen ab 14 Jahren möglich) mit dem ärztlichen Anspruch, Schaden zu verhüten (in diesem Fall eine unerwünschte Schwangerschaft mit erheblichen Folgen für die jugendliche Lebensplanung) in Kollision.

Andere Verhütungsmethoden – über Pille und Kondom hinaus – spielen derzeit noch eine untergeordnete Rolle, was sich aber möglicherweise ändern wird. Der Stellenwert der neueren Methoden hormoneller Kontrazeption (z.B. Verhütungspflaster und Vaginalring) ist noch zu prüfen. Dass im Zeitalter von Aids und sexuell übertragbaren Krankheiten grundsätzlich bei jeder Verhütungsmethode zusätzlich ein Kondom angewendet werden sollte, ist klar. Deziert wird darauf im Kapitel „Sexuell übertragbare Krankheiten einschließlich Aids“ eingegangen.

Fallbeispiel

Claudia, 13 Jahre,
pummelig, Hautprobleme, zurückhaltend,
unscheinbar, gesenkter Kopf

Herr Dr. F., 45 Jahre
Frauenarzt

Claudia:

„Kann ich die Pille haben?“

Herr Dr. F.:

„Hast du denn schon Sexualität?“

« Direkte Ebene
Kommunikation »

Sie denkt:

Alle haben die Pille, alle meine Freundinnen geben an damit und sagen, dass ihre Pickel weggehen, ich will auch dazugehören.

Er denkt:

Sie ist ja noch furchtbar jung, wirkt auch völlig unreif, wozu braucht die denn die Pille?

Claudia:

„Nein, ich habe ja noch keinen Freund, aber ich – ich brauch die Pille ...“

Herr Dr. F.:

„Aber ich kann dir doch nicht einfach die Pille geben in deinem Alter, wenn du sie ja noch nicht einmal brauchst. Ich würde dir vorschlagen, sprich doch noch einmal mit deiner Mutter und komm noch einmal mit ihr vorbei. Am besten aber erst dann, wenn du einen Freund hast und die Pille brauchst.“

« Direkte Ebene
Kommunikation »

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

O Gott, warum muss ich dem das alles erzählen? Ich will einfach nur die Pille – wie alle. Der versteht mich überhaupt nicht.

Metaebene
Kommunikation

Er denkt:

Gott, ich kann nicht mehr, wie oft muss ich das diesen Mädels denn noch erzählen? Das Wartezimmer ist brechend voll, ich bin so erschöpft.



Analyse:

Ein klassisches Gespräch, bei dem kein wirklicher Kontakt entsteht. Beide fühlen sich vom Gegenüber bedrängt, missverstanden und sind am Ende frustriert.



Gesprächsalternative:

Claudia: „Kann ich die Pille haben?“

Herr Dr. F.: „Claudia, du bist ja noch sehr jung, du wirst verstehen, dass wir Ärzte bei ganz jungen Mädchen zurückhaltend sein müssen mit der Pille. Rechtlich darf ich dir ohne Einverständnis eines Elternteils auch noch nicht die Pille verschreiben. Es handelt sich ja auch um Hormongaben – die aber manchmal für so ganz junge Mädchen nicht so gut sind, weil viele körperliche Entwicklungsprozesse im Übergang vom Mädchen zur Frau noch nicht abgeschlossen sind. Nur wenn junge Mädchen Angst haben, schwanger werden zu können, dann geht das natürlich vor. Es empfiehlt sich nicht in deinem Alter schwanger zu werden. Insofern muss ich mit dir auch über Sexualität sprechen. Das ist zwar ein sehr intimes Thema, aber in diesem Zusammenhang wirklich wichtig.“

Claudia nickt

Herr Dr. F.: „Hast du denn schon einen Freund?“

Claudia schüttelt den Kopf

Herr Dr. F.: „Hast du denn schon Erfahrung mit Sexualität? Hast du schon mal mit einem Jungen Petting gemacht oder geschlafen?“

Claudia schüttelt wieder den Kopf

Herr Dr. F.: „Hättest du denn gerne einen Freund? Wünschst du dir denn bald einen zu haben und für den Fall, dass ihr beide dann intimer werdet, auch geschützt zu sein?“

Claudia zuckt mit den Schultern

Herr Dr. F.: „Ich bin ein bisschen ratlos, ich weiß nicht so richtig, warum du die Pille möchtest. Ich muss das aber wissen, um sicher sein zu können, dass sie für dich auch das Richtige ist. Was wäre denn anders für dich, wenn du die Pille hättest, sie regelmäßig nähmest?“

Claudia: „Ja, ich wäre einfach so wie die anderen. Alle Mädchen nehmen in meiner Clique die Pille. Irgendwie wäre ich dann anerkannter und könnte mitreden. Vielleicht würden auch meine Pickel weniger. Aber am besten wäre, dass ich da mitreden könnte und dann genauso cool wäre wie die anderen Mädchen.“



Fazit:

Im Gegensatz zur ersten Gesprächssequenz versucht der Arzt hier herauszufinden, was es für

Claudia bedeuten würde, die Pille zu nehmen. Er verlässt seine rein medizinische Perspektive, die doch lautet: Pille ist zur Verhütung da – und versucht stattdessen, die Perspektive des Mädchens zu ergünden. Das macht er sehr behutsam und sorgfältig, indem er nicht probiert, ihre Abwehr aufzubrechen oder ihr Zaudern oder ihre Verstocktheit zu kritisieren, sondern ihr fast spielerisch in den Prozess zu helfen, selbst zu ergünden, was sie meint und dieses ausdrücken zu können. Das Bemühen des Arztes ist engagiert, sympathisch, nicht drängend, aber dennoch bestimmend und voller Respekt davor, wer dieses Mädchen ist und was es meint. Genau das ist es, was Claudia schließlich hilft, sich zu öffnen. Das ist Ausdruck einer gelungenen ärztlichen Beziehung und damit einer effektiven Kommunikation, die nun eine entsprechende Diagnostik und Therapie zulässt.

Was die Ärztin/der Arzt für sich aus diesem Gespräch an Handlungsmöglichkeiten ableitet, muss jede/r selbst entscheiden. Die eine Ärztin wird das Mädchen bitten doch noch zu warten, bis ein Verhütungsbedarf besteht, um dann noch einmal wiederzukommen. Der andere Arzt wird das Mädchen in seiner Eigenverantwortlichkeit ernst nehmen und ihm – nach Erteilung der Genehmigung durch die Eltern – die Pille mitgeben mit der Bitte, sie erst bei Bedarf zu nehmen.

Sexuell übertragbare Krankheiten einschließlich Aids

Typische Mädchenfragen- und sorgen

- Mein Ausfluss riecht so komisch. Habe ich eine Pilzinfektion?
- Wo kann man einen Aids-Test machen lassen?
- Mein Freund hat schon mit anderen Mädchen geschlafen.
Kann ich mich bei ihm anstecken?
- Mein Freund will ohne Kondom mit mir schlafen.



Allgemeines

Genitaler Ausfluss ist ein häufiges Symptom, welches die Mädchen in die Frauenarztpraxis führt. Oft ist die Normalität des so genannten „Weißflusses“ nicht bekannt. Der leicht säuerliche Geruch der normalen weiblichen Scheidensekretion wird als krankhaft, oft sogar als ekelhaft empfunden. Der Ausfluss erscheint vielen Mädchen als ein hygienisches Problem und erfüllt sie mit der Angst, beim Sex unangenehm zu riechen. Oftmals vermeiden sie deswegen jeglichen sexuellen Kontakt. Im Zusammenhang mit psychosomatischen Störungen spielt Ausfluss häufig eine Rolle.

Durch vorsichtige Intervention kann die Schutzfunktion des Symptoms und möglicherweise der zu Grunde liegende Konflikt herausgearbeitet werden. Das Symptom „Ausfluss“ bietet sich in diesem Zusammenhang als ein passender Aufhänger zu

einem Gespräch über STD's und HIV an. Auch wenn klassische Geschlechtskrankheiten wie Syphilis und Gonorrhöe für junge Mädchen in Deutschland zur Zeit nur eine sehr geringe Rolle spielen, so gilt es doch das Augenmerk gezielt auf Infektionen wie Chlamydien, Hepatitis B und HP-Viren zu richten. Zur Prävention eignet sich in erster Linie das Kondom. Viele Jugendliche haben Probleme bei der Anwendung und sind dankbar für technische Tipps zur Handhabung und Hinweise wie z.B. auf kleinere bzw. taillierte Kondome gegen ein Abrutschen. Noch eher als an technischen Schwierigkeiten scheitert der Einsatz von Kondomen jedoch oft an unterschiedlichen Erwartungen und Ängsten der Sexualpartnerinnen und -partner. Die Möglichkeit im Kontext von Liebe und Sexualität krank zu werden, wird gerne verdrängt und ausgeblendet. Zudem ist das Thema der Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten sehr stark scham-

und schuldbesetzt und wird daher gerne tabuisiert. Mädchen wie Jungen sollte Mut gemacht werden, ihr eigenes Schutzbedürfnis anzumelden und durchzusetzen.

Bezüglich der Chlamydien ist es wichtig, Mädchen auf das relativ hohe Ansteckungsrisiko und den meist asymptomatischen Verlauf hinzuweisen. Der Zusammenhang mit dem Problem der Sterilität und des chronischen Unterbauchschmerzes ist aufzuzeigen. Daher ist den Mädchen zu empfehlen, einmal jährlich einen Chlamydientest machen zu lassen, auch wenn sie keine Beschwerden haben. Dieser wurde im April 2008 für Frauen unter 25 Jahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. (siehe www.g-ba.de)

Auch die Hepatitis B stellt mit mehreren Tausend Neuerkrankungen jährlich ein gesundheitsmedizinisches Problem dar.

Nicht nur deswegen empfiehlt sich eine Überprüfung des Impfstatus.

Aids wird von vielen Jugendlichen heute nicht mehr als Bedrohung, sondern als eine relativ normale Erkrankung wahrgenommen. Die meisten Jugendlichen wissen, dass Aids-Symptome behandelbar sind und dass es darüber hinaus auch Langzeitüberlebende gibt. Die Jugendlichen wännen sich zum Teil in Sicherheit. Die Motivation, ein Kondom zum Infektionsschutz einzusetzen, wird geringer.

Dies hängt zum einen mit dem zunehmenden Vertrauen im Rahmen längerfristiger sexueller Bindungen zusammen. Andererseits sind Jugendlichen die Konsequenzen

anderer genital übertragbarer Infektionskrankheiten nur selten bewusst.

Seit Mitte der 90er Jahre hat die Anwendung eines Kondoms beim „ersten Mal“ nicht mehr zugenommen. Zwei Drittel der Jugendlichen greifen in dieser Situation zum Kondom, allerdings sinkt parallel zum zunehmenden Einsatz der Pille im Laufe der Pubertät auch die Bereitschaft, ein Kondom zu verwenden.



Fallbeispiel

Janine, 16 Jahre,
sehr schlank, mehrfach gepierct an Nase, Ohr-
läppchen und Oberlippe, auffallend unkonven-
tionell stylisch gekleidet, wirkt dabei sehr ernst
und deutlich älter

Frau Dr. L., 41 Jahre
Frauenärztin

Janine:

„Ich war ja neulich bei Ihnen, wegen dieser Ent-
zündung. Ich hatte ja diese Pilzinfektion. Ich
wollte jetzt eigentlich nur noch mal nachgucken
lassen, ob alles okay ist.“

Frau Dr. L.:

„Gab es denn noch irgendwelche Beschwerden?
Haben Sie noch Ausfluss gehabt oder hat es noch
gejuckt?“

《 Direkte Ebene
Kommunikation 》

Janine:

„Nein, das war alles okay.“

Frau Dr. L.:

„Okay, dann würde ich Sie gern doch noch ein-
mal untersuchen.“



nach der Untersuchung ...

Janine:

„Okay, dann danke.“

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Irgendwie bin ich deprimiert. Das, was ich eigentlich wissen wollte, ob ich mir irgendwas holen kann, wenn ich mit Ben schlafe oder ob ich sicher bin, auch wenn wir kein Kondom benutzen, habe ich mich wieder nicht getraut anzusprechen. Ben hatte doch schon so viele Mädchen vor mir.

Frau Dr. L.:

„Das sieht sehr gut aus. Die Behandlung hat angeschlagen, ich denke wir können davon ausgehen, dass die Entzündung weg ist.“

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Komisch, irgendwie habe ich das Gefühl, sie hat noch irgendwelche Sorgen. Und überhaupt, ob ich das Thema Verhütung und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten ansprechen sollte? Aber sie wirkt so erwachsen.



Analyse:

Über das vordergründige Symptom, die Entzündung, wird gesprochen. Die dahinter liegende Angst von Janine: Bin ich eigentlich genügend geschützt – und zwar nicht nur vor einer ungewollten Schwangerschaft, sondern auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten – wird weder von ihr noch von der Ärztin thematisiert. Beide haben Hemmungen oder nehmen scheinbar Rücksicht auf die andere, eigentlich auf sich selbst. Was daraus resultiert, ist eine ungenügende Information für die junge Patientin bezüglich ihres Schutzes vor sexuellen Infektionen.



Gesprächsalternative:

Janine: „Ich war ja neulich bei Ihnen, wegen dieser Entzündung. Ich hatte ja diese Pilzinfektion. Ich wollte jetzt eigentlich nur noch mal nachgucken lassen, ob alles okay ist.“

Frau Dr. L.: „Gab es denn noch irgendwelche Beschwerden? Haben Sie noch Ausfluss gehabt oder hat es noch gejuckt? Hat sich Ihr Freund in der Zwischenzeit auch untersuchen lassen?“

Janine: „Nein, das war alles okay. Mein Freund war auch beim Arzt und bei ihm ist alles o.k.“

Frau Dr. L.: „Okay, dann würde ich Sie gern doch noch einmal untersuchen.“

Nach der Untersuchung

Frau Dr. L.: „Es ist alles in Ordnung. Janine, ich möchte Ihnen nicht zu nahe treten. Aber das Thema sexuell übertragbare Krankheiten liegt mir in Zusammenhang mit Mädchengesundheit sehr am Herzen. Möglicherweise wissen Sie darüber bestens Bescheid und schützen sich auch entsprechend. Ich möchte aber einfach noch einmal betonen, wie wichtig es ist, dass Mädchen sich nicht nur gegenüber einer ungewollten Schwangerschaft, sondern auch gegenüber sexuell übertragba-

ren Krankheiten schützen. Und das geht im Allgemeinen am besten durch ein Kondom. Sicherlich wissen Sie das, oder sollen wir darüber noch einmal sprechen?“

Janine: „Hm, ja eigentlich weiß ich das. Aber es fällt mir so schwer. Mein Freund ist 10 Jahre älter als ich. Er hat viel mehr Erfahrung. Und er sagt immer, er passe schon auf uns auf. Auf der anderen Seite habe ich so eine Entzündung vorher nie gehabt. Und ich habe irgendwie Angst – und ich weiß auch nicht, was er vorher für Kontakte hatte und wie er gelebt hat. Wir sind erst seit vier Wochen zusammen. Aber ich bin doch so verliebt in ihn. Vielleicht geht dann alles kaputt.“

Frau Dr. L.: „Es geht ganz vielen Mädchen so wie Ihnen. Ich würde Ihnen schon dringend empfehlen, mit Ihrem Freund über einen zusätzlichen Schutz wie ein Kondom zu sprechen. Das heißt überhaupt nicht, dass man sich misstraut. Das heißt einfach nur, dass zwei erwachsene Menschen, die aus unterschiedlichen Lebensbedingungen kommen, sich zunächst gemeinsam vor einer sexuellen Infektion schützen.“

Wir leben heute nun mal in einer Zeit, in der sexuell übertragbare Krankheiten sehr häufig sind, auf der anderen Seite aber auch gut vermieden werden können. Sie haben durch die Infektion ja bereits einen Gesprächsanlass mit Ihrem Freund ge-

funden. Können Sie sich vorstellen, dieses Thema erneut aufzugreifen, indem Sie über Ihren heutigen Besuch bei mir berichten und dabei auch das Thema Bedeutung von Kondomen anzusprechen?"

Janine: „Ja, ich glaube, ich mach das. Bisher wollte er immer kein Kondom, aber ich merke, ich brauche und will das.“

Frau Dr. L.: „Das finde ich gut, Janine. Sollten Sie unsicher werden mit dieser Haltung, machen Sie doch einfach noch einmal einen Termin bei mir und bringen Ihren Freund mit.“

Fazit:

Das Thema sexuell übertragbare Krankheiten ist ein extrem scham- und tabubesetztes. Es impliziert unendlich viel: vorherige sexuelle Kontakte, bereits durchgemachte sexuelle Infektionen, Homosexualität. All das sind Themen, an die zu denken in einer ersten Zeit der Verliebtheit regelrecht verboten ist. Genau so verboten fühlen sie sich manchmal in Arzt-Patientinnen-Beziehungen an, in denen ein völlig normal wirkendes gesundes Mädchen vor dem Arzt/der Ärztin sitzt. Genau das sind aber die medizinischen Fallen. Sexuell übertragbare Krankheiten inklusive Aids gibt es überall – nicht nur da, wo es danach riecht. Sie entwickeln zurzeit weltweit eine neue Dynamik, die



durch Migration und Reisen auch auf Länder wie Deutschland Auswirkungen hat.

Daher muss man auch außerhalb von Zielgruppen mit besonders hohem Risiko mit Infektionen rechnen. Entsprechend ist es von immens hoher Wichtigkeit, dieses Thema in all seiner Tabuisiertheit sowie Scham- und Schuldbesetztheit anzusprechen und verhandelbar zu machen. Auch jungen Mädchen sollte das Wissen vermittelt werden, dass eine Ansteckung mit STD's/HIV jedem passieren kann.

Gleichzeitig kann es ihnen helfen, ihnen



klar zu machen, dass allein an diese Infektionen zu denken und sich davor zu schützen, nicht heißt, dem anderen eine Schuld zu unterstellen. STD's, Aids, Ansteckungsrisiken, Kondomanwendung im Kontext eigener Nähesehnsüchte besprechbar zu machen – darum geht es.

Es ist ein Zeichen von Selbstverantwortlichkeit und autonomem Umgang mit eigener und partnerschaftlicher Gesundheit, an die Möglichkeit von sexuell übertragbaren Krankheiten zu denken und deren Vermeidung in Liebe und Beziehung zu integrieren.

Mädchen aus anderen Kulturkreisen

Typische Mädchenfragen und -sorgen

- Wie kann ich mein Jungfernhütchen „reparieren“ lassen?
- Ich fühle mich, als wären zwei Welten in mir.
- Es ist mir peinlich, mich auszuziehen.
- Erfahren meine Eltern, dass ich hier war?
- Kann mein Jungfernhütchen durch Tampons oder Sport kaputt gehen?



Allgemeines

Mit der Globalisierung steigt auch die Anzahl der Migrantinnen- und Migrantenbiographien.

Die Industrienationen werden zunehmend zum Schmelztiegel der unterschiedlichsten Kulturen. Dieses eigentlich „amerikanische“ Phänomen ist auch zu einem wichtigen Aspekt europäischer Politik geworden. Hier liegen Risiken und Chancen dicht beieinander.

Junge Migrantinnen sind meist in Deutschland aufgewachsen und geraten über ihr familiäres System in Konflikt mit der Kultur, in der sie aufwachsen. Selten ist daher in der Arbeit mit Mädchen mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zu rechnen. Die wirklichen Schwierigkeiten liegen vielmehr im Bereich der kulturellen Gegensätze.

Hier wird man mit den Problemen der Beschneidung aus dem afrikanischen Kulturkreis konfrontiert. Türkische Mädchen wünschen sich vor der Heirat womöglich eine Hymenrekonstruktion zur Herstellung ihrer kulturell geforderten vorehelichen „Intaktheit“. Mitunter wird man auch Probleme wegen Prostitution bewältigen müssen. Bei allem wird sich die Gynäkologin/der Gynäkologe veranlasst fühlen, die Schwierigkeiten durch eine genaue Exploration zu erfassen und sich möglicherweise vom Mädchen selbst über den kulturellen Hintergrund ihres Problems informieren lassen.

Es ist sicher nicht einfach, das eigene kulturelle Korsett zu sprengen und mit Toleranz und Offenheit das möglicherweise sich einschleichende Gefühl von Unverständnis, Ablehnung, ja sogar Abscheu abzulegen.

Wichtig ist auch hier die Kooperation mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Institutionen der jeweiligen Kultur, welche nach Erkennung des eigenen begrenzten Entscheidungs- und Behandlungsspielraums eine wertvolle Hilfe und Ergänzung darstellen können (z.B. Umgang mit Beschneidung etc.). Grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass sich die Nöte und Sorgen von Teenagern anderer Kulturkreise nur sehr bedingt von den Problemen ihrer deutschen Altersgenossinnen und Altersgenossen unterscheiden. Man fährt also gut, zunächst einmal die gleiche „Sprache“ zu sprechen und wie immer darum bemüht zu sein, Mädchen da abzuholen, wo sie denken, fühlen und handeln.

Fallbeispiel

Derya, 17 Jahre,
trägt Kopftuch, aufgewachsen in Deutschland –
türkischer Abstammung –, will heiraten, hatte
schon Geschlechtsverkehr.

Frau Dr. O., 43 Jahre
Frauenärztin

Derya:

„Ich möchte heiraten und wissen, ob bei mir
alles in Ordnung ist.“

Frau Dr. O.:

„Okay, ich werde dich dann ganz vorsichtig
untersuchen.“

《 Direkte Ebene
Kommunikation 》

Metaebene
Kommunikation

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Ich kann ihr doch nicht sagen, dass ich schon
Geschlechtsverkehr hatte. Vielleicht ist mein
Jungfernhäutchen ja noch in Ordnung. Ich wür-
de ihr am liebsten sagen, dass mich das beunru-
higt, aber ich kann das nicht. In diesem Land ist
ja auch alles ganz anders.

Sie denkt:

Eigentlich müsste ich sie ja fragen, ob sie schon
einmal Geschlechtsverkehr hatte, aber ich habe
Angst, dass das respektlos wirken könnte. Sie
trägt Kopftuch und wirkt so klar in dem, was sie
an sexueller Kultur vermittelt.
O Gott, was mach ich nur, wenn das Hymen
nicht mehr in Ordnung sein sollte. Soll ich es
ansprechen oder nicht?

Sie denkt:

Gott, hoffentlich sagt sie etwas zu meinem
Jungfernhäutchen, hoffentlich kapiert sie über-
haupt, dass es mir darum geht.



Analyse:

Hier haben beide, die Ärztin und die Patientin, dasselbe Tabu. Jede der beiden Frauen vermeidet auf ihre Art und Weise, darüber zu sprechen. Darüber gestaltet sich der Kontakt sehr zurückhaltend und anstrengend. Beide Seiten haben die Befürchtung, das eigentliche Problem anzusprechen.

Vermeidung schwieriger, abgedunkelter Themen schafft Anstrengung und Vorsichtigkeit bis hin zum Misstrauen.



Gesprächsalternative:

Derya: „Ich möchte heiraten und wissen, ob bei mir alles in Ordnung ist.“

Frau Dr. O.: „Ich weiß nicht genau, Derya, ob ich bei jungen Frauen aus Ihrem Kulturkreis das Thema Geschlechtsverkehr vor der Ehe ansprechen darf.“

Ich weiß nur aus Erfahrung, dass viele junge Frauen aus Ihrem Kulturkreis Erfahrungen mit vorehelichem Geschlechtsverkehr haben, aber zum Zeitpunkt der Heirat ein heiles Hymen haben müssen, weil das kulturell so vorgeschrieben ist. Das bedeutet für viele junge Frauen Konflikte. Um die nicht zu übersehen, spreche ich diesen Punkt lieber hier an. Insofern möchte ich Ihnen auf gar keinen Fall zu nahe treten,

aber ich muss wissen, ob Sie diese Untersuchung wünschen, um zu erfahren, in welchem Zustand Ihr Jungfernhäutchen ist, da Sie vielleicht in Sorge sind, dass es nicht mehr ganz heile sein könnte.“

Derya nickt, und sagt etwas gequält, aber gleichzeitig erleichtert: „Ja, genau das ist es. Es fällt mir schwer, darüber zu sprechen, aber ich hatte schon einmal einen Freund und jetzt habe ich solche Angst, dass es nicht mehr in Ordnung sein könnte. Ich bin froh, dass Sie das ansprechen. Wenn es nicht mehr in Ordnung ist, dann brauche ich Ihre Hilfe.“



Fazit:

Fokus dieser konstruktiven Gesprächssequenz ist es, ein vermeintlich kulturell verankertes Tabu, welches – so die kulturelle Regel – gelebt, aber nicht angesprochen gehört – dennoch offen und klar anzusprechen und entsprechend zu hinterfragen.

Genau das hat in diesem Fall für Respekt, für Offenheit und für den Weg „raus aus der Scham“ gesorgt.

Derya hat sich offen, konkret und respektvoll befragt gefühlt, hat zudem erkennen können, dass die Ärztin einiges aus dem Kulturkreis und ihren typischen Konflikten weiß. Das wiederum hat auf Deryas Seite

zur Erleichterung geführt, ihr geholfen, weniger schamhaft zu sein und sich ebenso wie die Ärztin klar und offen zu äußern. Auch hier war wieder die Basis Respekt, Offenheit sowie die Abschätzung auf Seiten der Ärztin, Derya mit ihren Bedürfnissen als junge Frau ernster zu nehmen als ein kulturelles Keuschheitsgebot und entsprechendes Tabu.

Sexuelle Gewalt

Typische Mädchenfragen und -sorgen

- Mein Stiefvater beobachtet mich manchmal beim Baden.
- Mein Onkel fasst mir an die Brüste.
- Darf mein Sportlehrer mich an den Geräten immer so angrabschen?
- Ich bin auf einer Party, an der ich betrunken war, vergewaltigt worden.
- Sind Exhibitionisten gefährlich?



Allgemeines

Etwa jedes 4. bis 5. Mädchen und jeder 9. bis 12. Junge macht mindestens einmal vor seinem 18. Lebensjahr eine sexuelle Gewalterfahrung, die der Gesetzgeber als sexuellen Missbrauch, exhibitionistische Handlung, Missbrauch von Schutzbefehlen, sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung unter Strafe gestellt hat (Zartbitter Köln e.V. 2008). Für viele von ihnen sind diese Erfahrungen traumatisierend und mit zum Teil lebenslangen Folgen wie Angst- und Schmerzstörungen, depressiven Verstimmungen, autoaggressiven Handlungen und sexuell aversiven Störungen sowie vielfältigen psychosomatischen Krankheitsbildern verbunden (BRÜNGER, 10/2003). Entsprechend muss natürlich alles getan werden, um derartige tragische Entwicklungen zu verhindern bzw. zu beeinflussen. Wünschenswert ist in diesem Fall zum einen die möglichst frühe Erkennung von aktuell stattfindenden sexuellen Übergriffen sowie zum anderen – falls das auslö-

sende sexuelle Trauma bereits stattgefunden hat – die möglichst frühe Erkennung der daraus für das junge Mädchen entstandenen gesundheitlichen Folgen.

Die Frage nach der Erfahrung von sexuellen Übergriffen erscheint vielen Frauenärztinnen und Frauenärzten zu indiskret, zu bedrängend. Aus verständlichem Grunde sagen gerade oft die männlichen Kollegen unter ihnen, dass doch sie als Männer ein junges Mädchen nicht nach sexuellen Gewalterfahrungen fragen könnten. Sie befürchten, dass allein eine solche Frage aus dem Mund eines Mannes einer erneuten Traumatisierung gleichkommen könnte.

Die Erfahrung zeigt, dass es völlig egal ist, ob Mann oder Frau danach fragt. Wichtig ist, dass sexuelle Gewalt, die gerade stattfindet oder die bereits stattgefunden hat, erkannt wird, um verhindert oder bewältigt werden zu können.

Entsprechend muss gefragt werden. Fragen nach sexuellen Gewalterfahrungen sollten pragmatisch, schlicht, klar und offen gestellt werden.

- „Haben Sie jemals sexuelle Gewalterfahrungen gemacht?“
- „Hat dir (falls es sich noch um ein sehr junges Mädchen handelt) jemals jemand etwas angetan, was du nicht wolltest, was deine intimen Grenzen verletzt hat?“
- „Gibt es Erfahrungen damit, dass schon einmal jemand Ihre/deine Intimsphäre verletzt hat?“

... sind Fragen, die respektvoll und klar sind. Entsprechend können sie auch klar beantwortet werden. Diese Fragen sind erlaubt und wichtig.

Unerlaubt hingegen, unterstellend und manipulativ sind Sätze wie: „Ich habe den Eindruck, dass Sie möglicherweise missbraucht worden sind, sich nur nicht mehr daran erinnern. Vieles deutet darauf hin.“ Derartige Vermutungen werden oft dann von ExpertInnen geäußert, wenn diese nicht mehr weiterwissen.

Gerade im Zusammenhang mit sexuellen Störungen wie Vaginismus, therapieresistenter Dyspareunie, die jedem Mädchen, jeder Frau passieren können, auch ohne missbraucht worden zu sein, greifen ExpertInnen gern in diese, ihre eigene diagnostische Hilflosigkeit kaschierende Mülltonne. Immer wieder berichten Patientin-

nen, und darunter viele junge Patientinnen, wie unglaublich irritierend und erschütternd eine solche Vermutung für sie sein kann. So die Worte einer 23-jährigen Patientin mit Vaginismus: „Völlig verzweifelt war ich dann, als mir ein Frauenarzt sagte: ‚Sie sind doch bestimmt missbraucht worden, vieles deutet darauf hin. Sie sollten unbedingt zum Psychiater gehen.‘ Obwohl ich eigentlich wusste, dass ich eine ganz normale und aus meiner Sicht gute Kindheit hatte, fing ich plötzlich an, alles in Frage zu stellen. Ich bekam misstrauische Gefühle meinem Vater, meinen Brüdern und meinem Großvater gegenüber. Es hat lange gedauert, bis ich mich von diesem Fluch wieder befreien konnte.“



Als Fazit

bleibt, dass es wichtig ist, nach möglichen sexuellen Übergriffen zu fragen. Gefragt werden sollte in einer offenen, klaren und respektvollen Art und Weise. Unterstellungen sollten unterlassen werden.



Fallbeispiel

Jenny, 16 Jahre,
wirkt unscheinbar, schüchtern im Kontakt, eigen-
tümlich indifferent, blickt nach unten

Herr Dr. F., 38 Jahre
Frauenarzt

Jenny:

„Es tut weh. Es tut so oft weh in meinem Bauch.
Und wenn ich meine Tage kriege, ist es kaum
zum Aushalten.“

Herr Dr. F.:

„Ist das schon lange so?“

◀ Direkte Ebene
Kommunikation ▶

Metaebene
Kommunikation

Metaebene
Kommunikation

Sie denkt:

Warum erzähle ich das eigentlich alles hier, der
kann mir sowieso wieder nicht helfen.

Er denkt:

Sie wirkt so unnahbar, irgendwie auch komisch.
Ich trete ihr besser nicht zu nahe.

Jenny:

„So ungefähr zwei Jahre.“

Herr Dr. F.:

„Ihre Beschwerden können eine Menge Gründe
haben. Das können hormonelle sein, das können
auch entzündungsbedingte Ursachen sein oder
auch Endometriose.“

◀ Direkte Ebene
Kommunikation ▶



Jenny:

„Was kann man denn da machen?“

Herr Dr. F.:

Endometriose ist eine Erkrankung, die viele Mädchen und Frauen haben, die man aber manchmal operieren muss.

◀ Direkte Ebene Kommunikation ▶

Metaebene Kommunikation

Sie denkt:

Gott, ich fühle mich so elend, das hat ja sowieso alles keinen Sinn.

Er denkt:

Irgendwas ist mit ihr, sie wirkt so verletzt. Vielleicht sollte ich nach Missbrauch fragen, aber das kann ich als Mann doch nicht machen. Damit verletze ich sie womöglich noch mehr.

Jenny:

„Okay.“

Herr Dr. F.:

„Wir sollten nächste Woche einmal eine Bauchspiegelung bei Ihnen machen.“

Sie denkt:

Wenn mich doch irgendeiner mal danach fragen würde. Ich kriege das allein nicht raus, ich kann nicht mehr.



Analyse:

Sexueller Missbrauch ist einerseits hoch stigmatisiert, kommt andererseits häufig vor. Des Weiteren führt er nicht selten zu posttraumatischen Folgen. Betroffene sind überwiegend Mädchen. Entsprechend ist es von hoher Wichtigkeit, sexuelle Übergriffe frühzeitig zu erkennen. Dazu wiederum gehört respektvolles und unerschrockenes Fragen. Wann immer der leiseste Hinweis besteht, dass ein Missbrauch vollzogen wurde oder noch wird, sollte gefragt werden. Dabei ist es nicht so wichtig, ob es sich um einen männlichen oder weiblichen Frauenarzt handelt. Wichtig ist, dass irgendeiner sich traut, evtl. sogar als Erster zu fragen. In dieser kleinen Gesprächssequenz wird deutlich, wie gelähmt betroffene Mädchen sein können, was das Sprechen betrifft. Und wie wenig es weiterhilft, wenn Ärztin/Arzt nicht fragen.



Gesprächsoption:

Die Fragen: Gibt es Erfahrungen mit Verletzungen bezüglich deiner/Ihrer Intimität? oder: Hat irgendjemand einmal etwas getan, was dich/Sie in deiner/Ihrer Intimität verletzt hat? sind Fragen, die offen, respektvoll und konkret sind. Diese Fragen verletzen nicht, sie klären und verhelfen zu weiterer Diagnostik und möglicher Behandlung. Wer spürt, dass sie eigentlich gestellt werden müssen,

sie aber aus eigener Scham als Expertin oder Experte nicht stellt, chronifiziert möglicherweise die Folgen für die Betroffenen.



Gesprächsalternative:

Herr Dr. F.: „Wahrscheinlich haben Sie sich doch schon eigene Gedanken dazu gemacht, woher Ihre Beschwerden kommen. Was glauben Sie, Jenny, könnte mit Ihren Schmerzen zu tun haben?“

Jenny: „Ich weiß nicht, ich weiß auch nicht.“

Herr Dr. F.: „Gibt es irgendetwas, das Ihnen Kummer macht? Oder gibt es jemanden, der Sie vielleicht verletzt hat? Tut irgendjemand etwas, das Sie nicht wollen?“

Jenny: „Ich weiß nicht, da ist etwas, aber ich weiß nicht.“

Herr Dr. F.: „Jenny, wenn es irgendetwas ist, von dem Sie denken, dass es eine Rolle spielen könnte, bitte sprechen Sie es aus. Es ist einfach wichtig.“

Jenny: „Mein Onkel, er wohnt bei uns im Haus. Manchmal kommt er abends in mein Zimmer ...“



Fazit:

Respektvoll und furchtlos nach sexuellen Übergriffen zu fragen, ist entlastend. Es ist meist kein Problem für Mädchen und Frauen „Nein“ zu sagen. Sei es, dass die Übergriffe nicht stattgefunden haben oder sei es, dass sie – die Mädchen – darüber nicht sprechen wollen. Für diejenigen aber, die es aus Scham- und Schuldgefühl nicht schaffen, ihre persönliche Gewaltgeschichte anzusprechen, ist eine solche Frage in einem geschützten ärztlichen Rahmen oft unendlich hilfreich. Wann immer Frauenärztinnen und Frauenärzte hinter einer speziellen Symptomatik oder auch hinter einem speziellen Auftreten eines Mädchens oder auch einfach so sexuelle Übergriffe vermuten, sollten sie sich ein Herz fassen und offen danach fragen. Viele betroffene Mädchen schaffen es nicht, dieses Thema von sich aus anzusprechen und verharren in Scham und Tabu und entwickeln oft ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörungen.



KAPITEL 5

Rechtliche Aspekte

Bei der Betreuung und Beratung von Jugendlichen stellt sich immer wieder die Frage nach den rechtlichen Besonderheiten bei der Behandlung Minderjähriger. Viele Gynäkologinnen und Gynäkologen machen sich Sorgen, dass sie auch bei verantwortlicher Verordnung oraler Kontrazeptiva an minderjährige Mädchen möglicherweise juristische Konsequenzen fürchten müssen.

Es geht dabei insbesondere um drei Aspekte

- Zustandekommen eines Behandlungsvertrages
- Einwilligungsfähigkeit
- Schweigepflicht/Mitteilungspflicht gegenüber den Eltern

Viele dieser Aspekte sind nicht vollständig bzw. einheitlich geklärt. Soweit möglich, hat die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der DGGG aber dennoch eine ausführliche Stellungnahme zu diesen Problemen verfasst¹.

Kernpunkte dieser Stellungnahme sind:

1. Der Behandlungsvertrag

Für die Geschäftsfähigkeit zieht das Gesetz im Interesse eines sicheren rechtsgeschäftlichen Verkehrs klare Grenzen. Erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres tritt unabhängig vom individuellen Reifegrad die volle Geschäftsfähigkeit ein. Bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres ist der junge Mensch geschäftsunfähig, vom 7.–18.

Lebensjahr beschränkt geschäftsfähig. Bei Minderjährigkeit muss der Vertrag daher in der Regel vom gesetzlichen Vertreter (in der Regel den Eltern) entweder im eigenen Namen oder im Namen oder zugunsten der Minderjährigen geschlossen oder von ihm nachträglich genehmigt werden (§ 107 BGB). Dieser Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters bedarf es nicht, wenn die beschränkt geschäftsfähige Patientin lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt (§ 107 BGB). Davon kann in der Regel ausgegangen werden, wenn die Patientin als Familienmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert ist. Bei privat versicherten Patientinnen ist die Gesetzeslage unklar. Falls es nicht um Notfälle geht, sind Eltern und Krankenkasse nicht verpflichtet, das Honorar zu bezahlen. Man sollte daher in einem entsprechenden Gespräch mit dem Mädchen klären, an wen die Rechnung geschickt werden soll, bzw. wer, falls nicht die Eltern, die Rechnung bezahlt (das Mädchen selbst?) und wie dann die weitere Gestaltung der Betreuung aussehen soll.



¹ AG Medizinrecht (AGMEDR) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger. 2003

2. Einwilligungsfähigkeit der Patientin

Im Gegensatz zur Geschäftsfähigkeit gibt es für die Einwilligungsfähigkeit keine gesetzlich festgelegten Altersgrenzen, da der Reifungsprozess bei jungen Menschen zu unterschiedlich verläuft. Auch aufgrund der Vielfalt der möglichen Behandlungssituationen wird es dem Arzt daher nicht erspart bleiben, sich in jedem Fall ein eigenes Bild von der Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu machen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGHZ 29, 33, 36) kommt es darauf an, ob der Jugendliche „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und die Tragweite des Eingriffs und seiner Gestaltung zu ermessen vermag“.

Bei Patientinnen, die über **16 Jahre** alt sind, kann die Einwilligungsfähigkeit in der Regel angenommen werden. Die Verordnung hormoneller Kontrazeptiva ist hier meistens unproblematisch. Eine Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit der minderjährigen Patientin ist dennoch empfehlenswert.

Bei **14- bis 16-jährigen** Patientinnen muss sorgfältig geprüft werden, ob eine ausreichende Reife und Aufgeklärtheit des Mädchens vorliegt, um ein Verhütungsmittel ohne Wissen der Erziehungsberechtigten einzunehmen. Eine Dokumentation der Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit ist

in dieser Situation unbedingt notwendig. Bei Mädchen unter **14 Jahren** wird die notwendige Reife und Einsichtsfähigkeit selten gegeben sein. Bei der Verordnung von Verhütungsmitteln sollte daher möglichst die Einverständniserklärung eines Elternteils vorliegen.

Befürchtet die Ärztin/der Arzt, dass die Minderjährige bei ablehnender Haltung nur auf das Verhütungsmittel, aber nicht auf den Geschlechtsverkehr verzichten wird, und wenn sie/er dann die Folgen dieser Handlung bedenkt (Schwangerschaft, evtl. Schwangerschaftsabbruch bzw. eine Mutterschaft, die das Mädchen in vielerlei Hinsicht völlig überfordert), dann wird man ihr/ihm kaum einen Vorwurf machen können, wenn sie/er das kleinere Übel wählt und einer noch nicht eindeutig einwilligungsfähigen Patientin ohne Zustimmung der Eltern hormoneller Kontrazeptiva verordnet.

Dass der Ärztin/dem Arzt bei der Verschreibung hormoneller Kontrazeptiva an Mädchen unter 14 Jahren der Vorwurf gemacht wird, sie/er leiste vorsätzlich Beihilfe zum strafbaren Sexualverkehr mit Kindern (§§ 176a, 27 StGB), ist bei einer solchen Abwägung der Interessen (die unbedingt – möglichst vor Zeugen – genau dokumentiert werden muss) nicht zu befürchten (AG Medizinrecht, Frauenarzt 2006). Auch eine Strafbarkeit wegen Förderung sexuel-

ler Handlung an Minderjährigen (§ 180 Abs.1 StGB) ist nicht anzunehmen. Eine besonders kritische Situation liegt allerdings vor, wenn der Freund des Mädchens deutlich älter ist. Hier stellt sich dann die Frage nach wirtschaftlichen oder emotionalen Abhängigkeiten, aber auch nach sexuellem Missbrauch.

Schweigepflicht

Im Interesse der minderjährigen Patientin kann die Ärztin/der Arzt auch gegenüber deren Eltern zur Verschwiegenheit verpflichtet sein. Dazu die AG Medizinrecht der DGGG:

- Ist die Minderjährige nicht einwilligungsfähig, müssen alle Fragen der Behandlung (Anamnese, Diagnose, Therapie usw.) mit den Eltern besprochen werden. Insofern gibt es keine Schweigepflicht.
- Ist die Minderjährige dagegen eindeutig einwilligungsfähig, kann sie darauf bestehen, dass ihre Eltern in die Behandlung und etwaige Vorgespräche nicht eingeschaltet werden. Dann ist die Ärztin/der Arzt zur Verschwiegenheit verpflichtet und darf auch auf Fragen der Eltern keine Auskunft erteilen.
- Dazwischen liegt ein breites Mittelfeld.

In einigen Fällen kann es daher doch notwendig sein, zum Wohle der Patientin

Kontakt mit den Eltern aufzunehmen.

Sterilisation

Bei der Betreuung geistig behinderter Menschen wird von den Eltern, aber zum Teil auch von Betreuerinnen und Betreuern immer wieder die Frage aufgeworfen, ob bei der minderjährigen Patientin eine Sterilisation möglich sei. Dies ist ausnahmslos verboten (§ 1631 c BGB). Weder sie selbst noch ihre Eltern können in eine Sterilisation einwilligen, auch nicht mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.

Schwangerschaftsabbruch

In Rechtsprechung und Literatur wird überwiegend davon ausgegangen, dass eine 16-Jährige in der Regel dazu in der Lage ist, selbst zu entscheiden, ob sie die Schwangerschaft fortführen oder abbre-

chen will. Im Alter zwischen 14 und 16 Jahren muss die Ärztin/der Arzt den individuellen Reifegrad an Entscheidungsfähigkeit des Mädchens prüfen.

Kosmetische Operation

Viele Mädchen sind mit ihrem äußeren Erscheinungsbild unzufrieden, und stellen sich mit dem Wunsch nach einer kosmetischen Operation vor. Bei Eingriffen, die ganz überwiegend kosmetisch-ästhetischen Zielen dienen (z.B. Mammaaugmentation, -straffung, Fettabsaugung etc.), aber mit erheblichen Risiken verbunden sein können, sollte die Bejahung der Einwilligungsfähigkeit wirklich sehr genau geprüft werden. Die Risiken des Eingriffs sind jungen Mädchen häufig nicht ausreichend bewusst oder werden als für sie unerheblich aufgefasst, wenn es darum

geht, ihren Körper einem vermeintlichen Schönheitsideal näher zu bringen.

Literatur

1. AG Medizinrecht (AGMedR) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Stand September 2006 (als PDF-Datei unter www.dggg.de herunterladbar)
2. Entezami, Fenger: Gynäkologie und Recht, Berlin 2004





KAPITEL 6

*Was hat das mit mir als
Frauenärztin/-arzt zu tun?*

Dazu ein Zitat: „Ich als Frauenärztin habe Sehnsucht danach, die Mädchen, die mich aufsuchen, in ihrem Kummer, in ihren Sorgen und in ihren Ängsten zu erreichen. Das würde bedeuten, die von ihnen ausgesandten Botschaften in all ihrer widersprüchlichen Komplexität bewusster wahrzunehmen und sie entsprechend im Gespräch besser aufnehmen zu können.

Über diese Mischung von effektiver, vertrauensvoller Beziehungsgestaltung zwischen den sich an mich wendenden Mädchen und mir würde ich ihr Selbstvertrauen stärken und sie darüber ermutigen, eigene für sich adäquate individuelle Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Damit wäre ich für sie eine Art Coach, der sie darin unterstützt, Expertin in eigener Sache zu werden. Das würde mich zufrieden machen – manchmal auch froh. Möglicherweise würde sich diese Art von neuer ärztlicher Beziehungsgestaltung auch auf andere Altersgruppen von Patientinnen auswirken.

Vielleicht würde ich so etwas wie persönliche Weiterentwicklung im Beruf erleben – eigentlich etwas, nach dem ich mich bei all der Rackerei ganz schön sehne. Ja, vielleicht würde mir das Ganze sogar auch persönlich gut tun. Natürlich würde jeder fragen, was bringt es dir pekuniär? Nett fände ich es natürlich schon, wenn dabei etwas herauskäme. Nun ja, zufriedene Kundinnen wird dieser Ansatz ja sicherlich auch schaffen.“

Wenn mir diese Broschüre nicht reicht an Lernunterstützung, wo kann ich mehr erfahren:

Die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) hat mit Unterstützung der BZgA vor Jahren bereits Curricula zur sexuellen Basiskompetenz für GynäkologInnen, HausärztInnen usw. entwickelt. Aktuelle Kursangebote sind zu finden auf der Website der DGfS (www.dgfs.info).

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG) bietet Kurse in Psychosomatischer Grundversorgung an. Aktuelle Angebote lassen sich auf der Website der DGPFPG (www.dgpfpg.de) finden.





KAPITEL 7

Literatur

Literatur:

- AG Medizinrecht (AGMedR) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Stand September 2006
(als PDF-Datei unter www.dggg.de herunterladbar)
- Bateson: Steps to an ecology of mind,
Paladin-Verlag: London 1973
(nur über Bibliotheken erhältlich)
- BRAVO: Penis-Mess-Aktion
Ausgabe 8/2008, Hamburg/München 2008
(unter www.bravo.de, Artikelsuche)
Für Rückfragen: Bauer Verlagsgruppe, Kommunikation und Presse München
Tel.-Nr.: 089-6786-7107
- Brünger, Starke, Weber: Häusliche Gewalt macht krank! Was können Ärzte und Ärztinnen tun?
In: Westfälisches Ärzteblatt 10/2003, Münster 2003
(als PDF-Datei unter www.aekwl.de herunterladbar)
- BZgA, Häufig gestellte Fragen zum Thema minderjährige Schwangere.
In Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Köln 2007
- BZgA, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Sexueller Missbrauch, Heft 1/2-1997, Köln 1997
(nur als PDF-Datei unter www.sexualaufklaerung.de herunterladbar)
- BZgA, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Jugendliche Schwangere und Mütter, Heft 1-2001, Köln 2001



- BZgA, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Pille danach, Heft 1/2–2004, Köln 2004
(nur als PDF-Datei unter www.sexualaufklaerung.de herunterladbar)

- BZgA, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Verhütung, Heft 3–2005, Köln 2005

- Entezami, Fenger: Gynäkologie und Recht,
Springer-Verlag: Berlin 2004

- pro familia e.V. Bundesverband
Man(n) nimm ein Kondom, das passt, Informationen für Jugendliche,
Frankfurt a. M. 2007

- pro familia e.V. Bundesverband
mehrsprachiges Infotelefon zur „Pille danach“
Tel.Nr.: 01805–776326 (Kostenpflichtig - 0,14 €/min a.d. Festnetz, andere
Mobilfunkpreise möglich)

- pro familia e.V. Landesverband NRW und Universitätsklinik Essen
Penismaße – eine Studie, NRW 2001
(Studie unter www.sextra.de einsehbar)

- Rabe, Brucker: Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V. (DGGEF e.V.) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V.
Empfängnisverhütung – Familienplanung in Deutschland. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Krause & Pachernegg GmbH,
Verlag für Medizin und Wirtschaft, A–3003 Gablitz

- Schmidt. Jugendsexualität – Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder; Psychosozial-Verlag: Stuttgart 1993
(über Internetbuchhandel gebraucht bestellbar)
- Schmidt: Zur Sozialgeschichte jugendlichen Sexualverhaltens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts
In: Bruns & Tillman (Hg.): Von Lust und Schmerz. Eine historische Anthropologie der Sexualität, Böhlau-Verlag: Köln/Weimar/Wien 2004
- Schultz-Zehden: Lust, Leid, Lebensqualität von Frauen heute,
Springer-Verlag: Berlin 2004
- Weidinger: Sexualität im Beratungsgespräch mit Jugendlichen,
Springer-Verlag: Wien 2006
- Zartbitter Köln e.V.
www.zartbitter.de, Köln 2006

Materialien der BZgA: Für Endadressatinnen und -adressaten

Sichergehn – Verhütung für sie und ihn
Broschüre
Bestell-Nr.: 13060000

Die Pille danach
Faltblatt
Bestell-Nr.: 13061000

Aufregende Jahre – Jules Tagebuch
Broschüre
Bestell-Nr.: 13040000

Wie geht's – wie steht's?
Broschüre
Bestell-Nr.: 13030000

sex 'n' tipps
Leporello zur Verhütung
Bestell-Nr.: 13066000

Bestelladresse

Diese Materialien sind genauso wie diese Broschüre kostenlos erhältlich unter der bestelladresse:

BZgA, 51101 Köln,
per E-Mail: order@bzga.de
oder per Fax: 02 21/89 92-257

Für Ärztinnen und Ärzte, Beratende und pädagogisch Tätige

Medienpaket zur Prävention
von Schwangerschaften Minderjähriger
Bestell-Nr.: 13050000

Teenager-Schwangerschaften in Sachsen. Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht.
Fachheft
Bestell-Nr.: 13300026

Teenager-Schwangerschaften in Berlin und Brandenburg
Angebote und Hilfebedarfe aus professioneller Sicht
Fachheft
Schutzgebühr 11,00 €
Bestell-Nr.: 13300028

Wenn Teenager Eltern werden
Broschüre mit CD-ROM
Bestell-Nr.: 13300025

Verhütung im Überblick
Plakat
Bestell-Nr.: 13062000

Forum Sexuaufklärung und Familienplanung. Verhütung
Heft 3-2005
Bestell-Nr.: 13329210

Sexuaufklärung und Familienplanung. Medienliste
Bestell-Nr.: 13010000

Die BZgA bietet eine Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ an, die Studien und Expertisen sowie Ergebnisse aus Modellprojekten dokumentiert.

Zu HIV und Aids bietet die BZgA eine mehrsprachige Telefonberatung an.
Tel.-Nr.: 01805-555444,
Mo-Do: 10-22 Uhr, Fr-So: 10-18 Uhr
(Kostenpflichtig - 0,14 €/min a.d. Festnetz, andere Mobilfunkpreise möglich)

Darüber hinaus erscheint vierteljährlich ein Informationsdienst „FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung“, der einen Überblick über neue ausgewählte Medien, Projekte und Maßnahmen vorstellt (Überblick: www.sexualaufklaerung.de).

Unsere Internetadressen für Jugendliche:

www.loveline.de
www.schwanger-unter-20.de

Unsere Internetadressen für Erwachsene:

www.familienplanung.de
www.sexualaufklaerung.de

Rat und Hilfe:

Die bekanntesten Träger von Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen sind:

- Arbeiterwohlfahrt
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Deutscher Caritasverband
- Deutsches Rotes Kreuz
- Diakonisches Werk
- Donum Vitae e.V.
- Frauengesundheitszentren
- Frauenwürde e.V.
- pro familia
- Sozialdienst katholischer Frauen
- Auch die Gesundheitsämter bieten häufig Beratung zu diesen Themen an.
- Über eine Beratungsstellensuche auf der Internetseite www.familienplanung.de lassen sich leicht passende Beratungsstellen in der Nähe finden.

