

2022

Praxisfieber

Magazin für Medizinische Fachangestellte
in der Kinder- und Jugendarztpraxis



Foto: © Daniel Ernst – stockadobe.com

Sonderheft
Mädchen-
gesundheit

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Inhalt

Editorial	3
Korrekte Darstellung des weiblichen Genitalorgans in Schulbüchern	4
Spieglein, Spieglein an der Wand, wer ist die Düninste im ganzen Land?	8
Mädchen in der digitalen Welt	11
Typisch Mädchen?	15
Besonderheiten in verschiedenen Altersabschnitten	17
Transidentität und Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter	21
Intimhygiene in den verschiedenen Altersklassen	24
Kontrazeption	26
Umgang mit FGM/C in der Kinderarztpraxis	29
HPV – was ist das?	33
Endometriose bei jungen Mädchen	36

Literaturangaben
bei den Verfassern

Liebe Leserin, lieber Leser,

unser aktuelles Sonderheft widmet sich der Mädchengesundheit – und dies aus gutem Grund: Die Gesundheit von Mädchen, also von Kindern weiblichen Geschlechts, unterscheidet sich von Geburt an von der Gesundheit von Jungen. So ist die Sterblichkeit neugeborener Mädchen geringer als die von Jungen und auch während der ersten zehn Lebensjahre sind Mädchen gesünder. Mit Beginn der Pubertät entwickeln sie jedoch mehr Gesundheitsprobleme als Jungen.

Hierbei spielen viele Gründe eine Rolle, etwa genetische Grundlagen und ein schlechter funktionierendes Immunsystem, vor allem aber unterschiedliche Lebensbedingungen. Lange haben Wissenschaft und praktische Medizin die Unterschiede in der Gesundheit zwischen Mädchen und Jungen nicht ausreichend wahrgenommen. Man orientierte sich vornehmlich an nur einem Geschlecht, nämlich den Männern. Für Mädchen und Frauen kann das gefährliche Folgen haben.

Ein Beispiel in der Präventionsforschung sind Verkehrssicherheitstests mit dem „50-Perzentil-Mann“. Dieser Mann ist ein Unbekannter für Sie? Der 50-Perzentil-Mann ist der personalisierte mitteleuropäische Durchschnittstyp und dient als Vorlage für Dummies in Verkehrssicherheitstests. Weibliche Dummies findet man hingegen eher selten. Für Frauen kann das tödlich enden, etwa wenn z. B. Airbags und andere Sicherheitstechniken im Auto auf den 50-Perzentil-Mann zugeschnitten sind.

Auch in medizinischen Studien wurden Frauen lange zu wenig berücksichtigt. Beispielsweise verstoffwechseln Frauen pharmazeutische Wirkstoffe anders als Männer und entwickeln bei Herzinfarkten andere Symptome als Männer, was dazu führt, dass ihr Infarkt häufiger unentdeckt bleibt und sie häufiger daran sterben. Diese einfachen Beispiele zeigen: Wir müssen unser Wissen über die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse von Mädchen und Frauen deutlich vertiefen und benötigen ein viel stärker ausgeprägtes Bewusstsein für Geschlechterunterschiede in der Medizin.

Wir hoffen, dass wir mit diesem Sonderheft dazu beitragen.

Außerdem wünschen wir uns, dass Ihnen die Zusammenstellung der Themen gefällt, Sie Neues erfahren und freuen uns über Kritik und natürlich auch Lob.

Evi Staß und Ralf Moebus

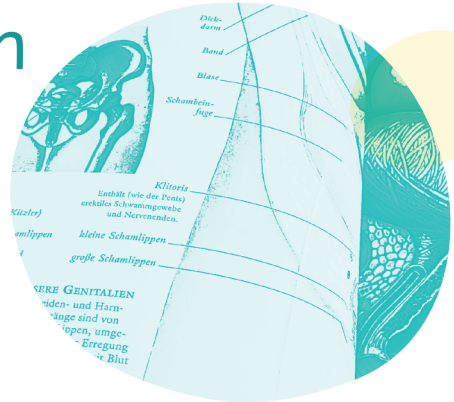
Korrekte Darstellung des weiblichen Genitalorgans in Schulbüchern

Dass wir in unserer Gesellschaft einen schambesetzten Umgang mit den Genitalorganen pflegen, ist gemeinhin bekannt. Selbst in modernen Schulbüchern sind häufig fehlerhafte Darstellungen – insbesondere der weiblichen Sexualorgane – zu finden, was zeigt, wie tiefgreifend die gesellschaftliche Unkenntnis in Bezug auf die Sexualmerkmale ist. Im Februar 2022 erschien in der taz ein Interview mit Sina Krüger (27), sie hat sich als Lehrerin für Biologie und Sport in ihrer Masterarbeit mit der Darstellung des weiblichen Genitalbereichs in Schulbüchern befasst.

taz: Frau Krüger, endlich ist eine vollständige Klitoris in den Lehrbüchern der Verlage Klett, Westermann und Cornelsen abgebildet. Wie fühlt es sich an?

Sina Krüger: Das ist super! Ich freue mich riesig. Es ist sehr wichtig, dass das weibliche Geschlechtsorgan korrekt abgebildet ist. Dass Mädchen und junge Frauen ihren Körper in Schulbüchern angemessen repräsentiert finden und sie sich mit der Sexualität, die abgebildet ist, auch identifizieren können.

Welche der Abbildungen finden Sie denn am besten?



Auch wenn alle drei Verlage endlich die Klitoris als Organkomplex darstellen, haben sie sich unterschiedlich viel getraut. Die Abbildungen von Cornelsen und Klett finde ich gelungener, der Klett Verlag bildet die Klitoris am genauesten ab. Zusätzlich zur Abbildung der Klitoris im Querschnitt veranschaulichen beide Verlage die Vulva anhand einer Frontalansicht. Das ist eine realistische Perspektive, die dem ähnlich ist, was Mädchen und junge Frauen sehen, wenn sie sich zwischen die Beine schauen.

Sie hatten auch die Sprache in den alten Büchern kritisiert. Wie sprachsensibel sind die neuen Auflagen?

Niemand sollte sich für seine Vulva schämen. „Schamlippen“ ist sehr negativ konnotiert. Der Verlag Klett hat in seinen neuen Abbildungen sogar den sprachsensiblen Begriff der „Vulva-lippen“ verwendet – das freut mich am meisten, weil ich nicht gedacht hätte, dass sie die-

sen Schritt gehen. Für mich ist der Verlag damit mutiger als die anderen, weil das Wort Vulva bei vielen noch gar nicht so etabliert ist. Aber das weibliche Geschlechtsorgan heißt eben nicht einfach nur Scheide oder Vagina, weil es eben mehr ist als nur diese Öffnung, dieser Muskelschlauch.

Sprachsensibel bedeutet auch, nicht mehr von „kleinen und großen Schamlippen“ zu sprechen – das haben sogar alle drei Verlage umgesetzt. „Innere und äußere“ ist fachlich korrekt und lässt mehr Spielraum für Individualität, denn Vulvalippen sind sehr unterschiedlich. Außerdem geht Cornelsen auf die sexuelle Erregbarkeit der Klitoris ein. Sie wird als Schwellkörper beschrieben und mit dem Penis verglichen. Damit wird den Schüler:innen vermittelt, dass es beim Sex eben nicht nur um „Penis wird in Vagina eingeführt“ geht, sondern auch darum, dass die Klitoris eine hochoerogene Zone ist.

Keine korrekte Abbildung

In keinem Biologieschulbuch der Verlage Cornelsen, Klett und Westermann ist die Klitoris vollständig abgebildet – das ergab eine taz-Recherche im März 2020. In den Lehrwerken war lediglich ein Punkt oder ein tropfenförmiges Etwas zu sehen, das den externen Teil der Klitoris darstellen sollte, die sogenannte Klitoriseichel. Der zehnmal so große innere Teil des Organs wurde ignoriert. Nicht nur die bildliche Darstellung war irreführend, auch die Beschreibung. In den Lehrbüchern wurde die Klitoris als eine „Perle“ oder als „erbsengroß“ beschrieben.

40 Bücher untersucht

Über mehrere Monate hinweg wurden Schulbuchlisten in ganz Deutschland durchsucht. Von allen Schulbuchverlagen deutschlandweit geben nur die Verlage Klett, Westermann und Cornelsen Biologiewerke in jedem Bundesland heraus. Daraufhin wurde in über 40 Biologieschulbüchern der drei Verlage untersucht, wie sie die Klitoris darstellen. Angestoßen wurde die Recherche durch eine Petition in Frankreich: Die Aktivistin und Buchautorin Julia Pietri fordert zusammen mit feministischen Verbänden seit dem 8. März 2019, dass die Klitoris in französischen Schulbüchern korrekt abgebildet wird.

Erste Erfolge

Seit Herbst 2019 ist das Organ in Frankreich in fünf von insgesamt sieben Schulbüchern vollständig dargestellt. Schon im Laufe der Recherche zur Abbildung in deutschen Schulbüchern haben die Verlage Cornelsen und Westermann angekündigt, ihre Abbildungen zu überarbeiten. Der Klett Verlag hingegen verwies darauf, sich an die vorgegebenen Bildungsziele der jeweiligen Bundesländer zu halten. Seitdem haben jedoch alle drei Verlage die Abbildungen in ihren Biologiebüchern überarbeitet.

Und bei Westermann?

Da ist noch Luft nach oben. Die Klitoris wird weder als Organkomplex mit Schwellkörpern beschrieben, noch wird ihre Rolle für die sexuelle Lust weiter erläutert. Aber immerhin ist sie jetzt nicht mehr ein Punkt, eine Erbse oder ein Halbmond, sondern ein eigenständiges Organ, das zum weiblichen Geschlecht dazugehört.

Meinen Sie, dass durch diese Abbildungen bestimmte Mythen in Hinsicht auf weibliche Sexualität abgebaut werden können?

Abbildungen alleine reichen nicht, dazu gehören fachlich korrekte und sprachensible Texte. In den neuen Auflagen schreibt Cornelsen tatsächlich: Man könne am Jungfernhäutchen nicht erkennen, ob eine Frau penetrativen Sex hatte oder nicht. Und: Nicht alle Frauen würden beim ersten Mal bluten. Ich bin sehr begeistert, denn so räumt das Buch mit diesen Mythen auf.

Sie fordern doch, dass die Verlage den Begriff „Jungfernhäutchen“ streichen.

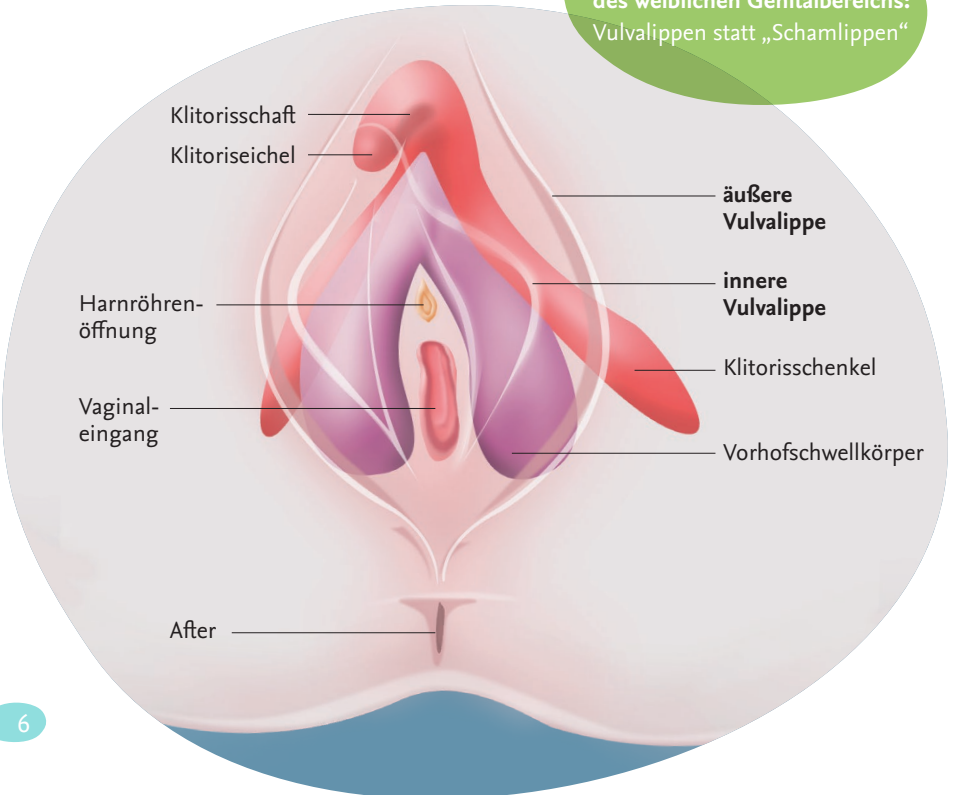
Das Wort „Jungfernhäutchen“ ist zwar irreführend, aber Kinder und Jugendliche kennen es schon. Deswegen ist es sinnvoll, den Begriff aufzugreifen, um zu erklären, warum er im wörtlichen Sinne falsch ist. Es gibt bei einem gesunden Menschen keine Haut, die die Vagina

verschließt. In dieser Hinsicht finde ich den Text von Cornelsen besonders gut, weil sie zwar das Jungfernhäutchen ansprechen, aber trotzdem das Fachwort „Hymen“ einführen, welches sprachsensibel und fachlich korrekt ist.

In älteren Auflagen steht noch immer, die Klitoris sei erbsengroß. Welchen Einfluss hat das auf das Verständnis vom eigenen Körper bei Mädchen und jungen Frauen?

Wenn man glaubt, dass das einzige Organ, das für sexuelle Erregbarkeit zuständig ist, so groß wie eine Erbse ist, dann misst man dem eine ganz andere Bedeutung zu, als wenn man weiß, dass die Klitoris ein rund zehn Zentimeter langer Organkomplex mit Schwellkörpern ist.

Sprachensible Darstellung des weiblichen Genitalbereichs: Vulvalippen statt „Schamlippen“



Gerade für Jugendliche, die ihre Sexualität entdecken, ist es bestimmt sehr beeindruckend zu erfahren, dass Frauen ein Organ haben, das nur für sexuelle Lust und schöne Gefühle zuständig ist.

Zudem ist es für ein sexualbejahendes und positives Sexualeben wichtig zu wissen, wie man sich selbst stimulieren kann. Wie schön es doch wäre, wenn sich die eigene Körperwahrnehmung mit dem erklären lässt, was man in der Schule lernt.

Können denn Abbildungen in Schulbüchern wirklich so viel bewirken?

Schulbücher haben einen hohen Stellenwert im Unterricht. Wenn es im Schulbuch steht, scheint es etwas Wichtiges zu sein. Es schafft einen Raum für Schüler:innen, sich zu trauen, Fragen über sexuelle Lust und das weibliche Geschlecht zu stellen. Das kann Mythen und gesellschaftlichen Druck abbauen und so zu einer besseren sexuellen Gesundheit bis ins Erwachsenenalter beitragen.

Außerdem hat es viel mit Repräsentation und Gleichstellung zu tun. Das männliche Geschlecht ist im Alltag viel präsenter als das weibliche. Mit der richtigen Repräsentation im Schulbuch kommen wir zumindest von der Vorstellung weg, dass es einerseits einen großen, starken Penis und andererseits nur ein Loch zwischen den Beinen gibt, hin zum Wissen von zwei einzigartigen und unterschiedlichen Sexualorganen. Das kann Selbstbewusstsein schaffen.

Was würden Sie Lehrkräften empfehlen, die sexuelle Bildung unterrichten?

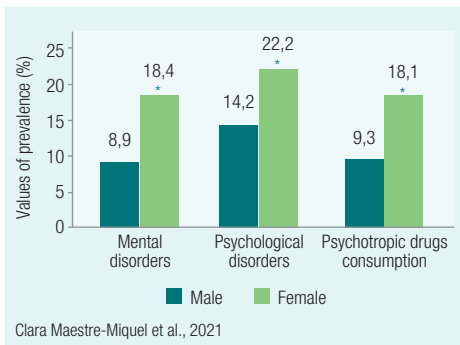
Nicht nur mit Büchern zu arbeiten! Bildet euch weiter, nutzt Fortbildungsangebote, schaut bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), bei Pro Familia oder bei Vielma oder auf Instagram bei @the.vulva.gallery vorbei, hier zeichnet Hilde Atlanta vielfältige Vulven. Damit kann man die Schüler:innen ganz anders abholen.

Liegt es also an den Lehrkräften, sich von den veralteten Darstellungen zu entfernen?

Die Lehrkräfte sind final für ihr Unterrichtsmaterial zuständig. Wenn ich das Material sehe und nicht dahinterstehe, dann muss ich es selbst gestalten oder recherchieren. Das kostet Zeit und Geld. Aber wenn man möchte, dass Schüler:innen adäquat gebildet und Vorstellungen von körperlichen Intimidealen abgebaut werden, sollte man diese Mehrarbeit auf sich nehmen.

Spieglein, Spieglein an der Wand, wer ist die Düninste im ganzen Land?

Bei vielen psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angsterkrankungen sind Frauen häufiger betroffen als Männer (siehe Grafik). Bei den Essstörungen Anorexie und Bulimie besteht mit einer Verteilung von jeweils ca. 20:1 (w:m) der ausgeprägteste Trend hin zum weiblichen Geschlecht.



erwachsen zu werden und ein kindlich-neutrales Körperschema zurückzulassen, scheint insbesondere Mädchen zu fordern. Auch vorherrschende gesellschaftliche Erwartungen an junge Frauen, attraktiv und schlank zu sein (im Gegensatz zu verbreiteten Erwartungen an Jungen, eher stark und mutig zu sein), setzt viele Mädchen unter psychischen Druck und führt oft zu einem Infragestellen des eigenen Körpers sowie zu Diäten. Negative Bemerkungen aus der Familie oder Peergroup bezüglich des Körpers treffen Mädchen in der beginnenden Pubertät besonders hart. In der Pubertät sind Mädchen besonders vulnerabel und es kann eine chronische Selbstablehnung entstehen. Eine Überidentifikation mit einem dünnen Selbstdideal mit Selbstdarstellungen über Fotos und Videos in den sozialen Medien kann dazu führen, dass der eigene Selbstwert zunehmend über das Körpergewicht reguliert wird.

Warum ist das so?

Eine Selbstunzufriedenheit mit dem Körper und Schlankheitsstreben scheinen bei Mädchen und jungen Frauen deutlich ausgeprägter zu sein als bei gleichaltrigen Jungen. Die hormonbedingten körperlichen Veränderungen in der Pubertät gehen auch mit einer Zunahme und Umverteilung von Körperfett einher und stellen viele Mädchen vor die Herausforderung, den sich schnell verändernden Körper zu akzeptieren. Die Entwicklungsaufgabe, auch körperlich



Anorexia nervosa (Magersucht)

Eine Anorexie ist eine schwere, oft chronisch verlaufende psychische Erkrankung mit körperlichen Folgeschäden, welche meist in der frühen Jugend beginnt und mit einer Häufigkeit von ca. 1% auftritt. In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit im späten Kindesalter (7.–14. Lebensjahr) zu beobachten, was besonders besorgniserregend ist, da ein früher Krankheitsbeginn als prognostisch ungünstig gilt. Etwa ein Drittel der Betroffenen wird nach ca. 3 Jahren wieder gesund, ein Drittel erleidet Rückfälle und bei einem weiteren Drittel entwickelt sich ein chronischer Verlauf, welcher langfristig auch mit einer erhöhten Sterblichkeit (durch mögliche Suizide, Herzrhythmusstörungen oder Organversagen) einhergeht.

Um die Diagnose nach der neusten Klassifikation (ICD-11 der WHO) zu stellen, muss

1. ein restriktives Essverhalten mit einer Gewichtsabnahme (> 20% des Körpergewichts in 6 Monaten) oder eine fehlende Gewichtszunahme trotz Längenwachstum und/oder ein niedriges Körpergewicht unter der 5. BMI-Perzentile,
2. eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme (Gewichtsphobie) sowie
3. eine Körperschemastörung (sich trotz des Untergewichts als zu dick empfinden)

vorliegen.

Das früher gültige Kriterium einer hormonellen Störung (z. B. Ausbleiben der Periode) ist kein Kriterium mehr, da auch Jungen, Mädchen vor

der ersten Monatsblutung und Mädchen mit periodenunterdrückender Hormonbehandlung miterfasst werden sollen. Sind alle Kriterien bis auf das Gewichtskriterium erfüllt, spricht man von einer „atypischen Anorexie“. In der klinischen Praxis wird meist die 10. BMI-Perzentile als Einschlusskriterium gewählt, da diese den Kriterien des Erwachsenenalters (BMI von 18,5 kg/m³) entspricht.

Klinisches Bild: Meist essen die Kinder/Jugendlichen sehr selektiv, beschäftigen sich gedanklich andauernd mit dem Thema Essen und meiden hochkalorische Lebensmittel, wobei sie über die Kalorien in Lebensmitteln gut informiert sind. Das Essverhalten ist auffallend langsam und reduziert. Einige Patientinnen erbrechen gelegentlich gegessene Mahlzeiten. Häufig besteht ein starker Bewegungsdrang, vermehrtes Sporttreiben und eine geringe oder keine Krankheitseinsicht. Die Betroffenen stehen häufig vermehrt, sitzen sehr aufrecht oder wirken motorisch unruhig, ernst und angespannt. Viele der Betroffenen sind eher introvertiert, gewissenhaft, ehrgeizig und strebsam. Oft gibt es täglichen Streit bezüglich des Essens in den durch die Erkrankung hochbelasteten Familien.

Mögliche körperliche Folgen: Gewichtsabnahme und Nährstoffmangel können zu vielen körperlichen Folgeerscheinungen führen. Bei der körperlichen Inspektion/Untersuchung können in der Kinderarztpraxis neben einem geringen Körpergewicht unter anderem Haarausfall, Lanugobehaarung, Blässe, kalte, schlecht durchblutete Finger und Füße, eine erniedrigte Körpertemperatur, Wassereinlagerungen sowie ein reduzierter Herzschlag auffallen. Bei meist bestehender ausbleibender Monatsblutung besteht eine Osteoporose-Gefahr.

Wichtig ist, dass bei Verdacht auf eine Anorexie rasch eine Vorstellung zur Diagnostik, Überwachung und Therapie in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt. In allen Fällen ist eine Psychotherapie notwendig, es gibt keine Medikamente, die eine Anorexie heilen können. Häufig sind vorübergehend (teil-)stationäre Aufenthalte in kinder- und jugendpsychiatrischen oder -psychosomatischen Kliniken mit intensiver multiprofessioneller Unterstützung, intensiver Psychotherapie, Essbegleitung und gegebenenfalls medikamentösen oder invasiven Maßnahmen (wie eine Verabreichung von Nahrung über eine nasogastrale Sonde) nötig, um eine Gewichtszunahme in einen gesunden Gewichtsbereich zu erreichen und eine Chronifizierung zu verhindern. In schweren Fällen, bei denen die Betroffenen keine Krankheitseinsicht oder Behandlungsmotivation haben und ein lebensbedrohlicher Gewichtsbereich vorliegt oder droht, können die Sorgeberechtigten auch beim zuständigen Familiengericht eine Behandlung gegen den Willen des Kindes bzw. der Jugendlichen beantragen.

Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)

Bulimie ist eine Erkrankung, die von impulsiven Heißhungerattacken (Aufnahme großer Mengen hochkalorischer Speisen in kurzer Zeit) und anschließend gegenregulatorischen Maßnahmen (wie Erbrechen, Sport, Nahrungsrestriktion oder der Einnahme von Abführmitteln oder Appetitzüglern) geprägt ist und meist erst in der späten Jugendzeit beginnt. Es besteht eine intensive Beschäftigung mit dem Thema Essen sowie ein starker Wunsch abzunehmen und Angst vor einer Gewichtszunahme. Gelegentlich geht eine Bulimie aus einer Anorexie hervor.

Klinisches Bild: Die Patientinnen sind in der Regel normalgewichtig. Meist werden bei Wunsch nach Gewichtsabnahme verschiedene Diäten versucht, häufig fasten die Patientinnen in der ersten Tageshälfte und haben im späteren Tagesverlauf Heißhunger. Oft besteht eine vermehrte Nahrungsaufnahme in Abhängigkeit von psychischem Stress und emotionaler Belastung. Die Aufnahme großer Mengen hochkalorischer Speisen ist bei Betroffenen schambesetzt und erfolgt in der Regel heimlich und allein, weshalb die Diagnose häufig erst nach Jahren gestellt wird.

Mögliche körperliche Folgen: Karies, Schädigung der Mundschleimhaut und Speiseröhre, Übergewicht, Schwielen an den Fingern (Russell-Zeichen), Herzrhythmusstörungen, hormonelle Störungen. Die Prognose der Bulimie ist günstiger als bei einer Anorexie. Neben einer (meist ambulanten) Psychotherapie mit Erlernen von Techniken zur Impulskontrolle sowie zum Spannungsabbau sind hier auch Medikamente hilfreich. In Deutschland zugelassen ist das Antidepressivum Fluoxetin ab einem Alter von 17 Jahren, welches in der klinischen Praxis häufig auch bei jüngeren Patientinnen eingesetzt wird.

Netzadressen

Aktuelle Perzentilenkurven für Kinder und Jugendliche sind z. B. bei www.pedz.de hinterlegt. Hier kann bei vorliegender Größe und Gewicht der Kinder tagesaktuell die BMI-Perzentile erfasst werden. Informationen für Betroffene und eine Übersicht über lokale Hilfsangebote finden sich unter anderem auf der Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga-essstoerungen.de.

Laura Schöfer und Thomas Lempp

Mädchen in der digitalen Welt

Die Herausforderungen in einer zunehmend digitalisierten Welt sind in fast allen Lebensbereichen spürbar. Daher sind sie auch im Rahmen einer gesunden Kindes- und Jugendentwicklung zu berücksichtigen. Eine Beschreibung der Schwierigkeiten, die sich auf die Besonderheiten bei Mädchen beschränkt, könnte darüber hinwegtäuschen, dass die schwerwiegenden generellen Gefahren der Digitalisierung Mädchen und Jungen gleichermaßen betreffen.



Allzu gerne beginnen Artikel zur Nutzung digitaler Bildschirmmedien mit dem Spruch: „Der Alltag von Kindern und Jugendlichen ist ohne Medien nicht mehr vorstellbar.“ Der Ist-Zustand wird zur Norm erhoben, Vergleiche zu Substanzmittelgebrauch Minderjähriger drängen sich auf. Die Nutzungszeiten werden sachlich beschrieben, eine Chancen-Risiko-Abwägung bleibt eine Seltenheit. Die Gleichsetzung der Begriffe „digitale Bildschirmmedien“ und „Medien“ bagatellisiert die Risiken – sind doch auch z. B. Bücher Medien. Folglich werden die Nachteile oder gar die Gefährdung Minderjähriger durch die Nutzung digitaler Bildschirmmedien kaum diskutiert. Die Vorteile der Digitalisierung seien unübersehbar, Gefahren seien bei nahezu jeder technologischen Innovation vorhanden. Die Skeptiker dieser Entwicklung sehen zwar die Allmacht der Anbieter, es fehlen ihnen jedoch die finanziellen Ressourcen und vergleichbare Strukturen, um wirksam gegen sie vorzugehen. Leider erfahren

Kritiker eines unreflektierten Einsatzes digitaler Bildschirmmedien im Kindes- und Jugendalter darüber hinaus, dass Forschung zu negativen Auswirkungen der Digitalisierung nach Kräften verhindert wird. Wenn zudem Werbung, positive Berichte in Print- und Filmmedien und politische Lobpreisungen die Digitalisierung und die Nutzung digitaler Bildschirmmedien selbst im Kindesalter fördern, ist Kritik nicht nur schwierig, sie ist oft unerwünscht. Mit dem „www in der Hosentasche“, dem Mobiltelefon, ist die Situation noch dramatischer geworden. Die ständige digitale Präsenz hat dazu geführt, dass sich der Alltag von Kindern nicht mehr sauber in Online- und Offline-Zeiten unterteilen lässt. Und die Probleme nehmen weiter zu: Das Durchschnittsalter der Kinder und Jugendlichen, die bereits ein Mobiltelefon besitzen, sinkt jährlich um ein weiteres Lebensjahr. Damit sind Kinder immer weniger für eine umsichtige Nutzung der digitalen Bildschirm-

medien mit Internetzugang gerüstet. Es fehlen ihnen zunehmend die dafür unbedingt notwendigen Kompetenzen.

Unzureichender Jugendschutz und zu wenig Langeweile

Kinder- und jugendgefährdende Inhalte werden nicht nur von Experten abgelehnt, auch die Industrie hält es für die Verpflichtung der Eltern, Sicherheitssperren in den von Minderjährigen genutzten Geräten zu nutzen. Wenn Kinder gut geschult sind, ist für sie die Überwindung der Sperren allerdings kinderleicht. Allein im Internet surfen dürfen 25% der Grundschul Kinder und 50% der Schüler in der Sekundarstufe 1. Zusammenfassend: Hohe Nutzungszeiten sind mittlerweile Normalität, die gefährdenden Inhalte sind aus Sicht vieler auch geklärt. Über die Probleme der aktiven versus passiven Nutzung (Kind spielt mit Puppen, Vater schaut Sport) ist wenig Gesichertes bekannt. Wie wirkt sich die Nutzung der digitalen Bildschirmmedien auf die Entwicklung der Kinder aus? Haben die Nutzungszeiten eine Relevanz? Es ist erschreckend banal: Die Zeit, in der sich Kinder und Jugendliche mit digitalen Bildschirmmedien beschäftigen, fehlt ihnen für das Lernen im realen Leben. Je jünger das Kind, umso größer sind die zu erwartenden negativen Auswirkungen. Selbst die Langeweile ohne digitale Bildschirmmedien ist aus entwicklungsmedizinischer Sicht produktiv bzw. wertvoll. So ergibt sich Zeit zur persönlichen – analogen – Interaktion mit anderen Menschen oder auch zum selbstständigen Denken und Nachdenken. Die Kritiker der Digitalisierung der Lebenswelten Minderjähriger nennen dies die Zeitverdrängungshypothese. Sie befürchten schwerwiegende Auswirkungen auf die Kindesentwicklung, verifizierende Forschung

wird jedoch nicht ausreichend gefördert. Die bislang verfügbaren Daten zeigen bereits niederschmetternde Ergebnisse. Nicht eine einzige Teilleistung von Kindern und Jugendlichen wurde durch die Nutzung digitaler Bildschirmmedien verbessert. Diese Forschungsergebnisse finden jedoch kaum Berücksichtigung.

Wer nutzt was?

Kindern und Jugendlichen stehen verschiedenste Informations-, Beziehungs- und Identitätsmanagementmöglichkeiten in den (sozialen) Online-Medien zur Verfügung, um je nach eigenen Wünschen und Interessen aktiv darin zu partizipieren. Zu den Anforderungen der Kindheit und Jugend gehört, sich ein eigenes Bild von der Welt (Bildschirmmedien) zu machen. Im Hinblick auf die Smartphone-Nutzung überwiegen bei Kindern Telefonate mit den Eltern und der Austausch von Nachrichten mit Freunden: 74% der Kinder nutzen Suchmaschinen, 57% WhatsApp, 50% YouTube und 30% geben an, Facebook zu nutzen.

Jugendliche beschäftigen sich online größtenteils mit kommunikativen Aktivitäten (41%). Es folgen Aktivitäten, die sich den Bereichen Unterhaltung (Musik, Videos, Bilder: 29%), Spiele (19%) und Information (10%) zuordnen lassen. Während die Anteile an Kommunikation und Unterhaltung mit zunehmendem Alter weitgehend gleich bleiben, nimmt die Bedeutung der Spiele ab und die von Informationsangeboten zu. Der Anteil der Kommunikation ist bei Mädchen zwischen 12 und 19 Jahren deutlich höher (49%) als bei Jungen (34%), die wiederum sehr viel mehr Zeit mit Spielen verbringen (28% vs. 10%).

WhatsApp, Instagram und Snapchat sind die am häufigsten genutzten Social-Media-Apps der Mädchen. Ganz anders bei den gleichaltrigen Jungen: Bei ihnen ist YouTube nach WhatsApp die am häufigsten genutzte App. Über Mode- bzw. Beautythemen informiert sich laut der BRAVO-Mediennutzungsstudie 2018 mehr als die Hälfte der Mädchen in den sozialen Medien (59 % bzw. 65 %) und in Zeitschriften (57 % bzw. 52 %). Beide Kanäle werden von über 40 % auch für Ernährungs- sowie Fitness- und Sporttipps genutzt. Das Internet nutzt die große Mehrheit der Mädchen und Jungen (70 % bzw. 66 %) vor allem für Themen rund um Schule, Ausbildung und Beruf.

Psychische Gesundheit durch soziale Medien gefährdet

Soziale Medien sind aber auch ein Schauplatz für Einschüchterung, Erniedrigung, Cybermobbing, Gewalt und Sexismus – Facebook, Twitter, Snapchat und Instagram bieten eben nicht nur Informationen. Nach wissenschaftlichen Daten ist die psychische Gesundheit von Mädchen stärker durch die sozialen Netzwerke gefährdet als die der Jungen, eben weil sie diese Medien intensiver nutzen. 7,5 % der 14-jährigen Mädchen waren bereits mit Cybermobbing konfrontiert, gegenüber 4,3 % bei den gleichaltrigen Jungen.

Abkapselung, Schlafstörungen, Verlust von Selbstvertrauen und Ablehnung des eigenen Körpers sind mögliche Folgen dieser Form von Gewalt, die vor allem Frauen trifft. Häufig verdichten sich diese Symptome zur regelrechten Depression. Neben vielen offenen Fragen gilt als gesichert, dass eine exzessive Nutzung sozialer Netzwerke die Risiken erhöht: Je länger die Nutzungszeit (Mädchen verbringen mehr als

doppelt so viel Zeit auf Social Media wie Jungen), umso schwerwiegender die Folgen für die psychische Gesundheit. 40 % der Mädchen, die mehr als fünf Stunden dort verbringen, zeigen Symptome von Depression. Bei den Jungen sind es 15 %.

Experten zufolge trägt der in sozialen Netzwerken herrschende Sexismus wesentlich zur Isolation betroffener Mädchen bei. Mädchen sind – wenn sie sich ihrer Identität nicht sicher sind – auch im Internet häufiger sexistischen und sexuellen Angriffen ausgesetzt als Jungen. Verstärkend wirkt ein idealisiertes Frauenbild in den Netzwerken: Je perfekter das Aussehen, Sozial- und Liebesleben der anderen wirkt, umso unzulänglicher und minderwertiger fühlen sich deren Follower.

Das Aussehen auf Fotos im Netz muss perfekt sein. Viele Mädchen und junge Frauen sehen sich zur Manipulation ihres Aussehens gezwungen. Sie haben bei „Makeln“ Angst vor Cybermobbing. Es ist offensichtlich gefährlich für das Selbstbewusstsein, sich nicht natürlich in den sozialen Medien zu zeigen. Mehr als die Hälfte benutzt regelmäßig Filter und Apps, um die Fotos fürs Web zu bearbeiten. Wollen wir wirklich, dass Kinder und Jugendliche glauben, ihr Selbstwert hänge davon ab, ob die anonyme Masse sie „likeable“ findet, statt innere Werte sprechen zu lassen? Kann man diesem Teufelskreis entkommen oder ist eine generelle Zurückhaltung zu empfehlen? Solange es ein globales Problem bleibt und keine Studien zur Verfügung stehen, sollten Eltern auf einen zurückhaltenden Umgang ihrer Kinder mit den sozialen Medien achten.

58 % aller jüngeren Nutzerinnen von sozialen Medien fühlen sich international von digitaler

Gewalt bedroht – mehr als jedes zweite Mädchen fühlt sich also unwohl! In Deutschland ist die Zahl noch höher, hier machen zwei Drittel der Userinnen schlechte Erfahrungen. Die Belästigungsformen sind wie im realen Leben vielfältig: Beschimpfungen und Beleidigungen, sexuelle Belästigungen, persönliche Demütigung und abwertende Aussagen zum äußeren Erscheinungsbild. Diese öffentlich sichtbaren Delikte senken zudem die Hemmschwelle von (potenziellen) Tätern, da sie erkennen lassen, dass das Risiko einer Bestrafung sehr gering ist. Laut Studien haben 24 % der Betroffenen körperlich spürbare Angst, 42 % leiden unter einem verminderten Selbstwertgefühl und ebenfalls 42 % fühlen sich gestresst.

Cybergrooming und die Rolle der Eltern

Digitale sexuelle Übergriffe gibt es leider schon bei Kindern (Cybergrooming). Mädchen und junge Frauen im Netz müssen besser geschützt werden. Die Politik überlässt die Verantwortung fälschlicherweise den Plattformbetreibern. Deren Interessen liegen jedoch nicht im Schutz der Nutzer, sondern darin, möglichst viele User möglichst lange online zu binden und bezahlte Werbung auszuspielen. Hier ist konsequenter Jugendschutz gefragt. Doch solange dieser nicht gegeben ist, müssen Eltern dringend noch umsichtiger werden. Bei dem Umgang mit digitalen Bildschirmmedien ist es wie mit dem Swimmingpool: Zunächst ist die Begeisterung groß – bis das Kind darin ertrunken ist.

Digitale Belästigungen finden auf allen Plattformen statt. Mädchen und junge Frauen werden überall bedroht, am häufigsten jedoch auf Facebook (39 %). D. h., wenn ein Programm eine onlinebasierte Kommunikation oder Interak-

tion ermöglicht, besteht immer auch das Risiko von verbalen sexuellen Belästigungen bis zum unerwünschten Zusenden pornografischer Bildmaterials. Unglücklicherweise gibt es so gut wie keine zuverlässigen Meldemechanismen. Manchmal wissen die Täter auch gar nicht, dass sie sich strafbar machen.

Nutzer, also auch schon Kinder, wollen in den sozialen Medien Anerkennung in Form von Follower-Zahlen, Likes oder auch Kommentaren gewinnen, indem sie genau die Medien posten, die diese Aufmerksamkeit generieren. Digitaler Narzissmus ist laut Cyberkriminologen auch der Grund, warum manche immer wieder bereit sind, hohe Risiken bei der Aufnahme von Selfies einzugehen. Die eigene Beliebtheit in den sozialen Netzwerken ist häufig wichtiger geworden als persönliche Anerkennung von Freunden im echten Leben. Darüber müssen wir mit Kindern ins Gespräch kommen. Und wir müssen den Kindern Alternativen zu den sozialen Medien bieten.

Auch das Verhalten von Eltern in Bezug auf Social-Media-Posts muss hinterfragt werden. Die digitale Veröffentlichung eigener Fotos sollte bereits gut überlegt sein. Wesentlich heikler wird es beim Posten von Kinderfotos im Netz. Dies geschieht viel zu häufig ganz unbedarft und ohne an die Folgen zu denken. Eltern sollten sich darüber im Klaren sein, dass das Posten von Fotos ihrer Kinder in sozialen Medien gefährlich sein kann. Schlimmstenfalls landen Baby- und Kinderfotos auf Pädophilen-Websites und werden so Gegenstand krimineller Handlungen. Daher appellieren Sie bitte an die Eltern Ihrer Patienten: Kinderbilder gehören nicht ins Netz!

Uwe Büsching

Typisch Mädchen?

Ein bis heute aktuelles und viel zitiertes Klischee in unserer Gesellschaft betrifft das vermeintlich fehlende Technikverständnis von Mädchen und Frauen. Bestimmt haben auch Sie, liebe Leserinnen und Leser, den folgenden Spruch zumindest sinngemäß schon mal gehört: „Typisch Mädchen, keine Ahnung von Technik!“

Wieso beschäftigt mich dieses Thema? Auch in unserem Ausbildungsberuf zur MFA kommt man mit unterschiedlichen Bereichen moderner Technik in Berührung. Denken Sie nur an all die technischen Geräte, die für ganz unterschiedliche Untersuchungen, z. B. für EKG oder EEG, zur Überprüfung der Lungenfunktion oder zur elektronischen Blutdruckmessung, benötigt werden. Aber auch die ganz alltäglichen Dinge wie eine Telefonanlage mit unterschiedlichen Anrufbeantworterfunktionen sowie die PC-Technik in der Praxis erfordern mehr als nur zu wissen, wo der Knopf zum Anschalten ist.

Was tue ich, wenn es kein aussagefähiges EKG gibt, aber die Anlage am Patienten korrekt ist? Gibt es technische Störungen? Was kann ich bei Computerproblemen oder wenn der Drucker keine Rezepte mehr ausdrückt, tun, ohne immer gleich den Techniker anzurufen? Im besten Fall habe ich ausreichend technisches Verständnis und Selbstvertrauen, um diese kleinen Störungen selbst zu überprüfen und im besten Fall zu beheben.

Auch heutzutage herrschen bei der Erziehung und in der Schule zum Teil noch alte Vorurteile vor. Typische Beispiele sind, dass Mädchen besser in Sprachen sind, zum Reiten gehen oder



bei Stress schreien. Jungen hingegen spielen Fußball oder machen Kampfsport und sind gut in Mathe, Informatik sowie im naturwissenschaftlichen Bereich und klären Differenzen häufig über Boxen oder Rangeln.

Dies sind nur einige wenige von vielen gängigen Geschlechtervorurteilen. Insbesondere Mitarbeitende im Gesundheitsbereich sollten jedoch wissen, dass die Realität häufig anders aussieht.

Um das technische Verständnis bei Mädchen zu fördern, gibt es mittlerweile verschiedene Bildungsinitiativen, z. B. im Internet. Diese sollen Mädchen und junge Frauen ermutigen, sich für technische Dinge zu interessieren, und dabei unterstützen, ein gutes technisches Bewusstsein und Selbstbewusstsein zu entwickeln. Diese Angebote richten sich zwar nicht primär an unseren Berufszweig, ein gutes technisches Grundverständnis nützt jedoch in jedem Beruf und auch sonst im Leben ungemein.

Beispiele technischer Bildungsinitiativen im Netz

ROBERTA

Das Projekt „ROBERTA – Mädchen erobern Roboter“ will das Wissen von Mädchen im naturwissenschaftlichen, technischen und informationstechnologischen Bereich stärken.

Mehr Infos: www.roberta-home.de/kids/

IT-Kurse für Mädchen

Mit der GIRLS Hacker School wurde ein Format ins Leben gerufen, das sich gezielt nur an Mädchen und Frauen von 11 bis 99 richtet. Es möchte Mädchen fürs Programmieren begeistern, damit es mehr Frauen in der IT-Welt gibt.

Infos: <https://hacker-school.de/formate/girls-hacker-school/>

Im Internet lassen sich zahlreiche Angebote zum Thema Mädchen/Frauen und Technik finden – und damit auch eine Verbindung zu unserem Beruf MFA in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Bei den großen Vorsorgen J₁ und J₂ kommt es durchaus zu Gesprächssituationen mit Mädchen, in denen diese Informationen als Tipp helfen könnten.

Der rasante technische Fortschritt zeigt sich nicht nur im Alltag, sondern ist auch in unserem Beruf deutlich spürbar. So steht die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) kurz bevor, mit KIM (Kommunikation im Medizinwesen) wurde ein einheitlicher Standard für die sichere elektronische Übermittlung medizinischer Dokumente etabliert und möglicherweise wird es bald einen TI-Messenger (Telematikinfrastruktur-Messenger)

geben. Der Einsatz moderner Technik wird sich also auch in Arztpraxen künftig verstärkt etablieren.

Daher ist es unerlässlich, dass wir Frauen vor und während der Ausbildung, aber vor allem auch später im Arbeitsalltag nicht den Anschluss an die technischen Neuerungen in der Arztpraxis verpassen. Sicher traut sich das nicht jede MFA sofort zu, nach dem Motto: Lass das mal die Jüngerer machen. Möglicherweise ist der Umgang mit neuer Technik zunächst etwas mühsam und bestimmte Vorgänge benötigen etwas mehr Zeit. Aber es ist ganz sicher zu schaffen und außerdem gibt es bestimmt Kollegen im Team, die technisch versierter sind und gerne helfen. Daher heißt es, immer am Ball zu bleiben und keine Angst vor technischen Neuerungen zu haben. Im besten Fall wird ein technisches Grundverständnis und Interesse bereits in der Schulzeit gefordert und gefördert, sodass sich Mädchen und Frauen auch im weiteren Verlauf des Lebens in diesem Bereich selbstständig weiterentwickeln können.

Nur Mut und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten – wir Frauen wissen und können oft viel mehr als man(n) uns zutraut.

Apropos typisch Mädchen: Natürlich finden auch immer wieder junge Männer den Weg in den vermeintlich typisch weiblichen Ausbildungsberuf MFA – und sie sind herzlich willkommen!

Doris Schrage

Besonderheiten in verschiedenen Altersabschnitten: Kleinkindalter, Übergang, Adoleszenz

Einer der schönsten Aspekte der Arbeit in einer kinder- und jugendmedizinischen Praxis ist die Bandbreite des Fachs. Das zeigt sich vor allem in den verschiedenen Altersgruppen, die sich an ganz normalen Tagen in unseren Praxen tummeln: vormittags die Säuglinge, Krippen- und Kindergartenkinder mit Eltern, nachmittags dann die Schulkinder und Jugendlichen. Immer wieder kommt die Frage auf, bis zu welchem Alter man denn zum „Kinderarzt“ geht, und wir Pädiaterinnen und Pädiater sowie unsere Teams können mit Stolz sagen, „gerne bis 18“.

Jedes Mitglied des Praxisteam ist tagtäglich gefordert, Fachwissen, Fingerspitzengefühl, ein offenes Ohr und ein offenes Herz zu zeigen.

Im Falle von Jugendlichen fängt dies bereits bei der Terminvereinbarung an. Ruft die besorgte Mutter an, weil das Mädchen zum dritten Mal in zwei Monaten ihre Regel hat, oder braucht eine Jugendliche wiederholt eine Entschuldigung, weil sie aufgrund von Kopfschmerzen Tests in der Schule verpasst hat? Wie fragen Sie sinnvoll nach, beraten und entscheiden über eine Einbestellung?

Gelungene Kommunikation

Ein essenzieller Teil Ihrer Kompetenz liegt zunächst einmal darin, vorgebrachte Sorgen ernst zu nehmen. Manchen Eltern ist es unangenehm, Beschwerden oder Auffälligkeiten ihrer Teenager-Tochter vor „Fremden“ zu schildern. Wenn sie sich an Sie wenden, sind die Sorgen also schon groß. Bei Problemen im jugendgynäkologischen Bereich haben viele Angst um die Fruchtbarkeit des eigenen Nachwuchses.



Die Mädchen selbst sind oft schwer „zu lesen“. Sind sie gerade in einer Phase der erhöhten Aufmerksamkeit für den eigenen Körper und deuten jedes Bauchziehen als mögliche Appendizitis? Oder steckt hinter der Müdigkeit und den Kopfschmerzen eine depressive Episode, in der sie dringend Hilfe brauchen? Hier kann die Abfrage von Red Flags hilfreich sein, um die Dringlichkeit des Termins einschätzen zu können (siehe Telefonleitfaden „Wie kann ich Ihnen helfen?“).

Sind die Mädchen dann in der Praxis, fällt es manchmal leichter, den Kommunikationsstil dem Alter und dem Reifegrad der Patientin anzupassen. Oftmals besteht aber eine Unsicherheit, wer die Hauptansprechpartnerin ist – die Jugendliche oder die begleitende Mutter?

Eine 16-jährige Patientin ist einsichts- und einwilligungsfähig und kann alle medizinischen Belange selbst entscheiden (außer bei begründeten Zweifeln an der geistigen Reife, z. B. bei Entwicklungsverzögerungen). Zwischen 14 und 16 ist zum Großteil ebenfalls von einer Einwilligungsfähigkeit auszugehen, vor allem in nicht gravierenden medizinischen Situationen. Dies bedeutet auch, dass die ärztliche Schweigepflicht in vollem Umfang greift, und den Eltern bereits die Tatsache, dass die Patientin in der Praxis war, nicht mitgeteilt werden darf, wenn die Patientin das ablehnt. Ausnahmen sind Situationen mit Eigen- oder Fremdgefährdung (Depression mit Suizidalität).

Aber auch wenn ein Elternteil mit dabei ist, ändert sich die Art der Unterhaltung. Aus einer Dreieckskommunikation zwischen Praxispersonal, Patientin und Elternteil wird zunehmend eine dyadische Kommunikation mit der jugendlichen Patientin selbst.

Empathie, Echtheit und eine bedingungslose positive Wertschätzung sind Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation. Als Praxisteam sind wir nicht der verlängerte Arm des Elternwillens, sondern die Jugendliche und ihre Anliegen stehen im Mittelpunkt.

Wie aber über „peinliche“ Dinge reden?

Die eigenen Hemmschwellen und die eigene (Krankheits-)Geschichte spielen vor allem bei Fragestellungen zu Pubertät, Sexualentwicklung und in der Jugendgynäkologie eine große Rolle. Das persönliche Schamgefühl hat mit dem eigenen Erleben von Sexualität zu tun und macht es uns schwer, genauso offen über Busen, Periodenschmerzen und Sex zu sprechen wie über Schnupfen, Halsschmerzen oder Schlafprobleme. Überlegen Sie sich, welche Begriffe Sie in der Kommunikation mit Jugendlichen verwenden wollen. „Vagina“ und „Vulva“ sind sicher medizinisch korrekt, manche Patientinnen werden aber „Scheide“ oder auch „Muschi“ eher verstehen. Weitere Alternativbegriffe sind Ausfluss statt Fluor, Sex statt Geschlechtsverkehr und Kitzler statt Klitoris.

Jugendliche haben trotz aufgeklärter Eltern, Sexualkunde in der Schule und dem Internet auch heute noch erschreckend große Wissenslücken, beschäftigen sich aber zwischen 10 und 13 Jahren intensiv mit sich selbst und den pubertären körperlichen Veränderungen. Zwischen 14 und 16 kommt es zunehmend zu einer Akzeptanz der Veränderungen, aber hinzu kommt nun die Sorge um die eigene Attraktivität.

Pubertät – was passiert da?

Während der Pubertät kommt es unter dem Einfluss von Hormonen (GnRH, LH/FSH und letztendlich Östrogen, Progesteron und Androgene) zu einem massiven Umbau des Gehirns. Ganze Bereiche reifen und werden neu verschaltet. Heftige emotionale Reaktionen sowie die Fixierung auf die Anerkennung innerhalb der Peer-group sind quasi „normal“, da der Gehirnteil für planendes Handeln, Abwägen, Impulskontrolle und Besonnenheit als Letztes „reaktiviert“ wird. Wer Jugendliche erreichen möchte, sollte auf den persönlich greifbaren Nutzen von Empfehlungen hinweisen und weniger an die Vernunft appellieren. Das Experimentierverhalten dient auch zur Erfahrung der eigenen Grenzen und der eigenen Identität.

Manchmal können Jugendliche aber einfach nicht aus ihrer Haut. „Geh doch früher ins Bett, dann bist du morgens nicht so müde“ ist leichter gesagt als getan, wenn das müde machende Hormon Melatonin abends 2 Stunden später ausgeschüttet und morgens mit Verspätung abgebaut wird.

Facts

Jugendliche möchten vor allem bestätigt bekommen, dass ihre Entwicklung normal verläuft. Hier also wichtige Hintergrundinformationen zur körperlichen Entwicklung von Jugendlichen:

Durchschnittlich kommen Mädchen 1–2 Jahre vor den Jungen in die Pubertät. Das erste sichtbare Zeichen ist meist ein Brustdrüsenwachstum ab ca. 10 Jahren, gefolgt von der Schambehaarung ein halbes Jahr später. Ein Viertel der Mädchen zeigt jedoch eine Schambehaarung vor dem Brustwachstum. Bei mehr als der Hälfte der Mädchen wachsen im Verlauf die inneren Schamlippen über die äußeren hinaus.

Die erste Regelblutung, auch Menarche genannt, erfolgt ca. 1,5–3 Jahre nach Beginn des Brustwachstums. Verunsichert sind Mädchen (und auch Mütter) oftmals durch den Weißfluss, ein Sekret, welches 6–18 Monate vor Eintreten der Menarche bereits von der Vagina abgesondert wird und durch die teils relevante Menge auch den Einsatz von Slipeinlagen erforderlich



macht. Ein regelmäßiger Zyklus mit Blutungen alle 28–35 Tage stellt sich erst 2 Jahre nach der Menarche ein. Der Blutverlust liegt durchschnittlich bei 60 ml pro Periodenblutung. Nach Beginn ihrer Regelblutung wachsen Mädchen noch ca. 7,8 cm.

Entgegen der landläufigen Einschätzung liegt das Durchschnittsalter von Mädchen bei der Menarche seit ungefähr 50 Jahren stabil bei 12,8 Jahren. Lediglich der Beginn des Brustwachstums hat sich nach vorne verlagert, sodass laut Leitlinie nur ein Brustwachstum vor dem 8. Geburtstag als auffällig gilt.

Die Periode selbst ist die ersten 1–2 Jahre oftmals schmerzfrei, dann beklagen aber viele Mädchen Regelschmerzen. Wichtig ist auch hier die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten (und die Überprüfung des eigenen Wissens, um nicht selbst Mythen zu verbreiten). Zum Beispiel gibt es offizielle Empfehlungen zur Teilnahme am Schulsport während der Menstruation:

<https://www.dgsp.de/seite/278016/frauensport.html>

Leider ist die Menstruation auch heute noch ein gesellschaftliches Tabu, sodass die Mädchen unsere volle Unterstützung brauchen, sich mit ihren körperlichen Veränderungen so zu versöhnen, dass sie mit einem sicheren Gefühl in ihr Leben als Frau starten können.

Johanna Harris



Transidentität und Geschlechtsinkongruenz im Jugendalter – warum sehen wir mehr Transjungen als Transmädchen?

Im Zuge einer zunehmend wachsenden Toleranz gegenüber geschlechtlicher Vielfalt hat sich das Verständnis diverser Geschlechtsidentitäten grundlegend verändert. Frühere Annahmen, wonach eine nonkonforme Geschlechtsidentität durch eine psychopathologische Fehlentwicklung verursacht sein könnte, haben sich als wissenschaftlich nicht haltbar erwiesen.



In der ICD-11 wurden die sogenannten „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64) und der sogenannte „Transsexualismus“ (F64.o) als psychiatrische Diagnosen mittlerweile abgeschafft. Stattdessen wurde die Diagnose der „Geschlechtsinkongruenz“ unter der neuen Rubrik „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ eingeführt und gilt damit nicht als psychische Erkrankung. Beschrieben wird damit eine dauerhafte Nichtpassung zwischen der empfundenen Geschlechtsidentität und dem aufgrund anatomischer Merkmale bei Geburt zugewiesenen Geschlecht, verbunden mit einem starken Unbehagen gegenüber den angeborenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen. Eine damit häufig verbundene andauernde psychische Stressbelastung erzeugt den sogenannten geschlechtsdysphorischen Lei-

densdruck, der typischerweise im Zuge der pubertären Reifung, wenn diese gefühlt im falschen Körper stattfindet, erheblich ansteigt, was wiederum mit einem deutlich erhöhten Risiko einhergeht, psychisch zu erkranken. Die Unterstützung jugendlicher Transpersonen dabei, sich als trans zu outen und eine soziale Transition ins Transgeschlecht zu leben, gilt im Sinne der Entfaltung der Persönlichkeit als der einzig gesunde Weg. Gegebenenfalls gehört hierzu – bei fachgerechter Prozessbegleitung – auch der Zugang zu gestuften geschlechtsangleichenden medizinischen Maßnahmen (Pubertätsblockade und Hormonbehandlung) mit dem Ziel, betroffenen Jugendlichen einen langen Leidensweg durch eine gefühlt falsche Pubertät mit irreversibler Verweiblichung bzw.

Vermännlichung des Körpers zu ersparen und damit langfristig die Körperzufriedenheit und psychische Gesundheitsprognose zu verbessern. Die zunehmende gesellschaftliche Offenheit gegenüber geschlechtlicher Vielfalt hat in Verbindung mit wachsenden spezialisierten Versorgungsangeboten für Jugendliche dazu beigetragen, dass die Fallzahlen von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen in den vergangenen fünf Jahren sprunghaft angestiegen ist. Dies entspricht einer beobachtbaren Vorverlagerung von Transoutings und damit verbundenen Transitionswünschen in zunehmend frühere Lebensphasen in der Jugend. Auch bei Erwachsenen sind gesetzliche Namens- und Personenstandsänderungen ebenso wie geschlechtsangleichende Operationen bei Transpersonen in stetigem Anstieg begriffen. Die Fallzahlen im Jugendalter machen hierbei nur einen vergleichsweise kleinen Anteil aus und liegen nach wie vor weit unter der aktuell geschätzten Prävalenz der Geschlechtsinkongruenz, die nach einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie für beide Geschlechter bei 0,8–1% liegt.

Verwunderlich scheint hingegen, dass unter geschlechtsdysphorischen Jugendlichen, die spezielle Behandlungsangebote wahrnehmen, bis zu 80% Transjungen (also geburtsgeschlechtliche Mädchen) sind. Dies hat in der Fachwelt eine Debatte darüber entfacht, ob darunter nicht viele Mädchen sein könnten, die aufgrund anderweitiger psychischer Probleme mit ihrem weiblichen Geschlecht nur vorübergehend hadern und dabei vorschnell eine Selbstzuschreibung als trans vornehmen könnten. Wenn dies zu verfrühten Behandlungsentscheidungen, z. B. für eine den Körper irreversibel verändernde Hormonbehandlung, führen würde, wären die Folgen fatal. Transjüngliche

müssen sich im Rahmen ihrer Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz zwei (!) voneinander unabhängigen und sehr ausführlichen psychiatrischen Begutachtungen unterziehen, bei denen u. a. geprüft und festgestellt werden muss, dass eine stabil gefestigte Transidentität seit mindestens drei Jahren besteht. Eine aktuelle Studie hat gezeigt, dass sich auch unter diesen Personen die oben genannte ungleiche Geschlechterverteilung zeigt. Dies bedeutet, dass weder eine besonders ausführliche psychiatrische Begutachtung noch das Sicherstellen eines langen Abwartezeitraums stabil anhaltender Transidentität diese ungleiche Geschlechterverteilung aufzulösen vermag. Die Ursachen scheinen somit nicht in einer besonders häufig anzutreffenden volatilen Identitätsunsicherheit bei Mädchen zu liegen, auch wenn dies oft behauptet wird. Eine Erklärung könnte hingegen sein, dass Entscheidungen für soziale Outings sowie für medizinische Transitionsbehandlungen über alle Altersspannen hinweg von Transmännern im Durchschnitt ca. 10 Jahre früher getroffen werden als von Transfrauen. Daraus ergibt sich, dass Transmädchen unter den (schon) geouteten Jugendlichen zwangsläufig deutlich unterrepräsentiert sein müssen. Die hierfür diskutierten Gründe sind vielfältig. Zu nennen sind u. a. folgende:

- Die Pubertät bei Mädchen beginnt früher und damit gegebenenfalls auch der körperbezogene geschlechtsdysphorische Leidensdruck, der sich durch Menses und sichtbares Brustwachstum früher manifestiert.
- Mädchen werden von der Gesellschaft eher darin bestärkt und ermutigt, sich erprobend geschlechtsuntypisch zu verhalten als Jungen, die hierfür höhere psychosoziale Hürden überwinden müssen.

- Transweiblichkeit wird gesellschaftlich weniger akzeptiert als Transmännlichkeit, mit der Folge, dass Transmädchen häufiger Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen ausgesetzt sind, als dies bei geouteten Transjungen zu erwarten ist.

Für professionell Helfende im Gesundheitswesen besteht das Dilemma, dass bei anstehenden medizinischen Behandlungsentscheidungen zur Unterstützung einer Transition im Jugendalter ein längeres Abwarten bis ins Erwachsenenalter keine neutrale Option wäre. Für jugendliche Transpersonen würden aufgrund der irreversiblen fortschreitenden körperlichen Reifung Fakten geschaffen, die ein lebenslang

erhöhtes Leiden bedingen können. Die Anforderungen an fachgerechte Diagnose- und Indikationsstellungen sind anspruchsvoll. Behandelnde haben dabei eine hohe ethische Verantwortung. Für die hierbei vorzunehmenden Abwägungsprozesse, in die jugendliche Transpersonen und ihre Eltern verantwortlich einzubeziehen sind, hat der Deutsche Ethikrat hilfreiche Empfehlungen zur Orientierung formuliert.

Georg Romer



Intimhygiene in den verschiedenen Altersklassen

Die Intimhygiene spielt in allen Altersklassen eine wichtige Rolle. Jedoch sind abhängig vom Alter, von der Hormonlage in den verschiedenen Altersklassen sowie von der Selbständigkeit des Individuums jeweils unterschiedliche Aspekte der Intimhygiene von Bedeutung. Um den Kindern schon früh einen möglichst unverkrampften Umgang mit dem eigenen Genitale zu ermöglichen, ist es wichtig, die Intimhygiene schon im Kleinkindalter zu thematisieren. So wird meist die bestmögliche Eigenverantwortung und Selbstschätzung erlangt. Sauberkeit trägt nicht nur zum eigenen Wohlbefinden bei, sondern hat auch immense Auswirkungen auf unser Umfeld. Daneben sind

auch einige Geschlechtskrankheiten sowie entzündliche Veränderungen des Genitales stark abhängig von einer adäquaten Intimhygiene. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Intimhygiene von klein auf fördert meist auch die Kommunikation im späteren Alter, beispielsweise wenn es um Vorlieben beim Geschlechtsverkehr geht.

Intimhygiene bei Säuglingen während des Windelalters

Die Intimhygiene in dieser Altersklasse liegt ausschließlich in den Händen der Eltern. Aufgrund der anderen Hauttextur im Vergleich zum Erwachsenen und auch zum älteren Kind gilt es einiges zu beachten. Zusätzlich haben wir in diesem Alter immer ein durch die Windel bewirktes spezielles Klima, in welchem sich Bakterien und Pilze besonders wohl fühlen, vor allem wenn die Hygiene vernachlässigt wird. Daher gilt es, die Windel grundsätzlich sechs- bis siebenmal pro Tag und immer dann zu wechseln, wenn Stuhl abgesetzt wurde. Auch wenn die Windel beim Wechseln sauber imponiert, sollte der Genitalbereich immer vom Schambein ausgehend bis durch die Pobacken hindurch gesäubert und die alte Windel nicht erneut angelegt werden. Es wird immer von vorne nach hinten gewischt, also vom Genitale Richtung Analbereich. In den neusten Studien konnte gezeigt werden, dass sich Baden günstiger auf die Hautschutzbarriere auswirkt als Waschen, vermutlich, weil damit eine sanftere



Reinigung erreicht wird. Des Weiteren konnte der Nachweis erbracht werden, dass ein regelmäßiges Auftragen von adäquaten Pflegeprodukten die gesunde Hautentwicklung fördert und es seltener zu Hautirritationen und Entzündungen kommt.

Hygiene bei Kleinkindern und Schulkindern

Das erste Interesse an den eigenen Geschlechtsorganen zeigt sich meist im Kindergartenalter. Dies ist der Zeitpunkt, zu dem Eltern zusammen mit dem Kind die Geschlechtsorgane klar benennen und beim gemeinsamen Waschen zeigen sollten, worauf jeweils bei der Intimhygiene zu achten ist. Da bei Mädchen die Selbstreinigung der Scheide durch die Scheidenflüssigkeit erst mit einem Alter von etwa 8 Jahren einsetzt, ist es umso wichtiger, auf eine gute Intimhygiene zu achten, um die Zahl der Infektionen wie Harnwegsinfektionen, Vulvovaginitiden oder Labiänsynechien möglichst gering zu halten. Die Entstehung solcher Infektionen bei Mädchen in dieser Altersklasse wird u. a. durch die Anatomie begünstigt, da die kleinen Schamlippen noch nicht von den großen Schamlippen bedeckt sind. Daher kommt es in dieser Altersklasse leichter zu Schmierinfektionen als bei älteren Kindern.

Mädchen sollten auch immer wieder darauf hingewiesen werden, den Analbereich von vorne nach hinten zu säubern, um ein Verbringen von Bakterien in die Scheide zu vermeiden. Meist sind es *E.-coli*-Bakterien aus dem Analbereich, welche ursächlich für eine Zystitis sind.

Neben der Intimhygiene nach dem Geschäft sollte bei kleinen Mädchen auch immer die Sitzposition auf der Toilette beobachtet wer-

den. Oftmals hängt der Po bei kleinen Mädchen beim Toilettengang tief in die Toilettenschüssel. Neben der Möglichkeit der Kontamination durch Berühren des Toiletteninneren, rinnt bei einer derartigen Sitzposition oftmals auch Urin über die Schamlippen in Richtung Scheide und birgt damit das Risiko einer retrograden Infektion. Zum Reinigen ist in dieser Altersklasse bei Mädchen meist lauwarmes Wasser ausreichend. Bei Rötungen im Genitalbereich kann zeitweise eine parfümstofffreie sowie duftstofffreie Creme aufgetragen werden. Sollten die Rötungen unter Basispflege nicht zurückgehen, muss immer eine Pilzinfektion ausgeschlossen werden.

Intimhygiene bei Teenagern

Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen sollte eine tägliche Reinigung des Intimbereichs stattfinden. Diese sollte hauptsächlich mit Wasser erfolgen, bei starker Verschmutzung oder während der Menstruation kann auch eine parfümfreie Waschlotion verwendet werden.

Mädchen sollten sich immer zwischen den äußeren und inneren Schamlippen waschen, die Schambehaarung sowie die Gegend um den Analkanal sind ebenfalls sauber zu halten. Zu aggressives Waschen, besonders mit Seifen, kann Allergien auslösen oder zu einer extrem trockenen und damit juckenden Haut führen.

Marianne von Harbou

Kontrazeption

Für junge Mädchen bedeutet Verhütung in erster Linie die Verhinderung einer ungewollten Schwangerschaft. Immerhin gibt es in Deutschland jedes Jahr rund 10.000 Schwangerschaften und 7.600 Schwangerschaftsabbrüche bei Mädchen unter 18 Jahren. Verhütungsmittel, mit Ausnahme von Kondom und Diaphragma, werden bis zum 22. Geburtstag von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Nicht weniger wichtig sollte auch der Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen bzw. deren Erregern wie z. B. Chlamydien sein. Safer Sex bedeutet daher – zumindest bei der Wahl einer anderen Verhütungsmethode – immer auch die zusätzliche Anwendung eines Kondoms!

Beurteilt werden die Verhütungsmittel im sogenannten Pearl-Index, der die Anzahl der zu erwartenden Schwangerschaften pro 100 Frauenjahre angibt.

Das Kondom: Pearl-Index 2–12

Die Zuverlässigkeit des Kondoms ist stark abhängig vom Anwender. Die richtige Anwendung muss geübt und die richtige Größe ausgewählt werden. Hierfür gibt es ein sogenanntes „Kondometer“, das man über die BZgA beziehen kann. Der Umgang mit möglichen Pannen (Abrutschen, Reißen) und der Zugang zur Notfallverhütung sollten besprochen sein.



Das Diaphragma: Pearl-Index 1–20

Das Diaphragma ist ein biegsamer Ring mit gespannter Gummihaut, der frühestens 2 h vor dem Sex in die Scheide vor den Muttermund eingesetzt wird und zuvor mit einem spermienabtötenden Gel bestrichen werden muss. Nach dem Verkehr muss es mindestens 8 h liegenbleiben, bei erneutem Sex wird eine weitere Dosis spermienabtötendes Gel in die Scheide eingegeben und die Liegedauer verlängert sich um weitere 8 h. Da es verschiedene Größen gibt, muss es von einer Frauenärztin oder Beratungsstelle angepasst werden. Eine Ausnahme bildet das Caya-Diaphragma.

Die erforderliche Übung im Umgang und die Problematik bei mehrfachem Verkehr lassen es für die Mehrzahl der jungen Mädchen nicht geeignet erscheinen.

Pille mit Kombination aus Östrogen und Gelbkörperhormon: Pearl-Index 0,1–0,9

Mittlerweile gibt es viele verschiedene Zubereitungen und Anwendungsformen (Tablette, Ring, Pflaster). Die Pillen unterscheiden sich in der Höhe der Östrogendosis und dem zugefügten Gelbkörperhormon. Vor allem letzteres kann über die Verträglichkeit entscheiden. Außerdem wird dem Gelbkörperanteil ein entscheidender Einfluss auf das Thromboserisiko zugesprochen. Abhängig vom Präparat kann das Thromboserisiko von 3/10.000 auf bis zu 18/10.000 ansteigen. Es versteht sich, dass junge Mädchen mit der niedrigstmöglichen Östrogendosierung und einem wenig thrombosegefährdenden Gelbkörperanteil eingestellt werden sollten. Alle Mädchen sollten die Risikofaktoren für eine Thrombose wie z. B. Operation, Langstreckenflug und längere Bettlägerigkeit sowie die möglichen Thrombosesymptome (Rötung, Schwellung, Überwärmung) kennen. Vor allem jüngere Mädchen berichten über Stimmungsschwankungen, deren ursächliche Zuordnung nicht immer sicher ist. Auch Gewichtszunahmen, in der Regel nicht mehr als 2 kg, können auftreten.

Bei Erbrechen und Durchfall sowie bei der Einnahme bestimmter Medikamente, z. B. Johanniskraut oder starker Antibiotika, kann die Wirkung der Pille abgeschwächt sein.

Bei vergessener Pille ist die Notwendigkeit einer Notfallverhütung in Betracht zu ziehen.

Vaginalring und Verhütungspflaster geben die Wirkstoffe direkt über die Haut bzw. Schleimhaut ins Blut ab. Man muss nicht täglich daran denken, die Handhabung ist einfach, die

Nebenwirkungen und Risiken entsprechen denen der Pille.

Minipille: Pearl-Index 0,5–3

Die Minipille besteht aus einem reinen Gelbkörperhormon. Daher ist das Thromboserisiko niedrig, weshalb sie auch bei bestimmten Risikokonstellationen gegeben werden kann. Allerdings muss diese Pille täglich im gleichen Zeitraum (± 12 h, alte Zubereitungen auch ± 2 h!) und ohne Pause eingenommen werden. Diese Regelmäßigkeit stellt für jüngere Mädchen häufiger ein Problem dar. Nicht selten kommt es zu Schwankungen im Zyklus mit ungefährlichen, aber lästigen Dauer- und Zwischenblutungen, manchmal bleibt die Periode vollständig aus.

Bei vergessener oder verspätet eingenommener Pille ist eine Notfallverhütung in Betracht zu ziehen.

Gelbkörperimplantat: Pearl-Index 0–0,08

Beim Gelbkörperimplantat handelt es sich um ein Stäbchen aus Kunststoff, das unter die Haut des Oberarms eingesetzt wird. Es enthält ein Gelbkörperhormon und schützt über einen Zeitraum von 3 Jahren vor einer Schwangerschaft. Es eignet sich für Mädchen, die mit einer regelmäßigen Anwendung Probleme haben. Blutungsstörungen können als Nebenwirkung auftreten.

3-Monats-Spritze

Wegen der ungünstigen Auswirkungen auf den Knochenhaushalt und der hormonellen Nebenwirkungen sind 3-Monats-Spritzen als Verhütungsmittel für junge Mädchen nicht geeignet.

Spiralen: Pearl-Index 0,16–0,8

Anders als früher gelten Spiralen heute auch bei jungen Mädchen als möglich bzw. geeignet – vor allem dann, wenn Risiken gegenüber anderen Methoden bestehen oder diese nicht akzeptiert werden.

Die Kupferspirale schützt, wie auch die meisten Hormonspiralen, 5 Jahre vor einer Schwangerschaft. Die Einlage kann bei beiden Spiralentypen schmerzhaft sein, was durch eine vorangehende Medikation gelindert werden kann. Die Einlage wird vom Frauenarzt bzw. der Frauenärztin durchgeführt.

Bei liegender Kupferspirale kann die Blutung verstärkt und verlängert sein. Außerdem ist das Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen verbunden mit dem Risiko einer aufsteigenden Infektion und daraus folgender Unfruchtbarkeit, insbesondere bei Partnerwechsel, erhöht.

Kupferkette oder Kupferball lassen bisher keinen Vorteil gegenüber der herkömmlichen Spirale erkennen.

Die Hormonspirale ist ein kleines T-förmiges Gebilde aus Kunststoff, das in die Gebärmutter eingelegt wird und ein Gelbkörperhormon abgibt. In der Folge wird die Menstruationsblutung oft schwächer, bleibt aus oder kommt unregelmäßig. Selten können Eierstockzysten auftreten. Gelegentlich wurden Stimmungsschwankungen beobachtet.

Der Pearl-Index der Kupferspirale beträgt 0,3–0,8, der der Hormonspirale 0,16.

Notfallverhütung: Pille danach, Spirale danach

Wenn das Kondom reißt oder abrutscht, eine oder mehrere Pillen vergessen wurden, Erbrechen innerhalb von 4 h nach der Pilleneinnahme oder Durchfall mit mehreren flüssigen Stühlen auftritt, besteht das Risiko, schwanger zu werden.

Für diese Fälle gibt es die Pille danach rezeptfrei in der Apotheke oder mit Rezept über den Arzt bzw. die Ärztin. Die Pille danach löst keine Fehlgeburt aus, sondern friert den Eisprung sozusagen ein. Hat also der Eisprung vor der Einnahme und während des Verkehrs stattgefunden, kann eine Schwangerschaft durch die Pille eventuell nicht mehr verhindert werden. Die Spirale danach verhindert hingegen die Einnistung einer befruchteten Eizelle. Daher ist es wichtig, die Pille danach möglichst schnell, am besten innerhalb der ersten 12 h nach dem ungeschützten Verkehr, einzunehmen. Je nach Wirkstoff kann sie jedoch auch 72 (Levonorgestrel) bis maximal 120 h (Ulipristalacetat) danach eingenommen werden. Auch eine Spirale kann bis zu 5 Tage nach dem Verkehr eingelegt werden.

Nach der Einnahme von Ulipristalacetat empfehlen einige Autoren die Pilleneinnahme für 5 Tage zu unterbrechen, damit die Wirkung gewährleistet ist. Zusätzliche Verhütung, bis wieder Schutz durch die Pilleneinnahme besteht, ist dann zwingend.

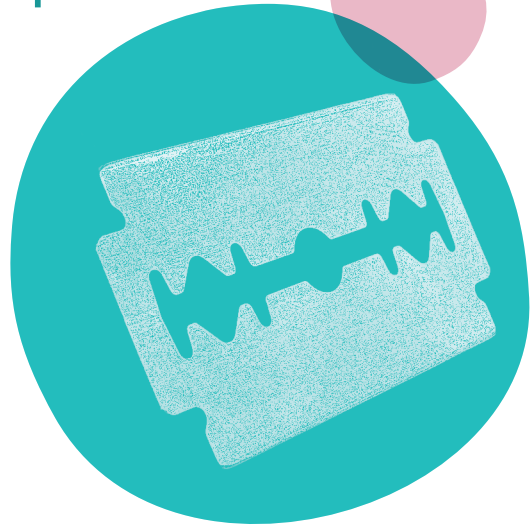
Corinna Vogt-Hell

Umgang mit FGM/C in der Kinderarztpraxis

Dieser Artikel behandelt eine der schwersten Formen der Körperverletzung an einem Mädchen: Das Schneiden an der äußeren Scheide ohne Betäubung. Hierfür einen Begriff zu finden, der dies richtig beschreibt, ist fast unmöglich. Der Begriff „Beschneidung“ ist eine Verharmlosung und kommt dem medizinisch ja oft notwendigen Eingriff der Beschneidung der Vorhaut beim Jungen zu nah. Der Begriff „Genitalverstümmelung“ trifft medizinisch vielleicht den Kern – aber oft ist es belastend für betroffene Frauen, als verstümmelt bezeichnet zu werden. Die meisten Betroffenen sagen über sich selbst „I have been cut“ und so hat sich der Begriff „Female Genital Mutilation/Cutting“ entwickelt, der auch als Abkürzung FGM/C in diesem Artikel verwendet wird.

Erschreckende Zahlen

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind mindestens 200 Millionen Frauen weltweit betroffen. Jährlich werden 3 Millionen weitere Mädchen Opfer der Verstümmelung – das sind unglaubliche Zahlen. Durch den Wegfall von sozialen Strukturen wie z. B. den Schulen während der Corona-Pandemie wird geschätzt, dass bis zum Jahr 2030 noch 2 Millionen Frauen mehr betroffen sein werden, als es sonst der Fall gewesen wäre.



Es passiert näher, als wir denken

FGM/C wird weltweit in ca. 92 Ländern praktiziert, wobei Mädchen aus Afrika am häufigsten betroffen sind. Hier stehen an vorderster Stelle Länder in Nordost-, Ost- und Westafrika. In einigen Ländern wie Ägypten oder Somalia liegt nach Angaben der WHO die FGM/C-Rate bei annähernd 100%. Es gibt sie aber auch auf der arabischen Halbinsel und in Südostasien. Klingt, als wäre dies alles weit von uns entfernt, das ist aber nicht so. Durch die zunehmende Migration erfahren auch in Deutschland und in unseren Nachbarländern Frauen diese Form der schwersten Körperverletzung.

Gründe für FGM/C

So schockierend die Zahlen zur Häufigkeit von FGM/C weltweit sind, so verschleiert und unverständlich bleiben für uns die Gründe, die zur Aufrechterhaltung dieses Rituals führen. Ein Ritual, welches zum Ziel hat, die Lust der Frau zu kontrollieren. Folgende Beweggründe können als Versuch zur Erklärung herangezogen werden:

- **Tradition:** FGM/C wird seit vielen Jahrzehnten praktiziert und hat dadurch eine Art furchtbare Verwurzelung in der Tradition vieler Länder: Was meine Ahnen für richtig empfunden haben, ist ein Brauch, mit dem man nicht bricht.
- **Religion:** Es gibt nicht eine Glaubensrichtung, die FGM/C empfiehlt oder praktiziert. Es ist eher der Glaube daran, dass durch diesen Eingriff eine Einheit zwischen dem Willen und dem Körper gebildet werden kann, sodass Kontrolle erzielt und eine „saubere Einheit“ hergestellt werden kann.
- **Mythen:** Die Mythen rund um die Klitoris halten sich hartnäckig: Die Klitoris ist ein „gefährliches“ Organ, die Klitoris braucht eine Kontrolle, nur eine beschnittene Frau ist eine „hygienische“ Frau, es ist gefährlich für Frauen, aber auch für Männer, dieses Organ in seinem Ursprung zu berühren oder es so zu belassen.
- **Soziale Hintergründe:** Eine Frau, die nicht einer FGM/C unterzogen wurde, erhält ein geringeres Brautgeld, ist dadurch schwieriger zu verheiraten. Ihre Chancen auf ein soziales Leben und eine gesicherte Zukunft sind dadurch in Gefahr. Viele Familien und Mütter sehen sich durch solche äußeren Einflüsse unter Druck gesetzt, ihre Töchter dem gleichen Leidensweg zu unterziehen, um ihnen so einen anderen Leidensweg zu ersparen.

Versuch einer Klassifikation

Die WHO hat eine international anerkannte Klassifikation erstellt, die die Eingriffe nach ihrem Ausmaß in verschiedene Typen einteilt. Nicht immer ist es im Nachhinein so einfach, diese Klassifikation bei jeder betroffenen Frau richtig anzuwenden, aber sie gibt eine Orientierungshilfe:

Typ I: Ausschneiden der Klitorisvorhaut und der Klitoris oder Teilen davon

Typ II: Zusätzliches Entfernen oder Teilentfernen der kleinen Schamlippen

Typ III: Ausschneiden von Teilen oder der gesamten äußeren Geschlechtsteile. Nach Entfernen der betroffenen Areale werden die Stümpfe der äußeren Schamlippen zusammengenäht, sodass nur eine winzige Öffnung bleibt. Dieser Typ wird auch als „Infibulation“ bezeichnet. Das bedeutet, dass die Frau bis auf ein winziges Loch, worüber Urin und Periodenblut abfließen sollen, zugenäht wird.

Typ IV: Alle Eingriffe außen an der Vulva nicht medizinischer Natur, bei denen die weiblichen Geschlechtsteile verletzt oder beschnitten werden und die in den anderen Typen nicht beinhaltet sind (z.B. Verbrennungen, Verätzungen, Verletzungen mit Dornen oder anderen scharfen Gegenständen, Durchstechen, Anstechen o. Ä.)

Je nach Land werden die verschiedenen Typen in verschiedener Häufigkeit praktiziert. Derzeit schätzt man, dass in 80% der Fälle Typ I und II durchgeführt werden, in 15% der Typ III sowie bei den verbleibenden 5% der Typ IV.

Ein Moment wie aus einem Horrorfilm

Der Eingriff selbst erfolgt je nach Tradition entweder kurz nach der Geburt, im Kindesalter, in der Pubertät, unmittelbar vor oder nach der Eheschließung oder nach der ersten Entbindung. In den meisten Fällen betrifft es aber die jungen Mädchen.

Wir sollten nicht wegschauen, wenn es um dieses Thema geht, auch wenn man bei der Beschreibung dessen, was passiert, am liebsten die Augen davor verschließen möchte, so unvorstellbar ist dieser Vorgang: Die Familie ruft eine rituelle Beschneiderin – oft alte, kurzsichtige Frauen –, die für ihre Tätigkeit bezahlt wird. Das Mädchen muss von der Familie fixiert werden, mit einem scharfen, oft unsauberen Gegenstand (Rasierklinge, Messer, Glasscherbe o. Ä.) wird dann ohne Betäubung einfach das Gewebe abgeschnitten. Anschließend müssen oft die Beine zusammengebunden werden, um durch den Druck den Blutfluss zu stoppen.

Nur wenige besser Gestellte können es sich finanziell erlauben, ihr Kind unter sterilen Bedingungen und Narkose beschneiden zu lassen. Zwar ist das weniger traumatisch für die Betroffene, birgt aber auch die Gefahr, dass mehr Gewebe abgenommen wird, weil das Kind keine Abwehrreaktionen unter der Narkose zeigt. Eine Medikalisation von FGM/C (die Verlagerung der Prozedur in Ambulanzen oder Krankenhäuser) ist – laut WHO – grundsätzlich abzulehnen, da jegliche Form der FGM/C als schwere Menschenrechtsverletzung zu werten ist. Nirgendwo auf der Welt dürfen sich Angehörige der im Gesundheitswesen tätigen Berufe zur Durchführung solcher Praktiken hergeben oder missbrauchen lassen.

Körperliche und seelische Folgen bis ins Unermessliche

Die Vulvaregion mit Klitoris und kleinen Schamlippen gehört zu den am stärksten durchbluteten und mit Nerven versorgten Regionen des weiblichen Körpers. Daher führen diese Verletzungen zu vielfältigen akuten und langfristigen, oft irreversiblen Folgen an Körper und Seele der jungen Frauen, von denen hier nur die wichtigsten aufgeführt werden können. Die WHO geht davon aus, dass etwa 10 % der beschnittenen Mädchen/Frauen an einer akuten Komplikationsproblematik versterben. Etwa 25 % der FGM/C-Betroffenen erliegen langfristigen Komplikationen.

Zu den akuten körperlichen Folgen zählen der große Blutverlust, starke Schmerzen, Entzündungen und Sepsis, Infektionen (Tetanus, HIV, Hepatitis) und die möglichen Verletzungen benachbarter Organe (z. B. Harnröhre und After). Zusätzlich zählt zu den akuten Folgen auch das unbeschreibliche psychische Trauma durch den Eingriff selbst, dem die Mädchen durch ihre engsten Bezugspersonen ausgesetzt werden, anstatt sie davor zu beschützen. Langfristige körperliche Folgen beinhalten Beschwerden beim Wasserlassen und bei der Menstruation, chronische Schmerzen, Abszesse und Zystenbildungen, Narbenbildungen, Fistelbildungen mit Inkontinenz, beeinträchtigte Fruchtbarkeit, erhöhte Risiken bei Geburten und die Folgen von möglicherweise übertragenen Infektionen (z. B. AIDS).

Die langfristigen psychischen Beschwerden erinnern an die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung: Verletzung des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls, Schlaf- und Essstörungen, Verhaltensstörungen

gen, Konzentrationsschwierigkeiten, Depressionen, Neurosen, extreme Angstzustände, Alpträume und Suizid. Diese Frauen sind buchstäblich Überlebende einer schwersten, traumatischen Gewalterfahrung. Dabei sind die psychischen Folgen sehr viel weniger offensichtlich als die körperlichen und ihr Zusammenhang mit einer früheren Genitalverstümmelung wird häufig nicht erkannt.

Die Verstümmelung der äußeren weiblichen Genitalien kann irreparable Schäden mit erheblichen Auswirkungen auf die Sexualität mit sich bringen: Schmerzen beim Verkehr durch Vaginalstenosen und Narben sowie eine Einschränkung oder ein Verlust der Orgasmusfähigkeit. Vielen betroffenen Frauen ist es nicht möglich, Sexualität lustvoll zu erleben.

Aufklärung und Prävention in der Kinderarztpraxis

Bereits betroffene Frauen benötigen einfühlsame Hilfe, die ihre persönliche Lebenssituation, ihre Geschichte und ihre Perspektiven berücksichtigt und ihrem kulturellen Selbstverständnis entspricht. Hierfür sollte medizinisches und psychologisches Personal involviert werden, das Erfahrung im Umgang mit Frauen nach FGM/C hat.

In Kinderarztpraxen besteht darüber hinaus die Möglichkeit der Prävention, mit dem Ziel, durch Aufklärung und direktes Thematisieren Genitalverstümmelung bei in Deutschland lebenden Mädchen zu verhindern. Dies ist jedoch nur möglich, wenn ihre Familien davon überzeugt sind, dass es sich bei der weiblichen Genitalbeschneidung um eine schwere Menschenrechtsverletzung mit ernstesten gesundheitlichen und psychischen Folgen handelt. Hierfür sollte mehrsprachiges Informationsmaterial über FGM/C in den Praxen bereitgehalten werden. Besonders bei Eltern aus Herkunftsländern mit genitaler Mädchenbeschneidung sollte das Thema FGM/C angesprochen werden und durch den Blick auf das kindliche Genital Eltern gezeigt werden: Wir helfen, wir beraten und wir schauen nicht weg.

Charlotte Amann

HPV – was ist das?

Studie offenbart großen Nachholbedarf bei HPV-Aufklärung

Deutschland war gleich doppeltes Schlusslicht in einer aktuellen europäischen Befragung zu Humanen Papillomviren (HPV): In der in zehn europäischen Ländern* durchgeführten Studie gaben nur 40 % der deutschen Teilnehmer an, Humane Papillomviren überhaupt zu kennen. Dass einige HPV-Typen bestimmte Krebsarten auslösen können, war sogar nur etwa einem Drittel (32 %) der befragten Deutschen bekannt. Beim Umfrage-Spitzenreiter Spanien waren hingegen das Bewusstsein für HPV (87 %) und das Wissen über die karzinogene Auswirkung von HPV (62 %) wesentlich besser. Die Ergebnisse der „HPV Awareness Study“ verdeutlichen den großen Nachholbedarf hinsichtlich Informationen zu HPV in Deutschland.¹

HPV Awareness Study: Was wissen Europäer über HPV?

Das Marktforschungsunternehmen Ipsos ermittelte den Wissensstand zum Thema HPV in zehn europäischen Ländern, in denen die HPV-Impfung empfohlen wird. Hierfür wurden 15.000 Menschen im Alter von 16 bis 60 Jahren befragt.* Die repräsentative Umfrage ergab u. a., dass nur wenigen der 2.000 deutschen Studienteilnehmer bewusst war, dass HPV-Infektionen auch in Deutschland weit verbreitet sind. Außerdem wussten nur 9 % der befragten Teilnehmer aus Deutschland, dass Männer und Frauen gleichermaßen von HPV infiziert werden können.¹

Weitere Schlussfolgerungen aus der HPV Awareness Study:

- In einigen europäischen Ländern gibt es beachtliche Wissenslücken zum Thema HPV.
- Die Häufigkeit von HPV-Infektionen wird oft dramatisch unterschätzt.
- Obwohl das Virus weit verbreitet ist, wird generell angenommen, dass es selten vorkommt und eine Ansteckung unwahrscheinlich ist.
- Es gibt weiterhin einen Bedarf an Informationen über HPV.





Innovation hat man uns eingepfht: seit 1898.

Neben einer Vielzahl von Therapeutika erforschen und entwickeln wir seit über 100 Jahren Impfstoffe. Diese können einen Schutz vor Erregern wie zum Beispiel Masernviren, bestimmten Pneumokokken und Humanen Papillomviren bieten. Und als einer der weltweit größten Impfstoffhersteller arbeiten wir weiter an neuen Impfstoffen wie beispielsweise gegen das Ebolavirus.

Erfahren Sie mehr auf: www.msd.de

MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstraße 4a, 81673 München
www.msd.de



Viel Luft nach oben auch bei der HPV-Impfquote in Deutschland

Das geringe Wissen zu HPV in Deutschland korreliert mit einer niedrigen Impfquote. Die Impfquote für eine vollständige HPV-Impfserie bei 15-jährigen Mädchen betrug im Jahr 2018 bundesweit 43,0%, obwohl die Ständige Impfkommission (STIKO) schon seit 2007 eine HPV-Impfung für alle Mädchen empfiehlt.² Im Juni 2018 hat die STIKO die Standardimpfung gegen HPV nun auch für Jungen beschlossen. Das erklärte Ziel der HPV-Impfung von Mädchen und Jungen ist eine Reduktion der Krankheitslast durch bestimmte HPV-assoziierte Tumore. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere Ärzte gefordert, die als wichtige Informationspartner zur Verbesserung der Akzeptanz der HPV-Impfung beitragen können.³

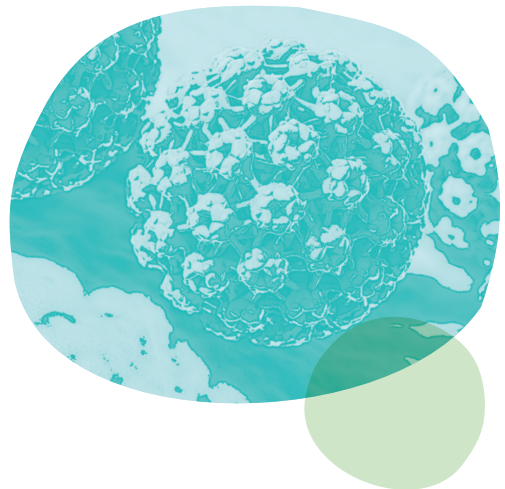
Hintergrund zu HPV

Fast jeder sexuell aktive Mensch infiziert sich im Laufe seines Lebens mit Humanen Papillomviren. Wenn die Infektion mit HPV nicht von allein ausheilt und es zu einer persistierenden Infektion kommt, können Gewebeveränderungen bis hin zu bestimmten HPV-assoziierten Tumoren die Folge sein.³

* Zwischen dem 7. und 21. Januar 2019 befragte das Marktforschungsinstitut Ipsos im Auftrag der MSD Sharp & Dohme GmbH im Rahmen der „HPV Awareness Study“ 15.000 Erwachsene im Alter von 16 bis 60 Jahren. Befragt wurden je 1.000 Teilnehmer aus Österreich, Belgien, Griechenland, Portugal und der Schweiz sowie je 2.000 Teilnehmer aus Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Großbritannien.¹

- 1 Cox H. Ipsos. EU HPV Consumer Awareness Study. Präsentiert am 04.03.2019. <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2019-03/eu-hpv-consumer-awareness-study.pdf> (eingesehen am 05.02.21)
- 2 Rieck T, Feig M, Wichmann O, Siedler A. Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. *Epid Bull* 2020; 32/33: 9–27
- 3 Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *Epid Bull* 2018; 26: 233–254

Vielen Dank an die Firma MSD Sharp & Dohme GmbH, die uns diesen Beitrag zur Verfügung gestellt hat.



Endometriose bei jungen Mädchen

Das Thema Endometriose hält zunehmend Einzug in das öffentliche Bewusstsein – ganz aktuell z.B. durch die vom französischen Präsidenten Emmanuel Macron angekündigte nationale Strategie zur Bekämpfung der Endometriose in Frankreich. Mit zunehmender Bedeutung der sozialen Medien erreichen solche gesundheitlichen Themen immer früher auch junge Mädchen, für die der Zugang zu diesen Themen zuvor deutlich schwieriger war.

Dieser Trend ist im Falle der Endometriose wohl überwiegend positiv zu sehen. Die Endometriose, mit einer Häufigkeit von 10–15% in der weiblichen Allgemeinbevölkerung, ist auch für pubertierende Mädchen eine relevante Erkrankung. Immerhin ist bei fast drei Vierteln aller jungen Frauen mit chronischen Unterbauchschmerzen und schmerzhaften Regelblutungen Endometriose die Ursache. Auch heute noch warten junge Frauen im Schnitt 4 Jahre von den ersten Symptomen bis zur richtigen Diagnose, allerdings schon ungefähr 3 Jahre weniger als vor 10 Jahren, als dieses Intervall noch fast 7 Jahre betrug.

Eine Bagatellisierung der Erkrankung ist also nicht angebracht – insbesondere nicht in einer so schwierigen Lebensphase wie der Pubertät. Aussagen wie „Das gehört nun mal zum Frau-sein dazu!“ oder „Reiß Dich mal zusammen!“ sollten ein für alle Mal der Vergangenheit angehören. Mit zunehmender Sensibilisierung der



jungen Frauen für die Thematik laufen wir nicht zuletzt Gefahr, uns in der gynäkologischen Praxis in der Wahrnehmung der Patientinnen als inkompetent zu erweisen.

Dem Thema Endometriose, auch und besonders in der Pubertät, sollten wir also unsere besondere Aufmerksamkeit schenken. Was wissen wir also über die Endometriose? Letztlich sehr viel und immer noch viel zu wenig. Woher die Endometriose kommt und was sie letztlich auslöst, ist bis heute nicht geklärt. Einige Pathomechanismen, wie z.B. die sogenannte retrograde Menstruation, also das Eindringen von Menstruationsblut über die Eileiter in den Bauchraum, konnten schon vor fast 100 Jahren ausgemacht werden. Dennoch erklärt die retrograde Menstruation nicht das Auftreten der Endometriose, denn man findet sie bei fast allen Frauen.

Umso mehr sollten wir uns also dem Erkennen und der Behandlung der Erkrankung widmen. Was sind also die typischen Symptome der Endometriose? Im Zentrum steht sicherlich die Dysmenorrhoe, die krampfartig-schmerzhafte Regelblutung. Die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln sowie die Arbeits- oder Schulunfähigkeit während der Menstruation haben sich als Indikator für die Einschränkung der Patientinnen in ihrem Alltag bewährt. Dazu kommen azyklische Beschwerden sowie folgende Symptome:

- Funktionell-gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhöen, Blähbauch, Verstopfung); diese sind bei jungen Frauen mit Endometriose, im Gegensatz zu erwachsenen Frauen, besonders wichtig, da sie oft anstelle der schmerzhaften Regelblutung auftreten.
- Vasovagale Reaktionen
- Schmerzen beim Stuhlgang (Dyschezie)
- Schmerzen und Schwierigkeiten beim Wasserlassen (Dysurie)
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie)

Insbesondere die letzten drei Symptome können ein Hinweis auf eine Organbeteiligung von Darm, Scheide oder Harnblase im Rahmen einer tief infiltrierenden Endometriose sein.

Eine gründliche gynäkologische Untersuchung sollte aus einer Spiegeleinstellung, einer bimanuellen Tastuntersuchung sowie einer transvaginalen Ultraschalluntersuchung bestehen. Bei Patientinnen mit intaktem Jungfernhäutchen kann alternativ eine transrektale Ultraschalluntersuchung erwogen werden. Insbesondere ist vor dem Einleiten einer Therapie der Ausschluss genitaler Fehlbildungen (nicht selten in dieser

Patientengruppe!) sowie das Erkennen möglicher tief infiltrierender Befunde (Einwachsen der Endometriose in tiefere Gewebsschichten und Organe wie Scheide, Darm, Harnblase oder Zwerchfell) durch die gründliche Untersuchung wichtig. Bei Verdacht auf tief infiltrierende Endometriose können weitere Untersuchungen, wie die Koloskopie und rektale Endosonografie sowie die Magnetresonanztomografie, notwendig werden.

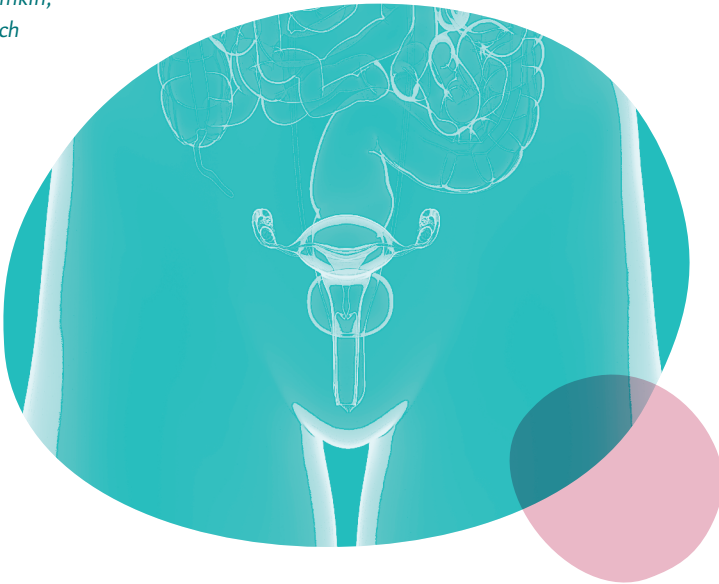
Therapeutisch sollte bei Unterbauchschmerzen und Dysmenorrhoe frühzeitig der Versuch einer hormonellen Therapie mit einem kombinierten oralen Kontrazeptivum (KOK) unternommen werden, bei ausgeprägten Beschwerden im Langzyklus. Tritt eine Besserung ein, so ist eine Endometriose als Ursache wahrscheinlich. Die eigentliche Diagnosesicherung kann nur operativ im Rahmen einer Bauchspiegelung erfolgen. Dies sollte spätestens bei Beschwerdepersistenz trotz hormoneller Therapie oder bei Verdacht auf tief infiltrierende Endometriose erfolgen. Ziel der Therapie sollte immer eine bestmögliche Schmerzeinstellung und somit Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen sein. Über lange Zeit nicht ausreichend behandelte Patientinnen haben ein erhöhtes Risiko, ein sogenanntes chronisches Schmerzsyndrom zu entwickeln, das sich einer kausalen Therapie dann oft entzieht. Eine frühe Schmerzlinderung lässt ein chronisches Schmerzsyndrom hoffentlich gar nicht erst entstehen.

Prognostisch sehen wir bei jungen Frauen ein etwas höheres Rezidivrisiko gegenüber älteren Patientinnen. Insbesondere bei Endometriosezysten am Eierstock, sogenannten Endometriomen, kann man dies beobachten. Auch kann eine ausgeprägte Endometriose im späteren Leben mit einer herabgesetzten Fruchtbarkeit

einhergehen. Das Risiko für die Entstehung von Eierstockkrebs ist bei jungen Patientinnen mit Endometriomen leicht erhöht, wobei die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Endometriose prinzipiell dennoch zum unbedingten Erhalt des Eierstocks rät.

Zusammenfassend ist die Endometriose bei pubertierenden Mädchen also insgesamt weiterhin verkannt und unterschätzt, auch wenn sich bereits eine positive Tendenz zu einer schnelleren Diagnose abzeichnet. Führt man sich die mögliche Tragweite einer unzureichenden oder falschen Behandlung vor Augen, ist die Behandlung durch den ausgebildeten Spezialisten bei dieser sensiblen Patientengruppe besonders wichtig.

*Rasmus Schmäddecker,
Nora Frumkin,
U. A. Ulrich*



Autorenverzeichnis

Dr. Charlotte Amann

Praxis Gynäkologie und Geburtshilfe
Saarstraße 7
80797 München

Dr. Uwe Büsching

Praxis Kinder- und Jugendmedizin
Beckhausstraße 171
33611 Bielefeld

Dr. Marianne von Harbou

Praxis Kinder- und Jugendmedizin
Herzogstraße 39
80803 München

Dr. Johanna Harris

Praxis Kinder- und Jugendmedizin
Saarstraße 7
80797 München

Dr. Ralf Moebus

Praxis Kinder- und Jugendmedizin
Kinder- und Jugendarzt
Ober-Eschbacher Str. 9
61352 Bad Homburg

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychosomatik und -psychotherapie
Universitätsklinikum Münster (UKM)
Schmeddingstraße 50
48149 Münster

Dr. med. Laura Schöfer

Dr. med. Thomas Lempp
Clementine Kinderhospital
Klinik für Psychosomatik
Theobald-Christ-Straße 16
60316 Frankfurt am Main

Dr. med. Rasmus Schmädecker

Dr. med. Nora Frumkin
Prof. Dr. U. A. Ulrich
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Martin-Luther-Krankenhaus Berlin
Caspar-Theyß-Straße 27–31
14193 Berlin

Doris Schrage

23619 Rehhorst

Evi Staß

GMP Kinder- und Jugendmedizin
Talstraße 49
66424 Homburg

Dr. Corinna Vogt-Hell

Praxis Gynäkologie und Geburtshilfe
Liebfrauenberg 37
60313 Frankfurt am Main

Praxisfieber-Info-Post – für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kinder- und Jugendarztpraxen

Mit Neuigkeiten, Infos und Tipps rund um Ihren beruflichen Alltag!

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten gerade das Praxisfieber-Sonderheft Mädchen-gesundheit in Ihren Händen – wir würden uns freuen, wenn es Ihnen gefällt! Sie wünschen sich außerdem aktuelle Informationen zu unterschiedlichen Themen aus Ihrem Berufsalltag?

Dann ist unsere Praxisfieber-Info-Post genau das Richtige für Sie. Diese versorgt Sie mit Wissenswertem rund um Ihren Beruf. Die Themen reichen von Arbeitsrecht über Praxismanagement bis hin zu Medizin und Wissenschaft – alles kompakt und übersichtlich auf den Punkt gebracht. Die Praxisfieber-Info-Post erscheint dreimal pro Jahr und ist natürlich kostenlos.

So können Sie sie abonnieren:

Per Fax: 0221-68 32 04

Per Telefon: 0221-68 90 90

Per E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Per Post: BVKJ e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Sie wollen in den bereits erschienenen Ausgaben stöbern? Auf der Website www.bvkj.de, unter der Rubrik „Medizinische Fachangestellte“, stehen Ihnen die Ausgaben der letzten Jahre zur Verfügung.

Vielleicht haben Sie auch Lust, in der Redaktion mitzumachen? Dann melden Sie sich einfach unter einer der oben genannten Adressen.

Das Praxisfieber-Team freut sich auf Ihre Mitarbeit!



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.