

Hochschule Merseburg
FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Die Pille

Anforderungen an eine ganzheitliche Verhütungsberatung

Bachelorarbeit
Studiengang: Soziale Arbeit

Vorgelegt von: Theresa Näser
18567
Theresa.Naeser@naeser-art.de

Erstgutachter/in: Prof. Dr. phil. Ulrike Busch
Zweitgutachter/in: Prof. Dr. phil. Konrad Weller

Abgabedatum: 20.08.2014

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Geschichte der Empfängnisverhütung.....	4
2.1	Geschichte der Pille	6
2.1.1	Auswirkungen der Pille auf Frauen ab 1960	9
3	Die Pille	12
3.1	Wirkungsweise.....	12
3.2	Verhütungsverhalten und Anwendungskriterien	14
3.3	Nebenwirkungen	15
3.3.1	Positive Nebenwirkungen.....	16
3.3.2	Negative Nebenwirkungen	17
4	Beratung	20
4.1	Verhütungsberatung.....	22
4.1.1	Ärztliche Beratung.....	23
4.1.2	Psychosoziale Beratung	26
4.1.2.1	Ganzheitlichkeit	27
4.1.2.2	Informierte Entscheidung	28
4.1.3	Bedarfe der Verhütungsberatung.....	29
5	Zusammenfassung	30
6	Literaturverzeichnis	33
7	Selbstständigkeitserklärung	37

1 Einleitung

Es ist kein neuer Wunsch der Menschheit, ein gesundes Alter zu erreichen und somit ein gesundes Leben zu führen. Die Frage, mit welchen Mitteln das erreicht werden kann, wird seitens der Medizin und des allgemeinen Interesses laut.

Life-Style-Medikamente, die auf die Gesundheit und Gesundheitsrisiken Einfluss nehmen, geraten daher immer mehr ins Blickfeld. Die Antibabypille ist eines dieser besagten Medikamente, welches weltweit Millionen von Frauen regelmäßig einnehmen.

Immer wieder hört man von gravierenden Nebenwirkungen, einem Krebsrisiko oder nicht selten auch von Todesfällen. Sollten Frauen sich vor der Pille fürchten oder ist sie durch eine ganzheitliche Verhütungsberatung ein beherrschbares Risiko? Wie kann eine ganzheitliche Verhütungsberatung eine informierte Entscheidung bei der Wahl einer Verhütungsmethode fördern? Anlässlich dieser Fragen befasst sich meine Arbeit mit dem Thema: „Die Pille - Anforderungen an eine ganzheitliche Verhütungsberatung“.

Für die Bearbeitung des Themas stütze ich mich auf Quellen aus der Literatur und dem Internet. Beziehen werde ich mich primär auf die Sekundärliteratur, sowie Zeitschriftenartikel und Internetquellen. Die Interviews sind aufgrund meiner veränderten Forschungsfrage weggefallen, da diese nicht mehr zwingend für die Beantwortung notwendig waren und das Literaturstudium den Grundstein zu meiner Arbeit gelegt hat. Die Arbeit konzentriert sich daher auf die Frage, wie eine ganzheitliche Verhütungsberatung eine informierte Entscheidung bei der Wahl einer Verhütungsmethode fördern kann. Die anfängliche Frage, ob die Pille ihre Bedeutung bei der Empfängnisverhütung verloren hat und ob die Pillennutzerinnen um Risiken und Nebenwirkungen wissen, bleibt daher und wegen des begrenzten Rahmens dieser Arbeit unberücksichtigt.

Ziel meiner Arbeit ist es, die Pille in den geschichtlichen Kontext einordnen zu können, um anhand ihrer Entwicklung den sich verändernden Bedarf der Frauen ableiten zu können. Ein weiteres Ziel ist es, die Pille in ihrer Wirkungsweise zu verstehen und positive sowie negative Nebenwirkungen objektiv darzustellen, um eine kritische Auseinandersetzung zu ermöglichen. Die abschließende Intention ist es, Anforderungen an die ganzheitliche Verhütungsberatung herauszukristallisieren, um diese letztendlich in Zusammenhang mit dem Bedarf und den wissenschaftlichen Fakten bringen zu können. Die Arbeit gliedert sich in drei große Kapitel. Im ersten Teil meiner Arbeit werde ich auf die Geschichte der Empfängnisverhütung eingehen. Besonders wichtig sind mir hier

die Geschichte der Pille und ihre Auswirkungen auf Frauen ab 1960. Daraufhin wird sich der zweite Teil explizit mit der Pille befassen. Untergliedert ist dieses zweite Kapitel in Wirkungsweisen, Anwendungskriterien sowie negative und positive Nebenwirkungen. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema der Beratung. Genauer gehe ich hier auf die Verhütungsberatung ein, welche von mir differenziert in ärztliche und psychosoziale Beratung gegliedert wird. Bei der psychosozialen Beratung kläre ich wichtige Begriffe wie Ganzheitlichkeit und Informierte Entscheidung. Am Ende des dritten Kapitels gehe ich klärend auf den Bedarf an ganzheitlicher Verhütungsberatung ein. Abschließend gebe ich eine Zusammenfassung der Ergebnisse meiner Arbeit und beantworte anhand dieser meine Forschungsfrage. Des Weiteren werde ich einen Ausblick auf interessante Fragen bieten, die in meiner Arbeit nicht berücksichtigt wurden oder sich aus ihr ergeben haben.

2 Geschichte der Empfängnisverhütung

Die Kunst der Empfängnisverhütung geht in ihrer Geschichte bis in die Antike zurück, sogar in Aufzeichnungen von Religionen, wie des Judentums, des Christentums und des Islams, sind Methoden zur Empfängnisverhütung zu finden (vgl. Jütte, 2003, S. 25-84). Nach dem jetzigen Wissensstand sind die ältesten Aufzeichnungen über Verhütungsmittel auf ägyptischem Papyrus anzutreffen, was 4000 Jahre zurück liegt (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2000, S. 4).

In den vergangenen Jahrhunderten wurde auf verschiedenste Art und Weise verhütet. Diese Methoden ranken sich um Aberglauben und wissenschaftliche Erkenntnisse (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 61-62). So wurde eine Schwangerschaft am Anfang der Geschichte bestimmten Geistern oder Gerichten zugeschrieben, weswegen Frauen nicht baden durften oder bestimmte Gerichte nicht essen durften um zu verhüten (ebd.; Pro Familia-Bundesverband, 2000, S. 4).

In der Antike benutzte man für die Empfängnisverhütung Kot des Krokodils, gegorenen Pflanzenschleim, Tränke und Salben oder Amulette (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 63 f.). Bekannt sind auch Pessare, Räucherungen, Spülungen und Umschläge, aber der Aberglaube und die Pflanzenheilkunde spielen zu dieser Zeit immer wieder eine Rolle (ebd.).

Im Mittelalter vollzog sich nur ein kleiner Fortschritt im Bereich der Empfängnisverhütung (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 65). Verhütet wurde mit allen nur erdenklichen

Möglichkeiten (ebd.). Frauengeheimnisse wurden weitergegeben und der Aberglaube lies sich auch hier nicht aus seinen Angeln heben (ebd.). Heilkräuter, Pessare und Spülungen wurden angewandt und weiterentwickelt (ebd.).

Das 19. und 20. Jahrhundert waren Zeitalter der Aufklärung. Eine erkennbare Verfeinerung der Verhütungsmethoden war die Folge dieser Zeit. Das Kondom wurde weiterentwickelt und neue Methoden erfunden, wie die chemischen Spülungen, die Spirale, Gels und Zäpfchen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 67 f.; Jütte, 2013, S. 314). Politisch setzte man sich für sexuelle Aufklärung und Verhütungsmittel ein (vgl. Jütte, 2003, S. 245). Die Pille wurde als Methode zur Verhütung befürwortet und mit einem Rezept erhältlich (ebd.).

Empfängnisverhütung stand im 20. Jahrhundert unter der großen Überschrift der Emanzipation der Frau (vgl. Jütte, 2003, S. 239 f.). 1930 wurde ein Urteil im Landgericht Chemnitz gefällt (ebd.). Freigesprochen wurde ein Vertreter eines Sexualvereins, der in einer Mitgliederversammlung auf Verhütungsmittel aufmerksam machte (ebd.). Im Urteil hieß es, dass die verheiratete sowie unverheiratete Frau selbst bestimmen soll, wie oft sie schwanger werden möchte (ebd.).

Dieses Urteil wurde in einer Zeit gefällt, als das Wahlrecht der Frauen schon im Gesetz etabliert war, aber Propaganda für Verhütungsmittel strafrechtlich verfolgt wurde (ebd.). An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Geburtenkontrolle unmittelbar mit der Emanzipation der Frau verbunden ist und für sie einen Machtzuwachs bedeutete. (ebd.)

Unsere Gegenwart lässt den freien Umgang mit der Sexualität und den Fortschritt bei den Verhütungsmethoden erkennbar wachsen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 69.). Die Empfängnisverhütung wurde aus ihrer Tabuzone erhoben und erlangte gesellschaftlich immer mehr Relevanz und Gehör (ebd.). Traditionelle Verhütungsmethoden, wie die Spirale oder die hormonelle Kontrazeption wurden weiterentwickelt (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2009, S. 3 f.). Neue Methoden, wie die Kupferkette, das Verhütungspflaster oder der Vaginalring sind auf dem Markt erhältlich (ebd.; S. 9). Es ist ein Rückgang der Barrieremethoden für Frauen zu verzeichnen, immer weniger werden hergestellt oder ganze Produktionen eingestellt (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2009, S. 12 f.). Ebenfalls gab es bei der natürlichen Verhütung einen Modernisierungsprozess, denn der Hormon-Computer wird durch eine Software ergänzt, die die Anwenderinnen beim Erkennen von Körperzeichen unterstützen soll (ebd.). In den letzten Jahren hat sich das Angebot an Kontrazeptiva also vergrößert, es existieren neue Hormonkombinatio-

nen, neue Anwendungsformen und bessere Hormoncomputer (Pro Familia-Bundesverband, 2004, S. 4 f.).

Der Erfindungsreichtum der Menschen lässt uns daher heute auf eine große Palette an Empfängnisverhütungsmethoden zurückblicken (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 59). Denn laut Garloff und Schomann gibt es kaum ein Gebiet, auf dem der Mensch so kreativ war, wie auf dem Gebiet des Sexus und der Liebe (ebd.).

Die wohl bedeutendste Erfindung und Revolution der Empfängnisverhütung ist 1960 die Pille (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 70). Mit deren Geschichte ich mich im folgenden Punkt detaillierter befassen werde.

2.1 Geschichte der Pille

„Die Entwicklung der hormonalen Kontrazeptiva ist bis zum heutigen Tag nicht nur ein Teil der Kulturgeschichte, sondern auch ein Lehrstück für den Einfluß wissenschaftlicher Irrtümer, das Beharrungsvermögen falscher Ansichten und die Auswirkungen der ständig wechselnden Meinungen auf die Akzeptanz und Bewertung eines Medikaments, das nicht die Gesundheit und das Verhalten der einzelnen Frau, sondern auch das Bewußtsein der Gesellschaft in erheblichem Maße beeinflusst“ (vgl. Martius, 1996, S. 19).

1928 entdeckten Georg W. Corner Jr. und Willard M. Allen das Hormon Progesteron (Schwangerschaftshormon), was aus dem Gelbkörper stammt (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2000, S. 5 f.). Ein Jahr später wurde von dem Wissenschaftler Eduard Doisy das Hormon Östrogen entdeckt (ebd.). Anfänglich hatte die Forschung nicht die Verhütung von Schwangerschaften zum Ziel, sondern primär die Behandlung von Fertilitätsstörungen (ebd.). Erstmals dachte Ludwig Haberland über ein hormonelles Verhütungsmittel nach. Aber die Herstellung war seinerzeit erst nach der Isolierung der Sexualhormone möglich (ebd.).

Im Zentrum um die Erforschung der Pille stand ein gewisser Dr. Gregory Pincus, der zusammen mit Dr. John Rock arbeitete. Im Vergleich zu den zu der Zeit bekannten Verhütungsmethoden war der Vorteil der Pille ihre Erschwinglichkeit, Unkompliziertheit und Sicherheit (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 71 f.). Einziger Nachteil war die Ungewissheit über Schäden und dass plötzlich über die Hälfte der Bevölkerung medikalisiert war (ebd.).

Am 11.05.1960 gab die US-Arzneimittelbehörde die Pille als offizielles Verhütungsmittel frei (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 72; Jütte, 2003, S. 314). Als erster Ovulationshemmer kam in den USA „Enovid“ mit einer hohen Estrogendosis auf den Markt

(vgl. Martius, 1996, S. 20). Am 01.06. 1961 wurde die erste deutsche Pille herausgegeben, hier wurde die empfängnisverhütende Wirkung auf dem Beipackzettel als Nebenwirkung bezeichnet (vgl. Jütte, 2003, S. 314).

Die Pille machte seitdem eine bemerkenswerte Entwicklung durch (vgl. Staupe, Vieth, 1996, S. 24). Sie wurde als Befreiungsschlag und Revolution der Sexualität gefeiert, aber nach 1990 ist sie in ihrer Bedeutung gesunken (ebd.).

„1970 wurden in Westdeutschland über 27 Millionen Monatspackungen der Pille an den Mann bzw. an die Frau gebracht“ (Garloff, Schomann, 2013, S. 72.; vgl. Jütte, 2003, S. 315) und pharmazeutische Produkte wurden mit einem Schlag gesellschaftsfähig (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 72.). Die Pille war sehr sicher und einfach anzuwenden, die Folge war die Entkopplung von Sex und Fortpflanzung (vgl. Jütte, 2003, S. 315). Die Angst einer Schwangerschaft sank, die Männer wurden vom Kondomstress befreit und sie wirkte auf die Jugendlichen befreiend, was zur Folge hatte, dass alte und neue Moral aufeinanderprallten (ebd.).

Zur selben Zeit überschlugen sich die Nachrichten in den Medien. „Weltanschauliche und religiöse Bedenken wurden ebenso laut wie immer wieder Warner, die auf die unkalkulierbaren Nebenwirkungen verwiesen“ (Garloff, Schomann, 2013, S. 72.). Garloff und Schomann sprechen von der Pille als ein „gigantisches Hormonexperiment“, das an den verschiedenen Bevölkerungen auf der Erde durchgeführt wurde (Garloff, Schomann, 2013, S. 73.).

Doch der Scheitelpunkt des Siegeszuges war bald erreicht und die Pille wurde durch ihre zahlreichen Nebenwirkungen in Frage gestellt (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 74., Staupe, Vieth, 1996, S. 143). In der Pille sind synthetische Chemikalien enthalten, mit solchen Wirkstoffen „unternehmen wir ein gigantisches endokrinologisches Experiment an Millionen von gesunden Frauen“ (Jütte, 2003, S. 319). Es wurde eine Unmenge an Untersuchungen unternommen, um die Nebenwirkungen der Pille aufzudecken, nachdem sie als Arzneimittel zugelassen wurde (ebd.). Durch niedriger dosierte Pillen, neue Gestagene und neue Formen der Anwendungen konnten einige Risiken gemindert werden (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2000, S. 9).

1982 kam die zweite Phase der Pillengeneration auf den Markt und drei Jahre später die dritte Phase (vgl. Jütte 2003, S. 319). Beide enthalten geringere Anteile an Progesteron und Estrogen, aber auch andere Zusammensetzungen (ebd.). Trotz dieser Neuerungen konnten einige Nebenwirkungen auf bestimmte Risikogruppen nicht gemindert werden

(ebd.). Immer noch kontrovers diskutiert ist der Zusammenhang zwischen Krebs und der Einnahme der Pille (vgl. Jütte, 2003, S.320).

35 Jahre nachdem die Pille auf den Markt kam, ist sie schon fast eine Selbstverständlichkeit und es existieren 60 verschiedene Pillenprodukte (vgl. Staupe, Vieth, S. 131).

Heute im 21. Jahrhundert verhüten in Deutschland 62%, also rund eine Milliarde Frauen weltweit mit der Pille und ihren unterschiedlichen hormonellen Versionen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 74 f.). Die Pille ist gerade durch ihre Sicherheit und bequeme Anwendung das beliebteste Verhütungsmittel (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 15.). Sie ist zum Präventionsmedikament geworden, man schluckt sie auch wenn man keine feste Partnerschaft hat, nur um bereit zu sein (vgl. Staupe, Vieth, 1996, S. 63). Es ist gang und gäbe geworden, sich selbst zu regulieren, in einer Zeit, in der Zustände abgerufen oder eingerichtet werden (ebd., S. 69). Garloff und Schomann vermuten, dass immer wieder aufkommende Kritik an der Pille sie umso populärer machte, es sprach sich eher die Sicherheit herum als das Bewusstsein für die Nebenwirkungen zu stärken (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 91.).

Die Antibabypille hat die Praxis der Empfängnisverhütung revolutioniert und dennoch sind traditionelle Verhütungsmittel nicht in den Hintergrund gerückt und entwickeln sich stets weiter (vgl. Jütte, 280, S. 299 f.). Vor dem 1. Weltkrieg lag der Coitus Interruptus an erster Stelle, an zweiter die Vaginalspülung und an dritter das Kondom (ebd.). Heute zeigt sich ein ganz anderes Bild. An erster Stelle steht die hormonelle Kontrazeption, an zweiter das Kondom und an dritter das Pessar sowie die Spirale. Erkennen lässt sich hier, dass sicheren Methoden der Vorzug gegeben wird (ebd.)

Die Forschung an neuen Formen oder Gestagenen hört nicht auf, wie z.B. die Hormonspritze, Implantate oder Pflaster (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2000, S. 10). Heute finden wir diese Formen der Anwendung in der Praxis wieder (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2014, S. 4 f.). An der Pille für den Mann wird geforscht, es ist aber noch nicht gelungen, ein derartiges Produkt auf den Markt zu bringen (vgl. Jütte, 2003, S. 323).

Die Pille hat eine internationale Dimension und steht im globalen Diskurs zum Problem der Überbevölkerung, welches die Pille lösen könnte (vgl. Silies, S. 429 ff.). Sie ist somit ein transnationales Phänomen und wirkt aufgrund dessen länderübergreifend (ebd.). Die Pille als Generationserfahrung revolutionierte die Sexualität als ein Mittel, das zuverlässige Familien- und Kinderplanung ermöglichte und sexuelle Lust von Fortpflanzung trennte (ebd.; Staupe, Vieth, 1996, S. 11).

Aufgrund dieser großen Bedeutung der Pille stellt sich mir die Frage, welche konkreten Auswirkungen die Pille auf die Frauen hatte.

2.1.1 Auswirkungen der Pille auf Frauen ab 1960

Die Verhütung ist seit den 1930er Jahren wieder Frauensache. Zuverlässigkeit spielt genauso eine Rolle wie Anwendungsfreundlichkeit und das gesundheitliche Risiko. Doch solche Präferenzen können sich im Laufe der Zeit ändern und das aus verschiedensten Gründen (vgl. Jütte, 2003, S. 301). Nach dem zweiten Weltkrieg begann eine erneute Welle der Emanzipation der Frau. Forderungen waren die berufliche Gleichstellung und das Recht auf Schwangerschaftsabbruch und freien Zugang zu Verhütungsmitteln (vgl. Jütte, 2003, S. 244, Staupe, Vieth, 1996, S. 55).

Die Frauen sahen in der Empfängnisverhütung eine von ihnen ausgehend gelenkte Selbstständigkeit im Bezug auf ihren Körper und ihre Sexualität (vgl. Jütte, 2003, S. 242). In der Frauenbewegung kämpfte man daher um das Recht der politischen Gleichberechtigung und einer eigenständigen Familienplanung (vgl. Jütte, 2003, S. 244 f.). Die Frauen sind zu der Zeit gegen eine staatliche Regulierung der Geburten, demnach bedeutet Emanzipation der Frau unter anderem auch eine Planbarkeit der eigenen Produktionsfähigkeit, welche durch die Pille ab 1960 sogar noch begünstigt wurde (ebd.).

Nach dem Nationalsozialismus mit seiner Rassenhygiene, der die Entwicklung der Frauenbewegung unterdrückte, knüpfte man mit der Gründung des Vereins Profamilia nach dem 3. Reich schnell wieder an die Tradition der Weimarer Republik an, in der schon 1919 Sexualberatungsstellen gegründet wurden, um mit Hilfe der Verhütungsberatung aufzuklären (Jütte, 2003, S. 257, S. 260 f.).

In den sechziger und siebziger Jahren waren die Entwicklungen in der generationellen und geschlechtlichen Beziehung durch die Pille bedeutend (vgl. Silies, 2010, S. 425 f.). Die Pille ermöglichte jungen Frauen Erfahrungen mit Sexualität und Verhütung zu machen, die den Frauen in der vorherigen Generation verwehrt wurden (ebd., Staupe, Vieth, 1996, S. 11). Sexualität konnte ohne Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft gelebt werden (ebd.). Eine Enttabuisierung des Themas der Sexualität und Empfängnisverhütung war die Folge (ebd.). Die Familienplanung konnte gezielter gesteuert werden, was verbesserte Arbeitsmarktchancen bedeutete (ebd.). Jütte beschreibt diese Beobachtung mit einem Wertewandel in den Industrienationen (vgl. Jütte, 2003, S. 280). Religiöse Normen haben an Bedeutung verloren und dies betrifft insbesondere Vorschriften des Sexualverhaltens (ebd.). Kirchliche Normen werden durch eigene

Werte und Regeln ersetzt, somit kann von keinem Sittenverfall die Rede sein (ebd.). Es wurde zwar voreheliche Sexualität praktiziert, aber man ging auch in der Regel eine längere Beziehung zu einem festen Partner ein (vgl. Silies, 2010, S. 428).

Die Pille wurde zu einem Symbol befreiter Sexualität, von Sünde und Prostitution, Fremdbestimmung, aber auch ein Symbol für Autonomie (vgl. Jütte, 2003, S. 317). Feministinnen sagen, dass die Pille zur Entkoppelung der Frau geführt hat (ebd.). Ein lang ersehnter Traum der Selbstbestimmung wurde wahr und die Frauenbewegung befürwortete anfänglich die Pille (ebd.). Aber im Laufe der Zeit änderte sich die Haltung und das Verhältnis wurde zwiespältig (ebd.). Einerseits wollte man sich von den naturbestimmten Fesseln lösen, aber andererseits auch die Natürlichkeit des weiblichen Zyklus schützen (vgl. Staupe, Vieth, 1996, S. 58). Vorwürfe, die Pille würde die Frauen medikalisieren, wurden laut (vgl. Jütte, 2003, S. 317). Doch das positive Image der Pille änderte sich nicht (ebd.). Es etablierte sich die Utopie von einer intelligenten, schönen Geliebten (vgl. Staupe, Vieth, 1996, S. 37).

In der DDR gehörte die Pille zum Bild der starken Frau im Sozialismus dazu (vgl. Jütte, 2003, S. 318). Es wurde der Begriff „Wunschkindpille“ kreiert, denn im Vordergrund sollte nicht die Verhütung einer Schwangerschaft stehen, sondern die Geburt zur richtigen Zeit (vgl. Staupe, Vieth, 1996, S. 149 f.).

Die Pille veränderte das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Früher musste ein Arzt praktisches Wissen über manuelle Methoden haben und heute reichen das Wissen über den Beipackzettel und zum Verschreiben ein Rezeptblock. Damals gingen die Frauen zum Arzt, weil er der Experte war, der das Wissen über die verschiedenen Methoden hatte, heute kommen sie in die Praxis und verlangen gleich nach einem Ovulationshemmer (vgl. Jütte, 2003, S. 318). Durch die Verschreibungspflicht der Pille wurde ein privater Bereich medikalisiert und politisch aufgeladen (vgl. Silies, 2010, S. 431).

Bald wurden Stimmen laut, die die Pille kritisch sahen, denn sie hatte teilweise gravierende Nebenwirkungen (vgl. Jütte, 2003, S. 319; Silies, 2010, S. 427). Ärzte warnten vor den Nebenwirkungen der Pille, aber zu allererst kam die Liebe und danach die Gefahr (vgl. Staupe, Vieth, 1996, S. 23). „Im Herbst 1961 hatte die Firma Searle über 132 Fälle von Thrombosen und Embolien registriert“ (Jütte, 2003, S. 319). 1970 erklärt Dr. Hugh J. Davis von der Johns-Hopkins-Universität auf einer Anhörung von Experten im amerikanischen Senat (Nelson Hearings): „Noch nie in der Geschichte haben so viele Menschen so starke Medikamente mit so wenig Informationen über tatsächliche und potentielle Risiken genommen“ (Jütte, 2003, S. 319). Folge dieser Furcht vor der Pille

war, dass sich einige Frauen starkmachten und ihr Recht einklagten, auch um über das Verhütungsmittel aufzuklären (vgl. Jütte, 2003, S. 320).

„Zur Zeit gibt es weltweit ca. 1 Milliarde Frauen im gebärfähigen Alter“ (Jütte, 2003, S. 320), ungefähr 70-80 Millionen von ihnen nehmen die Pille (ebd.). Im Vergleich dazu waren es 35 Jahre nach Einführung der Pille 60-80 Millionen Frauen weltweit (vgl. Staube, Vieth, 1996, S. 143).

Auch der für Frauen aufgeschobene Kinderwunsch war eine Folge der Pille (vgl. Beck-Gernsheim, 2011, S. 3). Sie begannen auf den richtigen Zeitpunkt zu warten, wenn alle Gegebenheiten stimmten, aber für manche gibt es nie den richtigen Augenblick (ebd.). Verhütung wurde von der Möglichkeit zur Pflicht des aufgeklärten Staatsbürgers, was zur Folge hatte, dass die Schwangerschaft ein Störfaktor war, den man minimieren musste, um bessere Chancen im Bildungssystem und auf dem Arbeitsmarkt zu haben (vgl. Beck-Gernsheim, 2011, S. 4). Ein neues Bild der Frau wird sichtbar, sie ist aufgeklärt, aktiv und dynamisch, sie plant langfristig und rational ihr Leben durch und überlässt die Biologie auch nicht dem Zufall (ebd.). Aufgrund der Tatsache, dass die Voraussetzungen, schwanger zu werden mit dem fortschreitenden Alter einer Frau immer schlechter werden, entwickelt sich die Reproduktionsmedizin enorm weiter, um diesem neuen Problem entgegenzuwirken (vgl. Beck-Gernsheim, 2011, S. 5 f.). Diese Wahlfreiheit der Pille entwickelt demnach von ganz allein neue Ängste, Zwänge, Abhängigkeiten und Risiken, denen die Frauen nun gegenüber treten müssen (ebd.; Pro Familia-Bundesverband, 2000, S. 13).

Ein weiterer Aspekt sollte nicht aus den Augen gelassen werden. Auf dem Anti-Aging-Kongress in Heidelberg 2000 befasste man sich mit dem Thema der Pille als Life-Style-Drug (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2001, S. 8). Die Menschen wünschen sich ein langes und gesundes Leben (ebd.). Demzufolge ist die Nachfrage nach sogenannten Life-Style-Medikamenten, die diesen Wunsch nach Wohlbefinden und Gesundheit steigern, groß (ebd.). Die Pille bessert nicht nur die Gesundheit, indem sie z.B. das prämenstruale Syndrom lindert, sie verbessert das Hautbild oder lässt fettige Haare Vergangenheit werden (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 98 f.) Deutlich wird hier ein Trend, dass die Begleitwirkungen der Pille in den Vordergrund rücken und nicht mehr nur allein die eigentliche Wirkung, nämlich die der Empfängnisverhütung (Pro Familia-Bundesverband, 2001, S. 7).

Nach dem Stand von 2004 legen Frauen immer mehr Wert auf eine vereinfachte Form der Einnahme und geringere Nebenwirkungen, wie Gewichtszunahme oder Verbesse-

rung der prämenstrualen Beschwerden (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2004, S. 4-7). Die Pharmaindustrie reagiert deshalb mit neuen Anwendungsformen und niedriger dosierten Hormonpräparaten, die nicht mehr täglich eingenommen werden müssen (ebd.). Heute finden wir trotz all der Kritik und Debatten über die Nebenwirkungen eine ausgewogene und kritische Haltung gegenüber den Verhütungsmethoden und ein vermehrtes Interesse an Informationen (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2000, S.13).

Meiner Meinung nach bringt Eva-Maria Silies die Bedeutung der Pille für Frauen ab 1960 auf den Punkt. Sie sagt, dass die Pille von einer Mehrdeutigkeit und Wechselhaftigkeit geprägt sei und sich mit einem Trias von Erfahrungen verbinden lasse, denn sie sei eine Last, aber auch ein Weg zu Lust und Liebe (vgl. Silies, 2010, S. 431). Was macht die Pille genau zur Last und weshalb begünstigt sie die Lust und Liebe? Für die Beantwortung dieser Fragen setze ich mich genauer mit der Pille auseinander, kläre Wirkungsweisen sowie positive und negative Nebenwirkungen und das Verhütungsverhalten der Pillennutzerinnen.

3 Die Pille

Die Pille ist zu einer Selbstverständlichkeit geworden, über die man sich nicht mehr allzu viele Gedanken macht (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 150). Man nimmt lieber die Pille ein, als sich mit Problemen, die bei einer ungewollten Schwangerschaft auftreten könnten, auseinanderzusetzen (ebd.). Garloff und Schomann bezeichnen diesen Fakt als „Medikamenten Gläubigkeit“, der wir als Patienten ausgesetzt sind (ebd.).

Die Pille gehört zu den sogenannten Blockbustern in der Pharmaindustrie. Dies sind Medikamente, die sich milliardenfach verkaufen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 13). Widersprüchliche Berichte über die Pille zeigen, dass nicht jede dieser Meinungen richtig sein kann. Es existieren augenscheinlich zwei Lager, deren gegensätzliche Standpunkte Pillennutzerinnen verunsichern können (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 158). Aus diesem Grund erachte ich es für wichtig, erst einmal die Wirkungsweise der Pille zu verstehen, um dann mit diesem Verständnis ein detaillierteres Bild von positiven sowie negativen Nebenwirkungen zeichnen zu können.

3.1 Wirkungsweise

Die Pharmakognosie (Lehre vom Erkennen der Arzneimittel und ihrer Rohstoffe) erforscht die chemische Zusammensetzung der Pflanzenwelt, zerlegt sie in ihre einzelnen

Wirkstoffe und filtert diese heraus, unabhängig vom Gesamtgebilde der Pflanze. Sie mixt die einzelnen Fermente neu zusammen und entwickelt ein neues Medikament, wie die Pille (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 13 f.). Dabei ist nach Naturheilkundlern die Gesamtheit der Pflanze viel wirkungsvoller und synthetisch hergestellte Wirkstoffe können hohe Nebenwirkungen haben (ebd.).

Es wird bei der Pille zwischen drei Präparattypen unterschieden: die Einphasenpräparate, die Zwei- und Dreistufenpräparate und die Zweiphasenpräparate (vgl. Martius, 1996, S. 21). Sie versetzt mit ihrer Wirkung den Körper in eine künstliche Schwangerschaft (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 7). Hierfür werden synthetische Hormone verwendet (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 92). Die natürlichen Hormone sind chemische Botschafter, die vom Körper gebildet werden und bestimmte Körperfunktionen regulieren, wie zum Beispiel die Frau auf eine Schwangerschaft vorbereiten (ebd.). Hormontypen, die für den Zyklus der Frau wichtig sind, sind Estrogene und bezeichnen die wichtigste Gruppe der weiblichen Sexual-Hormone, auch Östrogene genannt (sie fördern die Reifung einer befruchteten Eizelle) und Gestagene (sie verhindern die Reifung einer weiteren Eizelle und sind die zweitwichtigste Gruppe der weiblichen Sexual-Hormone), sowie Progesteron (sie stimulieren die Gebärmutter und bereiten auf die Schwangerschaft vor) (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 93 ff., Martius, 1996, S. 23-26).

Heutige Pillen enthalten, wie schon genannt, synthetische Hormone. Diese sind synthetische Estrogene, die mit synthetischen Gestagenen kombiniert werden, somit die Eireifung und Ovulation unterdrücken und dadurch eine künstliche Menstruation herbeiführen (ebd.; vgl. Meisenbacher, 2006, S. 27, Martius, 1996, S. 23). Die natürlichen Sexualhormone, wie Estradiol und Progesteron, kommen für die Verwendung in Pillen nicht zum Einsatz (vgl. Meisenbacher, 2006, S. 28). Sie haben eine zu niedrige Bioverfügbarkeit und wirken daher zu unzuverlässig (ebd.). Die meisten Präparate unterscheiden sich durch ihre verschiedenen Gestagene (ebd.). In der Zeit um 2006 hatten die Pillennutzerinnen die Wahl zwischen 11 verschiedenen Präparaten, die bestimmte Nebenwirkungen minimieren oder andere Wirkungen verstärken sollten (ebd.). Es wird dabei zwischen drei Generationen der Pille unterschieden (ebd.). Die Unterschiede liegen in ihrer Dosierung des Estrogens und Zusammensetzung mit anderen Wirkstoffen sowie Gestagen (ebd.).

Die dritte Generation wird verdächtigt, häufiger Thrombose auszulösen als die der zweiten Generation (vgl. Meisenbacher, 2006, S.38). In ihr sind Estrogene enthalten und

neuere Gestagenkomponenten wie Desogestrel, Estonogestrel und Gestoden (ebd.). Welche Gründe und Bedürfnisse führen die Pillennutzerinnen dazu, dieses Medikament einzunehmen und was gibt es für Auswahlkriterien?

3.2 Verhütungsverhalten und Anwendungskriterien

Das Verhütungsverhalten sollte in keinem Fall von falschen Überbevölkerungstheorien geleitet sein. Viel wichtiger ist es, auf seine eigenen Bedürfnisse zu achten und zu entscheiden, was gut und normal ist (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 24).

Eine Studie der Bundeszentrale für Gesundheit 2000 fand heraus, dass die Verhütung von der Lebensform und von der Einstellung zu der Verhütungsmethode abhängt (Bundeszentrale für Gesundheit, 2000, S. 8). Bestimmte Faktoren bestimmen dabei das Verhalten der Pillennutzerinnen (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2011, S. 3). Drei Faktoren kann man daher in einem kontrazeptiven Dreieck zusammenfassen: Anwenderin, Methode und Fachperson (ebd.). Der Faktor Anwenderin beinhaltet ihre Motivation, mit einer Methode anzufangen oder fortzufahren, ihr Alter und ihre Lebensphase, ihr soziokultureller Hintergrund, ihre Persönlichkeitsmerkmale und ihre subjektiven Erfahrungen mit Methoden (ebd.). Der Faktor Methode meint den Anwendungsmodus sowie die Nebenwirkungen. Der Faktor Fachperson beschreibt die Fähigkeit, zu motivieren, zu informieren und Hilfe bei der Entscheidungsfindung zu geben (ebd. S. 4). Sie begleitet im Bezug auf Motivationsstörungen, Erfahrungsaustausch und Einschätzung der Erlebnisse (ebd., S. 4).

Es gibt gute Gründe zu verhüten: wenn ein Paar zu jung ist, wenn die geplante Kinderzahl erreicht ist sowie bei wechselnden Partnern, die nicht als Ehe- oder Lebenspartner erwogen werden (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 28 ff.). Es ist also wichtig zu verhüten, vor allem richtig, sicher und ohne gesundheitliche Schäden (ebd.).

Eine Verhütungsmethode muss also sicher sein, darf keine Nebenwirkungen haben, soll heilsame Effekte besitzen, leicht anzuwenden sein und ohne Komplikationen oder Zeitverlust einhergehen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 57). Des Weiteren sollte sie kostengünstig und vor allem gefühlsecht sein, um dem Akt keine Spontaneität zu nehmen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 230).

Trotz der Skepsis und der Weiterentwicklung altbekannter Verhütungsmethoden, wie das Kondom, nehmen rund eine Million Frauen die Pille (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 75). Der Grund dafür, dass die Pille das am häufigsten angewandte Verhütungsmittel ist, liegt mit Sicherheit in der Erfüllung der meisten Kriterien. Denn die Pille ist bequem

und sicher (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 91; Bundeszentrale für Gesundheit, 2000, S. 19). Sie toleriert kleinere Anwendungsfehler und wird daher meist als Einstieg in die Verhütung verwendet (vgl. Martius, 1996, S. 16; Heuer, 1968, S. 144 f.). Außerdem stellt sie keine gefühlsmäßige Barriere dar und ist auf Rezept überall zu erhalten (ebd.). Jedes Mittel stellt letztendlich einen Kompromiss zwischen individuellen Gegebenheiten wie Lebenssituation, Familienplanung und Gesundheitszustand dar (vgl. Martius, 1996, S. 15). Die Frau entscheidet sich in der Konsequenz für die Methode, die mit ihren gesetzten Prioritäten harmoniert (ebd.). Z. B. schätzen Frauen, die natürlich verhüten, die Freiheit von chemischen Stoffen. Frauen, die das Kondom verwenden, legen einen größeren Wert auf die Teilnahme des Partners (Bundeszentrale für Gesundheit, 2000, S. 19). Die Eigenschaften der Pille sowie Spirale deuten, wie schon erwähnt, darauf hin, dass die Nutzerinnen die Bequemlichkeit und die Freiheit des sexuellen Erlebens wertschätzen (ebd.).

Um eine Entscheidung für das geeignetste Mittel zu fällen, bedarf es, meiner Meinung nach, einer ausreichenden Information über Vor- und Nachteile, Nutzen und Risiken und anderen Möglichkeiten. Was sind folglich die Nebenwirkungen der Pille und welche davon sind positiv und welche negativ?

3.3 Nebenwirkungen

Die Pille ist eine chemische Erfindung und jeder sollte wissen, dass Chemie dem Körper beträchtliche Schäden zufügen kann (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 7). „[M]an kann nicht hoffen, massiv in einen Prozess an einer beliebigen Stelle im Körper eingreifen zu können, ohne andere Wirkungen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen ebenfalls hervorzurufen“ (Garloff, Schomann, 2013, S. 123). Langzeitstudien zeigen die Folgen von jahrzehntelanger Einnahme der Pille (ebd.). Die Zuverlässigkeit der Pille ist mit einem hohen gesundheitlichen Risiko verbunden (vgl. Martius, 1996, S. 17). Die resultierenden Schäden wurden von der Pharmaindustrie systematisch heruntergespielt (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 97 f.).

Die Pharmazeutische Industrie macht hauptsächlich auf die positiven Eigenschaften der Pille aufmerksam und hat hauseigene Experten, die die Pille auch aus guten Gründen befürworten (ebd.). Aber auch negative Nebenwirkungen finden ihren Platz in den Medien und Beipackzetteln (ebd.). Nebenwirkungen lassen sich teilweise aber nicht immer eindeutig dem jeweiligen Estrogen oder Gestagen zuordnen (vgl. Meisenbacher, 2006, S. 31 f., Martius, 1996, S. 20). Frauen nehmen trotz der Nebenwirkungen die Pille wei-

ter, weil die Angst einer ungewollten Schwangerschaft zu groß ist und damit die empfängnisverhütende Wirkung stärker wiegt (vgl. Heuer, 1968, S. 93-99). Mögliche Schäden für den Körper der Frau sind der Preis, ohne Angst Sex zu genießen (vgl. Staupe, Vieth, 1996, S. 60).

Die Pille ist zweifellos ein Thema, über das sehr hart und scharf diskutiert wird. Gerade wegen solcher sich widersprechenden Positionen, Meinungen und Forschungsergebnisse ist es aus meiner Sicht wichtig, den Überblick zu behalten. Es gibt immer noch zu wenige aussagekräftige Daten über die Nebenwirkungen von Pillenpräparaten (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2009, S. 8). Die Daten zu gesundheitlichen Risiken sind zu unterschiedlich, als dass man eine eindeutige Aussage machen könnte (ebd.). Eine objektive Meinung lässt sich, meiner Meinung nach, nur bilden, wenn positive sowie negative Aspekte der Pille offengelegt werden, um sie dann für sich selbst auswerten und bewerten zu können.

3.3.1 Positive Nebenwirkungen

Die positiven Nebenwirkungen der Pille sind sehr vielseitig. Eine Linderung des Prämenstruellen Syndroms (PMS), eine Hilfe gegen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Wassereinlagerungen, Gewichtszunahme, pickelige oder gerötete Haut oder fettiges Haar ist zu beobachten und sogar gutartige Brustkrankungen können seltener vorkommen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 98 f., Meisenbacher, 2006, S. 32). Die Pille hat auf jüngere Frauen häufiger positive Auswirkungen als auf ältere. Scheinbar ist der Einnahmezeitpunkt entscheidend, ob Nebenwirkungen positiv oder negativ sind (vgl. Meisenbacher, 2006, S. 33). Der Grund dafür ist, dass bei steigendem Alter die Risikofaktoren an bestimmten Krankheiten zu erkranken, steigen, welche wiederum das Risiko erhöhter Komplikationen mit den Ovulationshemmern hervorrufen (vgl. Martius, 1996, S. 124).

Gerade die Gruppe der Teenager wird mit diesen positiven Nebenwirkungen angesprochen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 98 f.). In einem Originaltext sehen diese positiven Aspekte der Pille wie folgt aus: „Meist steht das Gesicht in voller Blüte, wenn man gerade heute Abend auf die tolle Party gehen und sich richtig hübsch machen will. Aber auch schon ein paar Hautunreinheiten und fettiges Haar können dich auf die Palme bringen [...] Die Einnahme von Pillen mit bestimmten Wirkstoffen kann [...] bei Problemen wie fettiger Haut und fettigem Haar Abhilfe schaffen. Und das meist schon innerhalb von zwölf Wochen! Dann bist du mit deinem Aussehen zufriedener und das

nicht nur während deiner Periode, sondern immer. Jeden Tag.“ (Garloff, Schomann, 2013, S. 98).

Die wünschenswerten Effekte auf Haut und Haar lassen sich dem Wohlbefinden zuschreiben und beeinflussen somit den Lifestyle (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2001a, S. 7). Diese Wirkungen werden auch in der Werbung betont. Novial®: „Die Pille mit der man sich sehen lassen kann“, Balera®: „Schönheit hat einen neuen Namen“, Petibelle®: „Verhütung, die nicht ins Gewicht fällt“, Yasmin®: „Eine besondere Pille, die eine gute Figur macht“ (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2001a, S. 7).

Aber nicht nur Lifestyle Aspekte gehören zu den positiven Nebenwirkungen, durch die Pille wird der Sex nicht unterbrochen und kann spontaner stattfinden (vgl. Siegel, Keil, 1993, S. 109). Positiv zu erwähnen sind auch die zahlreichen therapeutischen Anwendungen der Pille. Zum Beispiel bei Blutungsstörungen, schmerzhafter Menstruation, Erkrankung der Gebärmutter Schleimhaut, Eierstockzysten, bei gutartigen Brustkrankungen, Akne und Haarausfall (vgl. Martius, 1996, S. 34 f.). Doch eine Medaille hat meiner Meinung nach immer zwei Seiten. Wie verhält es sich daher mit den negativen Nebenwirkungen der Pille?

3.3.2 Negative Nebenwirkungen

Negative Nebenwirkungen sind aktuell in den Medien vertreten. Die Rede ist meist von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Thrombosen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 74). Sehr kleingedruckt steht in den Beipackzetteln sogar ein Zugeständnis weniger gravierender Nebenwirkungen (ebd.). Die Einnahme der Pille kann zu „Kopfschmerzen, Depressionen, Schlafstörungen, Zwischenblutungen, Ausfluss, Hautausschlag, Gewichtszunahme, Übelkeit und Spannung in den Brüsten führen“ (Garloff, Schomann, 2013, S. 97, Sielert, Keil, 1993, S. 109).

Es gibt Untersuchungen, die eindeutig und objektiv die negativen Nebenwirkungen der Pille belegen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 100). Eine dieser Publikationen ist Meyler's Side Effects of Drugs (MAED), ein Standardwerk, in dem es um Arzneimittel-Nebenwirkungen geht (ebd.). Van Treek, der Autor des Buches „Das Kontrazeptions-Syndrom“ zeigt mit seiner zeitaufwendigen Methode, in der er 6000 Pillennutzerinnen über Jahrzehnte beobachtete, detailliert die Nebenwirkungen der Pille (Garloff, Schomann, 2013, S. 146). Und „[i]n der Cancer Research UK Epidemiology Unit in Oxford (England) fand Valerie Beral im Jahre 2003 heraus, dass durch die längere Einnahme der Anti-Baby-Pille leichter Gebärmutterhalskrebs auftreten kann“ (Garloff,

Schomann, 2013, S. 97) und dass das Risiko mit der Dauer der Einnahme steigt (ibd.). Unter anderem ist das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, erhöht. „Die International Agency for Resarch on Cancer der Weltgesundheitsorganisation, stufte im Sommer 2005 kombinierte Estrogen-Progesteron-Verhütungsmittel als krebserregend ein“ (Garloff, Schomann, 2013, S.98) und das National Cancer Institute in den USA und die International Agency for Research on Cancer in Lyon (Frankreich) machen auch auf den Krebsfaktor aufmerksam (ibd.). Die Gefahr an Gebärmutterhalskrebs, Leberkrebs und Brustkrebs zu erkranken, wird durch die Pille erhöht (ibd.). Schwerwiegende Nebenwirkungen, wie Beeinträchtigung des Geschlechtstriebes, schwere Migräneanfälle, plötzlich auftretende Sehstörungen, Thrombosen (Blutgerinnung innerhalb der Venen), Lungenarterienembolien (Verschluss einer Schlagader), Gelbsucht, hoher Blutdruck, Knoten in der Brust und ein erhöhtes Krebsrisiko lassen sich nicht mehr leugnen (ibd., S. 97).

Die tatsächliche Anzahl der Nebenwirkungen der Pille ist enorm groß. Betroffen sind Systeme wie das Stoffwechsel-System, Herz- und Kreislauf-System, das Hormon-System, das Immunsystem, das Nervensystem und die Psyche (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 143, Martius, 1996, 43-49).

Stoffwechselstörungen können den Kohlenhydrat- und den Fettstoffwechsel betreffen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 102-105). Zum Beispiel werden offenbar durch die Pille die Blutfette erhöht, was wiederum zu einem leicht erhöhten Risiko führt, an Arteriosklerose zu erkranken (ibd.). Die Umwandlung der Kohlenhydrate funktioniert nicht mehr so wie sie es sollte und es wird weniger Energie aus der Nahrung bezogen als es nötig wäre (ibd.). Des Weiteren werden der Vitaminstoffwechsel und Mineralhaushalt gestört, was wiederum zu Vitaminmangelerscheinungen führen kann (ibd.). Mit diesen Störungen ist aber noch nicht das Ende der Auflistung erreicht. Der Blutstoffwechsel, das Verdauungssystem, der Hautstoffwechsel, der Leberstoffwechsel werden durch die Pille ebenfalls gestört (ibd.).

Sieht man noch genauer hin, ist „[...] die Beziehung zwischen Pillengebrauch und Gallenblasenerkrankungen [...] schon länger diskutiert. Eine Studie fand bereits 1975 heraus, dass die Wahrscheinlichkeit einer notwendigen Gallenblasenoperation bei Pille-Benutzerinnen zweimal so hoch ist wie bei Nicht-Benutzerinnen.“, (Garloff, Schomann, 2013, S. 106).

Ein weiterer großer Bereich sind die Herzkreislaufstörungen. Ich erwähnte schon, dass die Pille das Risiko, an Arteriosklerose zu erkranken, erhöht. Aus diesem Grund ist es

kein Wunder, dass Frauen, die die Pille nutzen, an Herz-Kreislaufstörungen und unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden können (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 111 ff.). Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Mikrothrombosen und dadurch entstehende Gefäßwandveränderungen, Herzrhythmusstörungen mit einhergehender Unruhe und Panik sind die Folge (ebd.). Gerinnungsstörungen, wie Thrombosen und Herzinfarkte, treten bei Pillennutzerinnen doppelt so häufig auf wie bei Frauen, die die Pille nicht benutzen (ebd.). Studien von 1984, 1986, 1988, 1989 belegen die Erhöhung von Risiken, an Gehirnblutungen, Durchblutungsstörungen, Darminfarkten, Hirninfarkten und Herzinfarkten zu erkranken, denn die Pille verursacht den Anstieg der Gerinnungsfaktoren (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 113 f.).

Der zweite große Bereich sind die Auswirkungen auf das Hormonsystem. Diese werden durch die Blockierung der Hirnanhangdrüse erklärt (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 124 ff.). Die Hirnanhangdrüse ist die wichtigste Drüse für die Entstehung von Hormonen und reguliert Drüsen wie Schilddrüse, Nebennierenrinde und Eierstöcke (ebd.). Nebenwirkungen wie Spannungen in den Brüsten und Zyklusstörungen nach Absetzen der Pille, eine Erhöhung des Fehlgeburtenrisikos oder sogar eine Post-Pillen-Sterilität sind zu beobachten (ebd.). Es kann sogar zu einer Vergrößerung der Schilddrüse kommen. Durch die Unterdrückung des Hormons Cortisol ist anzunehmen, dass der Diabetes Typ 2 ausgelöst wird (ebd.).

Der dritte große Bereich sind die Störungen des Immunsystems. Es ist sehr fein abgestimmt (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 133 f.). Untersuchungen zeigten, dass die Anwendung der Pille das Immunsystem schädigen kann, denn Pillennutzerinnen haben häufiger gewisse Infekte als Frauen, die die Pille nicht einnehmen (ebd.). Vermehrt treten Harnwegsinfekte, Nebenhöhlenentzündungen, Entzündungen der Luftröhre und Bronchien auf (ebd.). Es gibt die These, dass künstliche Estrogene bei Prostata- oder Blutkrebs Immunantworten unterdrücken. Lebertumore und Gebärmutterhalskrebs sind mögliche Erkrankungen, die durch die Pille hervorgerufen werden können (ebd.).

Auch die Psyche und das Nervensystem sind betroffen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 139). Kopfschmerzen und Migräneanfälle, schwarze oder negative Emotionen, negative Veränderungen der Libido sind das Resultat (ebd.).

Zusammengefasst betreffen die Nebenwirkungen die gesamte Gesundheit und schwächen sie. Folglich treten noch andere Probleme auf, auch Van Treek ist mit seinen Beobachtungen zu diesem Ergebnis gekommen (Garloff, Schomann, 2013, S. 107, S. 147). Die Nebenwirkungen sind anfänglich vielleicht nur nebensächlich, können sich aber im

Laufe der Zeit zu Krankheiten auswachsen, die beträchtliche Schäden anrichten oder sogar zum Tod führen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 143).

Garloff und Schomann glauben, dass die Nebenwirkungen, die wir in der Literatur finden können, nur die Spitze des Eisberges darstellen (Garloff, Schomann, 2013, S. 115). Ärzte sind verpflichtet, negative Erfahrungsberichte weiterzugeben, daher fragen sich Gerolf und Schomann, ob sie das in einem ausreichenden Maße tun (ebd.). Sie sind der Meinung, dass sie dies nicht tun, denn zum einen berichten nicht alle Patienten über auftretende Nebenwirkungen und zum anderen können Ärzte auf Grund von Zeitmangel sich nicht allen Nebenwirkungen widmen und ihnen nachgehen, denn hiermit sei kein Geld zu verdienen (ebd.). Unerwünschte Nebenwirkungen werden mit anderen Medikamenten therapiert, die wiederum neue Nebenwirkungen auslösen können (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 106). Hier entstehen ein nicht aufzuhaltender Kreislauf und die schon spürbare Medikalisierung der Menschen (ebd.). Garloff und Schomann sagen, dass offensichtlich systematische, aussagekräftige Untersuchungen über Nebenwirkungen nicht stattfinden würden (ebd., S. 115). Wir leben nach diesen Überlegungen nicht in einem Informationszeitalter, sondern in einem Desinformationszeitalter (ebd.). Wie kann eine ganzheitliche Verhütungsmittelberatung diesem Umstand entgegen wirken? Dafür kläre ich im nächsten Kapitel grundlegende Dinge der Beratung und explizite, die der ärztlichen und psychosozialen Beratung.

4 Beratung

Der Begriff der Beratung lässt sich auf das altgermanische Wort „rat“ zurückführen, was so viel bedeutet wie „Mittel, die zum Lebensunterhalt nötig sind“ (vgl. Wenzel, 2013, S. 15). Die Beratung ist eine weitverbreitete und vielfältige Hilfeform, bei der eine Interaktion von mindestens zwei Beteiligten stattfindet (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S.13). Der Begriff der Beratung lässt sich nicht eindeutig bestimmen. Dennoch lassen sich nach Nestmann, Engel und Sickendieck zwei Auffassungen zusammenfassen. Einmal soll Beratung mit Hilfe einer besonderen Gesprächstechnik informieren und zum anderen ist sie eine kleinere Therapie, die sich an klinisch-psychologischen Referenzkonzepten orientiert (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 33). Entlang dem Begriff der Beratung entwickeln sich eine eigenständige Theorie und Praxisrahmen mit einem charakteristischen Profil (ebd.). Sie wird von un-

terschiedlichen Disziplinen beeinflusst, die in verschiedene gesellschaftliche Handlungsfelder hineinreichen (ebd.).

Beratung ist eine allgemein bekannte Kommunikationsform und mittlerweile eine „professionelle Intervention [mit] unterschiedlichen theoretischen Bezügen, methodischen Konzepten, Setting, Institutionen und Feldern“, (Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 34). Sie wurde im Laufe der Zeit institutionalisiert, in die individuellen Problemlagen der heutigen Gesellschaft eingebunden und ist eine „zentrale Hilfe und Unterstützungsform in psychosozialen, sozialen und gesundheitsberuflichen, psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern mit geregelten Institutionalierungs- und Professionalisierungsformen“, (Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 34). Sie durchdringt mit ihrem breit gefächerten Zuständigkeitsspektrum unsere Lebenssphären und unseren Alltag und bietet daher eine geeignete Form für die Verarbeitung von Prozessen (ebd.). Finden kann man sie aus diesem Grund im professionellen, semiprofessionellen und unprofessionellen Bereich (ebd.). Durch den alltäglichen Bezug wird Beratung niedrigschwellig, gleichzeitig benötigt sie eine gewisse Professionalität und Qualität sowie fachliche Kompetenzen (ebd.) Die Erreichbarkeit, Freiwilligkeit, Komplexität und Partizipation sind wichtige Aspekte der Beratung (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 173). Beratung speist sich nach Nestmann, Engel und Sickendieck aus zwei Quellen. Das wären das Arbeitsfeld und die feldunspezifischen Kommunikations- und Handlungskompetenzen. Beratung ist folglich in die zwei Diskurse des Interaktionswissens und des handlungsspezifischen Wissens eingebunden (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 35).

Beratung kann präventive, kurative und rehabilitative Aufgaben erfüllen, wirkt reduzierend und mildernd bei Schwierigkeiten und unterstützend, um besser agieren und leben zu können (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 13 ff.). Berater machen sich ein Bild von der Person, der Situation und der Umwelt des Ratsuchenden. Sie unterstützen den Ratsuchenden dabei, die eigenen Strukturen und Muster seiner individuellen Lage zu erkennen, eigene Ressourcen zu nutzen und als Partner an der Problemlösung mitzuwirken (ebd.).

Es gibt 3 Formalisierungsstufen von Beratung: die informelle Beratung (Freunde, Angehörige, Bekannte), die halbformalisierte Beratung (z.B.: sozialpädagogische und psychosoziale Berufe) und die ausgewiesene und stark formalisierte Beratung (professionelle Beraterinnen mit ausgewiesenen Beratungskompetenzen) (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 23). Bei der formalisierten Beratung gibt es noch zwei Bera-

tungsinstanzen, die unterschieden werden müssen. Zum einen wären das Personen wie Ärzte oder Lehrer, die kein ausgewiesener Berater sind und zum anderen ausgewiesene Berater in Beratungsstellen (ebd.). Es ist daher oft zu beobachten, dass eher ein Fachwissen, anstatt ein ausgebildetes ExpertenInnen-tum Legitimation von Beratungskompetenzen sind (ebd.). Sie wird dann in Anspruch genommen, wenn das, was zum Leben benötigt wird, nicht von allein erlangt werden kann (vgl. Wenzel, 2013, S. 15). Es gibt zahlreiche Arten von Beratung. Aufgrund meiner Spezialisierung auf die Verhütungsmethode der Pille gehe ich im nächsten Punkt näher auf die Verhütungsberatung ein.

4.1 Verhütungsberatung

Angebote der Sexualpädagogik und somit die der Verhütungsberatung sollten sich nicht nur auf Prävention und negative Aspekte beziehen, sondern auch auf den Lustaspekt. Unter anderem sollten die Materialien auf die Lebenswelt der Klienten abgestimmt sein (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2011a, S. 23, S. 33).

„Verhütungsberatung tangiert eine Reihe der sexuellen und reproduktiven Rechte nach der IPPF Charta und stellt eine wichtige Voraussetzung dar, diese Rechte in Anspruch nehmen zu können“, (Pro Familia-Bundesverband, 2012, S. 7).

Im Zentrum der Beratung stehen Ratsuchende als Experten. Sie entscheiden über Dauer und Umfang der Beratung im Sinne des Ziels, ein „shared-decision-making“ herbeizuführen (evidenzbasierte Informationen werden vom Berater zur Verfügung gestellt, der Klient ordnet die individuelle Bedeutung seinem Wertesystem zu) (ebd.). Die allgemein gültigen Regeln einer Beratung finden sich auch hier wieder, sie ist vertraulich, umfassend, verständlich und respektiert die Autonomie des Ratsuchenden (ebd.). Eine umfassende Kompetenz seitens des Beraters über Verhütungsmittel ist eine Voraussetzung, um sich kritisch damit auseinanderzusetzen (ebd.). Verhütungsmethoden sollten gleichwertig und ohne Wertung vorgestellt und besprochen werden (ebd.). Ebenso muss sich Verhütungsberatung mit gesellschaftlichen und kulturellen Normen auseinandersetzen und ist deswegen verpflichtet, sich mit neuen Methoden und Trends zu beschäftigen (Pro Familia-Bundesverband, 2012, S. 8).

Die Verhütungsberatung ist ein Informationsfilter, ein Lotse und korrektiver Begleiter (vgl. Schuster, 2010, S. 5 f.). Immer neu auf den Markt kommende Methoden können leicht eine Informationsflut auslösen, durch die der Berater die Ratsuchenden leitet (ebd.). Diese Informationskanalisierung wünschen sich die Patienten auch vom Arzt (ebd.). In der Verhütungsberatung soll über Vor- und Nachteile der Kontrazeptiva auf-

geklärt werden, eine klientenzentrierte Kommunikation stattfinden, eigene Einstellungen reflektiert werden und eine Gesprächsbereitschaft gefördert werden (ebd.) Eine ausführliche Verhütungsberatung benötigt aus diesen Gründen genügend Zeit (ebd.).

Speziell für die Beratung von hormonalen Kontrazeptiva fehlen evidenzbasierte Leitlinien. Die Lücken werden von Informationen der Pharmaindustrie geschlossen (ebd.). Die Verschreibung von Pillen hängt nicht selten von dem Kontakt zu Pharmareferenten oder den finanziellen Möglichkeiten der Patientinnen ab (ebd.). Eine objektive Information ist auf Grund dieser Tatsachen schwer möglich, daher sollten Ärzte in der Verhütungsberatung der Transparenzfilter sein, der Patientinnen Einblick in diese Abläufe gewährt (ebd.). Was genau eine ärztliche Beratung im Kontext einer Verhütungsberatung bedeutet und ausmacht, kläre ich im nächsten Punkt.

4.1.1 Ärztliche Beratung

Ärztliche Beratung hat das Ideal des autonomen Ratsuchenden (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 172). Es handelt sich hier aber tatsächlich um eine unfreiwillige Zwangsberatung (ebd.). Im Gesundheitswesen ist aber dennoch ein Wandel zu erkennen (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 172). Er vollzieht sich vom früheren Leitbild der Heilung von Krankheiten (Pathogenese) bis zum heutigen Leitbild der Förderung von Gesundheit (Salutogenese) (ebd.).

Die Beratung von Patienten ist ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil des ärztlichen Handelns (vgl. Schwerdtfeger, 2007, S. 733). Patienten haben das Recht auf Aufklärung und ein Dokumentationseinsichtsrecht (vgl. Damkowski, Görres, Luckey, 1995, S. 49, S. 52, f.) Eine ärztliche Beratung wird von sachkundigen Spezialisten durchgeführt und für begrenzte Zeit in Anspruch genommen (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 173). Vor allem ist sie erforderlich, wenn es um die Information, um Wirkung und Nebenwirkungen medikamentöser Therapien geht (ebd.). Frauenärzte vernachlässigen oft eine ausreichende Beratung über nicht-hormonelle Methoden (Pro Familia-Bundesverband, 2012, S. 8). Dabei sollte eine Entscheidung für eine Verhütungsmethode im Hinblick der individuellen Bedürfnisse, Indikationen und Kontraindikationen sorgfältig mit dem Arzt abgewogen werden (vgl. Martius, 1996, S. 17). Die Eigen- und Familienanamnese spielt eine übergeordnete Rolle, wenn es um die Abwägung bestehender Risikofaktoren geht. Gerade bei der Verschreibung der Pille ist dies unbedingt erforderlich (ebd., S. 28). Es kommt aber nicht nur darauf an, Frauen mit einem besonderen Risiko zu erkennen (ebd., S. 43). Vor einer Verordnung sollte über

Vor- und Nachteile, Alternativen, Wirksamkeit und mögliche Risiken und Nebenwirkungen gesprochen werden (ebd.). Ebenso sind nach der Verordnung Kontrolluntersuchungen alle halbe Jahre durchzuführen (ebd., S. 29). Patienten sollten darauf hingewiesen werden, Komplikationen oder Nebenwirkungen sofort ihrem Arzt zu melden (ebd.). Oft ist in diesem Bereich eine Korruption durch Geldzahlungen und Sponsoring zu beobachten (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 174). Durch mögliche Fälschungen wissenschaftlicher Daten werden deshalb Forderungen nach „good clinic practice“ und evidenzbasierter Medizin laut (ebd.). Dieser Fakt wird vor allem im Streit um die Zulassung der Pille der dritten Generation sichtbar (ebd.). Beratung darf keine bloße Erfüllungshilfe des Kunden werden oder sich Interessen der großen Pharmaindustrien und Medizinindustrie unterwerfen (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 176 ff.) Es muss die Lebenssituation, das soziale Umfeld, der Beruf und das Sexualverhalten der Patienten beachtet werden (vgl. Martius, 1996, S. 18). Rechtlich gesehen darf sich die Aufklärung nicht nur auf ein bloßes Aufzählen, eine Eigen- und Familienanamnese sowie häusliche und soziale Situation beschränken. Das Sexualverhalten, den Partner, vorliegende Risikofaktoren einzubeziehen und auf schwerwiegende Erkrankungen sowie auf einen Beipackzettel aufmerksam zu machen, gehört auch zur ärztlichen Beratung (Martius, 1996, S. 123).

Doch die Realität sieht meist anders aus. Wirtschaftskategorien, Geld und Rechtsvorschriften sind zu wichtigen Steuerinstrumenten im Gesundheitswesen geworden (vgl. Damkowski, Görres, Luckey, 1995, S. 14). Der psychosoziale Aspekt in der ärztlichen Beratung tritt zugunsten einer routinierten, zu knappen und in den Abläufen bürokratischen Patientendiagnose in den Hintergrund. Die Ärzte entfernen sich immer mehr von ihren Patienten und nicht alle Nebenwirkungen werden von ihnen gemeldet. Sie sind überbeschäftigt und verdienen nichts daran, negative Rückmeldungen zu geben (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 146, vgl. Damkowski, Görres, Luckey, 1995, S. 14). Erkennbar wird hier die teilweise Abhängigkeit der Ärzte von der Pharmaindustrie, denn diese wirbt nicht selten für sie oder hat sie in ihrer Gehaltsliste (ebd.). Gerade Beurteilungen von Medikamenten wie der Pille sollten aber objektiv vorgenommen werden (ebd.). Goldstein vermutet, dass, wenn die Pillen wie Bonbons verteilt werden, es sicher oft vorkäme, dass die Ärzte ihre Patientinnen nicht genügend über die drohenden Nebenwirkungen aufklären (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 157).

Eingefordert wird die Eigenverantwortlichkeit und die Mündigkeit des Patienten. Verankert ist dies in: Die Leitidee des souveränen Patienten, von 2000, Gesundheitsreform

der Gesetzlichen Krankenversicherung, § 65 (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 174). Ebenso wird dem Modell der Verhaltenskorrektur das Modell der Kompetenzförderung und Bewältigung von Gesundheitsstörungen gegenübergestellt (ebd.). Das Konzept der Gesundheitsförderung bedient sich der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Maßnahmen sollen den Einzelnen und die Gruppe animieren, ihr Potential auszuschöpfen. Fachwissen sowie Reflexionswissen sind unabdingbar für eine gelingende Beratung (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 176). Mündigkeit bedeutet eine Unabhängigkeit und die Fähigkeit, für sich selbst sprechen und sorgen zu können (vgl. Samerski, 2011, S. 63). Der mündige Patient wäre demzufolge der, der in der Arztpraxis aus eigener Anschauung mitsprechen und aufgrund seines eigenen Urteils mitentscheiden kann (ebd.). Leider gibt es nach Samerski diesen beschriebenen Patienten in unserem Gesundheitssystem nicht (ebd.). Informationen sollen zu einer informierten Entscheidung führen, aber laut ihrer Aussage entmündigen sie uns, da sie uns die Freiheit nehmen, aus eigenen Stücken zu handeln (ebd.) Samerski vertritt außerdem die Meinung, dass uns das Streben nach Gesundheit krank macht und gesunde Menschen oft von Ärzten in Risikogruppen gesteckt werden. Deshalb ist es unbedingt notwendig, sich diesem Gesundheitswahn zu entziehen und eine neue Form des Wohlseins zu suchen (vgl. Samerski, 2011, S. 70-73).

Das Ideal ist es, Gesundheit in einer modernen partnerschaftlichen Beratungsbeziehung einzufordern (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007, S. 176 ff.). Leider werden Ärzte durch die politischen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem für Aktionen belohnt, anstatt für beraterische Tätigkeiten (vgl. Schaefer, Kirsching, 2010, S. 2). Die Welt der Ärzte ist „[...] gekennzeichnet durch med. Wissen, nüchternen Umgang mit den diagnostischen Methoden, den Wunsch zu helfen, Angst vor einer Fehldiagnose, juristischen Zwängen und Zeitdruck“, (Schwerdtfeger, 2007, S. 734). Aus diesen Gründen und der Tatsache, dass Ärzte oft nicht über eine Ausbildung zur Bearbeitung persönlicher und sozialer Probleme verfügen, ist die Beratung oft kurz, oberflächlich und gestaltet sich mehr als eine Vermittlung von Information (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007a, S. 1114 f.).

„H. Hepp spricht davon, dass wir als Frauenärztinnen und -ärzte in der Kontrazeptionsberatung eine pädagogische Aufgabe wahrnehmen und Mitgestalter sowohl an der individuellen Lebensplanung der Frau als auch am demografischen Wandel der Gesellschaft sind“, (Schuster, 2010, S.8). Frauenärzte sollen demnach den psychosozialen Aspekt

ihrer Verhütungsberatung nicht aus den Augen lassen. Was bedeutet daher eine psychosoziale Beratung unter dem Aspekt der Verhütungsberatung?

4.1.2 Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung sieht sich in der Rolle aufzuklären und eine Hilfestellung zu bieten, um eigene Handlungen reflektieren zu können (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 19). Psychosoziale Beratung setzt den Menschen und die Gesellschaft mit ihren psychischen und sozialen Befindlichkeiten in Verbindung zum sozialen Leben und Umweltbedingungen (ebd.). Mittelpunkt ist die Wechselwirkung zwischen dem Individuum und der Umwelt und die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten für entstehende Probleme (ebd.). Diese Alltagsorientierung entfernt den Ratsuchenden nicht, sondern versucht der Komplexität der alltäglichen Probleme gerecht zu werden (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 163 f.).

Eine psychosoziale Beratung wird da bedeutsam, wo alltägliche Bewältigungsressourcen fehlen oder überfordert sind, wenn individuelle Kompetenzen und soziale Ressourcen fehlen (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 210). Sie befähigt, Chancen zu nutzen, die Motivation zu stärken und Fähigkeiten zu unterstützen, eine Identität im Modernisierungsprozess zu entwickeln und zu erhalten sowie Leben selbst zu gestalten (ebd.).

Sie versteht sich nach Zygnowski (1989) als Interaktionsprozess zur „[...] Vermittlung psychosozialer Kompetenz als Einheit von einerseits Reflexivität gegenüber den belastungsinduzierenden psychosozialen Widersprüchen und Ambivalenzen wie den eigenen ‚Abwehrprozessen‘ und andererseits Handlungsfertigkeit als Fähigkeit und Bereitschaft zur belastungsvermindernden Handlungspraxis“, (Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 20).

Der Beratungsprozess ist eine Interaktion zwischen Berater und Ratsuchendem, die Ratsuchenden empfinden das Mitteilen ihrer Bedürfnisse meist als Entlastung (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 20 f.; Vega, 2008, S. 9). Ihr Selbstvertrauen wird gestärkt und sie übernehmen eine aktive Rolle bei der Wahlmöglichkeit ihrer Optionen, somit wird ihre Motivation gefördert (ebd., S. 29, S. 95). Mit Hilfe der Kommunikation gewinnen sie eine psychosoziale Reflexivität (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 20 f.). Dies bedeutet die Fähigkeit, zwischen gesellschaftlichen Anforderungen, Normen und eigenen Bedürfnissen unterscheiden zu können (ebd.). Des Weiteren wird der Blick auf Ressourcen gerichtet, wie Fähigkeiten und Kompetenzen, soziale und ma-

terielle Umwelt, Entfaltungsmöglichkeiten und Bewältigungspotentiale (ebd.). Diese Ressourcen können schon vorhanden sein, werden im Prozess gefunden oder entwickelt (ebd.).

Die psychosoziale Beratung ist präventiv ausgerichtet (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 73). Individuelle Probleme finden Beachtung und die Vernetzung mit weiteren nicht-individuellen Problemlagen lassen sich erkennen (ebd.). Dadurch ist der Berater sehr nah am Entstehungskontext von Problemen (ebd.). Und mittels frühen Eingreifens lassen sich durch ein sanftes interventionsprofessionelles Beratungshandeln so Verschlimmerungen verhindern (ebd.). Ihr lösungsorientierter Ansatz bereichert den Prozess mit Veränderungen und dem Aufbrechen statischer Probleme (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 90).

Psychosoziale Beratung ist geprägt durch eine Alltags- und Lebensweltorientierung, sozialökologische Kontextualität, Ressourcenorientierung und bietet die fundierten Leitlinien für das methodische Vorgehen (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 222). Bei der psychosozialen Beratung finden sich immer wieder die Begriffe Ganzheitlichkeit und informierte Entscheidung. Um diese Form der Beratung besser zu verstehen, gehe ich kurz auf die beiden Begriffe ein.

4.1.2.1 Ganzheitlichkeit

Nach der Begriffserklärung im Duden bedeutet Ganzheitlichkeit „einen ganzheitlichen Bezug auf einzelne Fächer und somit kann ein größerer Zusammenhang dargestellt werden“, (vgl. Bibliographisches Institut GmbH, 2014). Und im Gegensatz zur traditionellen ärztlichen Beratung bedeutet es bei einer psychosozialen „die Berücksichtigung aller Faktoren und Umstände der Beratung“, (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007a, S. 1206). Sie behandelt die Ursache, anstatt das Symptom zu bekämpfen (vgl. Apotheke im Forum, 2014)

Ganzheitlich zu beraten, ist im Grunde die Schnittstelle von Person und Umwelt zu sein, Bedingungsbeziehungen zu durchschauen, die Komplexität zu reduzieren, eine Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, Kompetenzen zu stützen, sich auf die Person zu konzentrieren und eine Beziehung aufzubauen (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007a, S. 642). Das Ziel ist es, dass die Ratsuchenden eigene Entscheidungen und Alternativen zur Problembewältigung entwickeln, die sie in ihrem Umfeld umsetzen können (vgl. Nestmann, Engel, Sickendieck, 2007a, S. 642).

Eine ganzheitliche Medizin bezieht den ganzen Körper bei der Diagnose und Therapie mit ein und geht daher nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell vor (vgl. Poggendorf, 2007, S. 131). Ganzheitlichkeit ist eine Utopie, sie ist ein Streben, mehr Ebenen zu erfassen und bedeutet eher an die Ganzheit zu denken als ganzheitlich zu denken (vgl. Poggendorf, 2007, S. 130 f.).

4.1.2.2 Informierte Entscheidung

Für eine informierte Entscheidung ist es wichtig, sich der Alternativen bewusst zu sein, zuverlässige Quellen nutzen zu können, sich einen Rat anzuhören und eine Zweitmeinung einzuholen (vgl. Siemens-Betriebskrankenkasse, 2014, S.1). Für den Ratsuchenden bedeutet das, umfassend informiert zu sein und bei der Kommunikation Erfahrungen austauschen zu können (vgl. Döring, 2008, S. 1). Er soll mittels der Informationen eine freie und verantwortungsvolle Entscheidung treffen können (vgl. Metz, 2008, S. 54 f., Schaefer, Kirsching, 2010, S. 2 f.). Die Informationen sollen hochwertig, verlässlich und unterstützend sein (vgl. Schaefer, Kirsching, 2010, S. 1). Berücksichtigt werden sollen dabei die persönlichen Bedürfnisse und die Vermeidung einer interessen geleiteten Information (ebd.). Die Patienten sollen sich letztendlich sicher im Gesundheitssystem bewegen und auskennen können sowie Informationen über die Qualität der Leistungen bekommen (vgl. Schaefer, Kirsching, 2010, S. 6).

„Bürgerinnen und Bürger – gesunde wie kranke – haben ein Recht auf verlässliche Informationen zu Krankheit, Prävention und Früherkennungsmaßnahmen sowie zum System der Gesundheitsversorgung und deren Qualität. Diese Grundsätze sind unter anderem im Leitfaden Patientenrechte in Deutschland verankert“, (Schaefer, Kirsching, 2010, S. 2). Die informierte Entscheidung wird also aktiv von Politik und Gesellschaft eingefordert.

Patienteninformationen sollen nach Schaefer und Kirsching nicht interessen gebunden sein, auf dem besten derzeit verfügbaren medizinischen Wissen beruhen, ein realistisches Bild der Erkrankung vermitteln sowie alle Behandlungsoptionen mit Nutzen- und Schadenswahrscheinlichkeiten darstellen (vgl. Schaefer, Kirsching, 2010, S. 2). Unter anderem sollen sie Nutzen und Schaden anhand von patientenrelevanten Endpunkten vermitteln, Risiken verständlich kommunizieren, sich zu Unsicherheiten äußern, Finanzierung und potenzielle Interessenkonflikte der Autoren offenlegen und verständlich in Sprache und Darstellung sein (ebd.). Wie sehen die Bedarfe der Patienten aus? Was sind

die Gründe für Missstände in der Verhütungsberatung und wie kann man diesen entgegenwirken?

4.1.3 Bedarfe der Verhütungsberatung

Beratungsumfang ist knapper geworden, obwohl der Umfang gewachsen ist, immer im Hinblick auf die fehlende Zeit der Ärzte und den fixierten Blick auf die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung (vgl. Schuster, 2010, S. 9).

Ratsuchende wenden sich erst dann an formelle Beratungsansätze, wenn ihr soziales Umfeld ihnen nicht mehr helfen kann (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 21). Hier sollte das Sachwissen von Fachkräften über das der Klienten hinausgehen und neue Themenbereiche behandelt werden. Nur so ist eine umfassende und professionelle Aufklärung/Beratung gewährleistet (vgl. Pro Familia-Bundesverband, 2011a, S. 22 ff.).

Es ist hilfreich, zum Ratsuchenden eine vertrauensvolle Beziehung als Basis der Kommunikation aufzubauen (vgl. Sickendieck, Engel, Nestmann, 2008, S. 224 f.). Dazu zählt auch von Seiten des Beraters Empathie zu haben, Sichtweisen und Persönlichkeit zu akzeptieren, ein einvernehmendes Arbeitsbündnis zu schaffen, Konfrontation zu erlauben, Macht und mögliche Vertrauensbarrieren systemisch zu reflektieren, Neutralität und Parteilichkeit zu wahren (ebd.). Des Weiteren sollte der Berater den Zugang zu neuen Medien fördern, damit die Ratsuchenden besser informiert sind. Gleichzeitig ist die „Face to Face“-Beziehung wichtiger (ebd.). Für die Ratsuchenden ist es auch von Vorteil, wenn Beratung über ihre Grenzen hinausblickt und mit anderen Professionen kooperiert und somit ihr Netzwerk und den Handlungsspielraum erweitert (ebd.).

Trotz sexueller Aufklärung bleiben immer noch viele Fragen offen (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 31). Jugendliche sind z.B. oft nicht genügend aufgeklärt über Sexual-Methoden und ihre eigenen Geschlechtsorgane (vgl. Siegel, Keil, 1993, S. 103). Eine kritische Auseinandersetzung mit Verhütungsmitteln ist Voraussetzung, um sexuelle Ängste, Krankheiten oder anderes zu verhindern (vgl. Siegel, Keil, 1993, S. 105). Daher muss schon in der Jugend frühestmöglich aufgeklärt werden, um sie zu sensibilisieren und solche Ängste und Vorurteile abzubauen (ebd.).

Ärzte und psychosoziale Fachkräfte sollten motiviert werden, zusammenzuarbeiten (vgl. Kun, Schmidt, Bahrs, 2007, S. 773). Interprofessionelle Qualitätszirkel gelten als geeignetes Instrument zur Förderung einer berufsübergreifenden und zielorientierten Kooperation (ebd.). Ziel ist ein praxisnaher Austausch und eine Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und psychosozialen Berufsgruppen (ebd., S. 778). Ärzte könnten an Bera-

tungsstellen verweisen, sie weiterempfehlen oder psychosoziale Berater stehen auf Abruf bereit (ebd., S. 791 f.). Eine bessere Vernetzung, niedrighschwellige Angebote, Einrichtung von ambulanten Sprechstunden, eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, interprofessionelle Kongresse und Fortbildungen könnten dazu führen, dass psychosoziale Angebote mehr in Anspruch genommen werden und sich in ihrer Qualität verbessern (ebd.).

Mangelnde Zeit und oft fehlende psychosoziale Kompetenzen der Mediziner können dem Anspruch einer ganzheitlichen Verhütungsberatung kaum standhalten. Dies lässt auf eine defizitäre Beratung ihrerseits schließen und es kommt selten zur Vermittlung an psychosoziale Beratungsstellen (vgl. Mangione, Speer, 2006, S. 641). Es besteht keine Pflicht zur Beratung, deshalb wird über eine Einführung einer psychosozialen Pflichtberatung diskutiert (ebd.).

5 Zusammenfassung

Die Pille ist eine generationelle Erfahrung und geprägt durch eine Mehrdeutigkeit und Wechselhaftigkeit in ihrer Bedeutung. Sie begleitete mehrere Generationen von Frauen, deren Anspruch an eine Verhütungsmethode sich im Laufe der Zeit änderte.

Das Grundbedürfnis zu verhüten ist über Jahrtausende nicht gesunken, aber andere Aspekte wie Sicherheit, Gesundheit und Lust sind in den Jahren in den Hintergrund oder Vordergrund getreten. Ausschlaggebend dafür sind die politische Situation und gesellschaftliche Normen und Werte. Auch der technische Fortschritt bei den Verhütungsmethoden ist ausschlaggebend für die Wahl einer Methode. Sicherer und weiterentwickelter Methoden wird öfter der Vorzug gegeben als unsicheren.

Die Pille war für Frauen nicht nur ein Verhütungsmittel, sie ist ein Ausdruck der Emanzipation gewesen, ein Mittel, die Frau von Zwängen der staatlichen Geburtenkontrolle zu lösen und sie revolutionierte den Umgang mit der Sexualität. Heute ist sie ein alltägliches Life-Style-Medikament, wobei die Begleitwirkungen immer mehr in den Vordergrund rücken. Es wird immer mehr Wert auf eine vereinfachte Einnahmeform und geringe oder mehr positive Nebenwirkungen gelegt. Früher wurde sie mit der Erfindung der Atomkraft verglichen, heute ist sie zur präventiven Alltäglichkeit geworden, sich selbst zu regulieren. Zu beobachten ist ein immer weiter aufgeschobener Kinderwunsch und folglich wachsende Probleme bei einer späten Schwangerschaft. Die Pille veränder-

te auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient, früher war der Arzt noch der Experte für Verhütungsmethoden und heute braucht er nur noch den Rezeptblock zu zücken.

Heute wird sicheren Methoden der Vorzug gegeben, was nicht gleichbedeutend ist mit Methoden, die gesundheitlich unbedenklich sind. Vermehrt werden von den Verbraucherinnen Informationen eingefordert und wieder eine kritische Haltung gefunden. Immer wieder entfachte Diskussionen um die Nebenwirkungen lassen die Pille in einem kritischen Licht stehen, welches ihrem Rang als beliebtestes Verhütungsmittel jedoch nicht schadet. Garloff und Schomann sprechen von der Pille als einem „gigantischen Hormonexperiment“, das an den verschiedenen Bevölkerungen auf der Erde durchgeführt wurde (vgl. Garloff, Schomann, 2013, S. 73).

Es existieren zu wenige aussagekräftige Studien um die Nebenwirkungen der Pille. Es lässt sich aber eindeutig feststellen, dass, wenn man sich die Nebenwirkungen in ihrer Ganzheit betrachtet, sie den gesamten Körper einer Frau betreffen. Die Pille ist ein zweischneidiges Schwert. Sie therapiert Erkrankungen auf der einen Seite und auf der anderen Seite löst sie schwerwiegende Krankheiten aus, die auch in bestimmten Fällen zum Tod führen können. Schreckensnachrichten aus den Medien können Frauen somit verunsichern oder auch überfordern. Diese Tatsachen und dass Millionen von Frauen dieses Medikament selbstverständlich jeden Tag einnehmen, begründet den Bedarf einer ganzheitlichen Verhütungsberatung.

Dieser Medikamentengläubigkeit kann eine ganzheitliche Verhütungsberatung entgegenwirken. Die Beratung sollte auf die Lebensform und -phase, die Einstellung und Erfahrungen zu Verhütungsmethoden, den soziokulturellen Hintergrund eingehen und eine Eigen- sowie Familienanamnese beinhalten.

Eine weitere Anforderung ist ein gut ausgebildetes Fachpersonal, welches begleitend und beratend zur Seite steht, denn der Ratsuchende ist der Experte. Hier weist die ärztliche Beratung bei dem psychosozialen Aspekt deutliche Mängel auf. Einerseits haben Ärzte zu wenig Zeit, zu schwach ausgebildete Kompetenzen im psychosozialen Bereich, nutzen ihre Machtposition aus und sind andererseits zu abhängig von Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems. Durch die Unterstützung und Kooperation von externen Beratern aus psychosozialen Beratungsstellen könnten diese Mängel verringert werden. Gefordert werden die Nähe zum Patienten und eine Honorierung der Beraterischen Tätigkeit im ärztlichen Alltag.

Es fehlen evidenzbasierte Leitlinien für eine kontrazeptive Verhütungsberatung. Korruption durch Sponsoring und Geldzahlungen muss zugunsten einer objektiven

ärztlichen Beratung verhindert werden. Durch eine informierte Entscheidung der Pillen-nutzerinnen sollen Ängste, Zwänge und Manipulationen vermindert werden, ohne sie zu entmündigen.

Die Anforderungen an eine ganzheitliche Verhütungsberatung sind klar formuliert. Es bedarf mehr Zeit, ausgebildeten Fachpersonals, begünstigender Rahmenbedingungen, Grenzüberschreitungen und Kooperation, informierter Entscheidung, einer früheren Aufklärung Jugendlicher. Eine mögliche Lösung wäre eine Pflicht zu psychosozialer Beratung, diese würde jedoch dem Charakter der Freiwilligkeit nicht nachkommen. Besser wären Anreize für Ärzte, sich im Bereich der psychosozialen Beratung weiterzubilden, vermehrt mit psychosozialen Beratungsstellen zu kooperieren, Qualitätszirkel zu integrieren, eine Fallpauschale einzuführen oder den Etat für Beratung zu erhöhen. Des Weiteren sollten Patienten mehr über ihre Rechte aufgeklärt werden, das Sozialgesetzbuch ist für viele ein Buch mit „Sieben Siegeln“. Welchen Bedarf Frauen an einer ganzheitlichen Verhütungsberatung haben, könnte eine weiterführende Forschungsfrage darstellen.

Meisenbacher bringt es gut auf den Punkt: „Jede Verhütung ist nur so lange sicher wie sie korrekt angewendet wird. Sicherheit in der Beratung schafft Sicherheit bei der Anwendung“, (Meisenbacher, 2006, Buchrücken). Um Frauen nicht zu verunsichern, muss eine ganzheitliche Verhütungsberatung letztendlich eine der wichtigsten Anforderungen erfüllen: Sicherheit in der Beratung.

6 Literaturverzeichnis

- Apotheke im Forum (Hrsg.) (2014): Ganzheitlichkeit. Der Mensch in seiner Gesamtheit steht für uns im Mittelpunkt, Online: <http://www.apotheke-forum.de/ganzheitlich.html>, 22.06.2014
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2011): Die Pille wird 50. Eine Bilanz, Online: http://www.cyou2011.sexualaufklaerung.de/download/redaktion/Texte/1._Tag_Donnerstag/Pille_wird_50_-_E._Beck-Gernsheim.pdf, 27.07.2014
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.) (2014): Duden. Ganzheitlich, Online: <http://www.duden.de/rechtschreibung/ganzheitlich>, 30.07.2014
- Bundeszentrale für Gesundheit (Hrsg.) (2000): Frauen Leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung, Online: <http://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=147>, 29.07.2014
- Damkowski, Wulf, Görres, Stefan, Luckey, Karin (Hrsg.)(1995): Patienten im Gesundheitssystem. Patientenunterstützung und Beratung, Augsburg, Maro-Verl.
- Döring, Ulrike (2008): Anna Fischer. Ziel: Eine informierte Entscheidung, Online: <http://www.contentic.de/downloads/8/newsletter.pdf>, 31.07.2014
- Garloff, Regina, Schomann, Klaus (2013): Die neue natürliche Anti-Baby-Pille. Welche Methoden der Verhütung existieren, Was die sichersten und gesündesten Methoden sind, Wie sie natürlich auf pflanzlicher Basis ohne Nebenwirkungen verhüten können. Peiting, Michaels Verlag, 2. Aufl.
- Heuer, Hanns, M. (1968): Die Anti Baby Pille. Fortschritt oder Gefahr?, München, Wilhelm Goldmann Verlag
- Jütte, Robert(2003): Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung, München, Verlag C.H. Beck oHG, Orig.- Ausg.
- Kun, Rita, Schmidt, Ulrike, Bahrs, Ottomahr (2007): Beratung zur Pränataldiagnostik. Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Kooperation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und psychosozialen Beraterinnen, In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2007/56, S.772-795
- Mangione, Cosimo, Speer, Daniel (2006): Ärztliche Beratung in der Pränataldiagnostik- neue Chancen für die Sozialpädagogik?. Zwischen zwanghaften Risiken und der Selbstbestimmung schwangerer Frauen, In: Neue Praxis, 2006/ 36, S. 630-645

- Martius, G. (Hrsg.) (1996): Kontrazeption. Bücherei des Frauenarztes, Beiheft der Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie Band 52, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag
- Meisenbacher, Karin (2006): Empfängnisverhütung. Methoden Anwendung Beratung, Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Metz, Alex (2008): Verbraucherschützende Informationspflichten in der Werbung. Eine Analyse rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen, München, Herbert Utz Verlag
- Nestmann, Frank, Engel, Frank, Sickendieck, Ursel (Hrsg.) (2007): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge, Tübingen, dgvt-Verlag., 2. Aufl.
- Nestmann, Frank, Engel, Frank, Sickendieck, Ursel (Hrsg.) (2007a): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen, dgvt-Verlag., 2. Aufl.
- Poggendorf, Armin (2007): Ganzheitlich herangehen. Körper, Geist und Seele als ein Ganzes sehen, In: Umwelt & Gesundheit, 2007/4, S130-133
- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2000): Familienplanungsrundbrief. Online: <http://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/0201-00-40-jahre-pille.pdf>, 27.07.2014
- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2001): Familienplanungsrundbrief. Online: <http://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/01-01-pille.pdf>, 27.07.2014
- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2001a): Familienplanungsrundbrief. Online: <http://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/02-01-familienplanung.pdf>, 27.07.2014
- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2004): Familienplanungsrundbrief. Online: <http://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/01-04-verhuetungsmittel.pdf>, 30.07.2014
- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2009): Familienplanungsrundbrief. Online: <http://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/01-09-verhuetungsmittel.pdf>, 28.07.2014
- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2011): Familienplanungsrundbrief. Online: <http://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/FPR-1-2011.pdf>, 29.07.2014

- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2011a):Dokumentation Fachgespräch. Zukünftige Entwicklung der sexualpädagogischen Fort- und Weiterbildung des pro familia-Bundesverbands vor dem Hintergrund aktueller Herausforderungen, Online:
http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Doku_s expaed_FW_1.12-2.pdf, 29.07.2014
- Pro Familia-Bundesverband (Hrsg.) (2012): Verhütungsberatung heute. In: pro familia magazin, 2012/1, S. 7-8
- Samerski, Silja (2011): Der Mythos von der mündigen Patientin. Über die Fallstricke von Beratung und informierter Entscheidung , Online: http://www.akf-info.de/fileadmin/arbeitsumgebung/seiten/04_samerski.pdf , 31.07.2014
- Schaefer, Corinna, Kirsching, Silke (2010): Gut informiert entschieden. Patienten- und Verbraucherinformation am ÄZQ, Online:
<http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/heft-zefq-15-jahre-aezq/schaefer-patienteninformationen.pdf>, 31.07.2014
- Schuster, Dorothea (2010): Werte- Wissen- Wandel. Psychosomatik der Verhütung, Online:
http://www.dgpfg.de/fileadmin/Archiv/Dokumente/Literatur/Psychosomatik_der_Verhuetung_Vortrag__Arbeitssitzung_der_DGPFG_DGG-Kongress_2010.doc.pdf, 31.07.2014
- Schwerdtfeger, Robin (2007): Ärztliche Beratung im Kontext pränatal Diagnostik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2007/56, S. 733-740
- Sickendieck, Ursel, Engel, Frank, Nestmann, Frank (2008): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze, Weinheim, Juventa Verlag, 3. Aufl.
- Sielert, Uwe, Keil, Siegfried (Hrsg.) (1993):Sexualpädagogische Materialien. Für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule, Weinheim und Basel, Belz Verlag
- Siemens-Betriebskrankenkasse (Hrsg.) (2014): Impuls011.Sicher zur richtigen Entscheidung, Online:
https://www.sbk.org/fileadmin/images/Vorteilsprogramm/Sammelkarten_Ich_und_mein_Arzt/Impulse_Informierte_Entscheidung.pdf, 31.07.2014
- Silies, Eva-Maria (Hrsg.) (2010): Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960-1980, Göttingen, Wallstein, Band 4

Staupe, Giesela, Vieth, Lisa (Hrsg.) (1996): Die Pille. Von der Liebe und von der Lust,
Berlin, Rowolt

Vega, Luis (2008): Motivationsförderung in der psychosozialen Beratung. Von der
Theorie zur Praxis, Saarbrücken, VDM Verlag

Wenzel, Joachim (2013): Wandel der Beratung durch Neue Medien. Göttingen, V&R
unipress

7 Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Ort:

Datum:

Unterschrift: