

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KÖRPERERLEBEN VON MÄDCHEN* UND JUNGEN FRAUEN*

IMPULSE FÜR EINE INTERSEKTIONALE, GESCHLECHTER-
REFLEKTIERTE UND RESSOURCENORIENTIERTE PRAXIS



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	05
Warum diese Handreichung?	07
Hinweis zur Prozesshaftigkeit von Begriffen und Konzepten (<i>Maria Tramountani und Lilli Weber</i>)	08
Macht, Normen und der Blick auf Privilegien (<i>Maria Tramountani und Lilli Weber</i>)	09
Psychische Gesundheit und sozial-pädagogische Praxis	10
Aufgaben und Chancen in der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung Erfahrungen aus dem Mädchen*gesundheitsladen in Stuttgart	17
Gesundheitsförderung für Mädchen* und junge Frauen* (<i>Julia Hirschmüller</i>)	17
Mädchen* und junge Frauen* im psychotherapeutischen und psychiatrischen Gesundheitssystem in Deutschland – ein Interview mit Ida Steinacker	26
Intersektionale Perspektiven auf Gesundheit an der Schnittstelle von Gender, Flucht und Armut (<i>Lena Hezel und Lea Walz</i>)	37
Traumapädagogisches Arbeiten am Beispiel von JELLA – pädagogische und therapeutische Hilfen für Mädchen (<i>Annkatriin Klüter</i>)	46
Wer ist überhaupt traumatisiert?	46
Geeignete Hilfe am Beispiel von JELLA	49

Essstörungen früh erkennen und erste Interventionen gestalten, Anregungen für ein erstes Gespräch (Regine Kottmann)	56
Wie kannst du als Fachkraft gut ins Gespräch kommen, wenn du ein riskantes Essverhalten beobachtest und dir Sorgen machst?	58
Glossar	62
Schreibwerkstätten zu psychischer Gesundheit und Körpererleben	67
Beiträge von Mädchen* und jungen Frauen*	67
Herausgeberin	76
Impressum	76

Vorwort

Bereits seit den 1970er Jahren setzt sich Mädchen*arbeit parteilich für die Belange von Mädchen* und jungen Frauen* ein. In vielen Kontexten werden heute zusätzlich verstärkt auch die Bedarfe von trans*, inter* und nicht-binären Kindern und Jugendlichen durch Strukturen der Mädchen*arbeit (oder MINTA*arbeit) adressiert. Mädchen*arbeit setzt sich für eine geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe ein und schafft macht- und diskriminierungskritische Räume, in denen ihre Adressat*innen Selbstwirksamkeit erleben können. Aus intersektionaler Perspektive berücksichtigt sie die unterschiedlichen Lebenslagen von Mädchen* und jungen Frauen* und setzt sich für den Abbau von Diskriminierung ein. Sie trägt so zur Förderung von Gleichstellung, Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe bei und ist dabei stets eng verknüpft mit Mädchen*politik, die auf struktureller und politischer Ebene als Interessensvertretung auftritt und den Ausbau feministischer Netzwerke fördert.

Die Themen Körper, Psyche und Gesundheit sind bereits seit ihrem Ursprung wichtige Bestandteile der feministischen Mädchen*arbeit. Auf struktureller Ebene setzt sie sich mit der Einbettung dieser Themen in gesellschaftliche Normen, Machtverhältnisse und Geschlechterrollen auseinander. In der Folge stellt Mädchen*arbeit die Frage, welche konkreten Auswirkungen dies auf die Körper und die (psychische) Gesundheit von Mädchen* und jungen Frauen* hat.

Das Thema psychische Gesundheit hat in den letzten Jahren sowohl auf politischer als auch auf gesellschaftlicher Ebene zunehmend an Bedeutung gewonnen. Innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe wird zudem ein steigender Bedarf an einer fachlichen und praxisorientierten Auseinandersetzung mit dieser Thematik deutlich, denn die pädagogische Arbeit ist von wachsenden gesellschaftlichen Herausforderungen geprägt.

Als landesweites Netzwerk und fachpolitische Interessensvertretung von Mädchen*arbeit in Baden-Württemberg nehmen wir, die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Mädchen*politik Baden-Württemberg, diesen Bedarf wahr. Neben der Vernetzung und Beratung von Fachkräften und Einrichtungen der Mädchen*arbeit sowie dem fachpolitischen Engagement gehört auch die Fachkräftequalifizierung zu den zentralen Aufgaben der LAG Mädchen*politik. Um den benannten Bedarf mit Blick auf das Feld der Mädchen*arbeit zu adressieren, setzen wir das Projekt „Psychische Gesundheit und Körpererleben von Mädchen* und jungen Frauen* – Was macht uns stark?“ (April 2025 bis Juni 2026) um. Ziel des Projekts ist die Bearbeitung der zentralen Themen aus einer intersektionalen und geschlechterreflektierten Perspektive. Diese Handreichung ist im Rahmen des Projekts entstanden.

Warum diese Handreichung?

Die Handreichung soll als Einstieg in die Themen psychische Gesundheit, Körpererleben sowie psychische Belastungen und Erkrankungen aus einer geschlechterreflektierten Perspektive dienen und für diese sensibilisieren. Sie bietet Denkanstöße zur Auseinandersetzung mit Fragestellungen zu diesen Themen und hat zum Ziel, einen intersektionalen, geschlechtersensiblen und machtkritischen Blick dahingehend zu schärfen. Der erste Teil dieser Handreichung ist in Zusammenarbeit mit verschiedenen Personen entstanden, die in unterschiedlicher Form an dem Projekt mitgewirkt und ihre Expertise geteilt haben. Die Handreichung soll das im Rahmen des Projekts zusammengetragene Wissen bündeln und nachhaltig zur Verfügung stellen. Sie beleuchtet ressourcenorientierte sowie **diskriminierungssensible** Handlungsoptionen und trägt so zur Stärkung der Haltung und Handlungssicherheit von Fachkräften und Ehrenamtlichen bei, die in unterschiedlichen Bereichen mit Mädchen* und jungen Frauen* arbeiten.

Der zweite Teil der Handreichung besteht aus Textbeiträgen, die im Rahmen des Projekts in Schreibwerkstätten entstanden sind. Sie wurden von Mädchen* und jungen Frauen* im Alter von 9 bis 18 Jahren geschrieben. Auf diese Weise sollen auch sie mit ihren Gefühlen, Erfahrungen und Meinungen rund um psychische Gesundheit und Körpererleben zu Wort kommen.

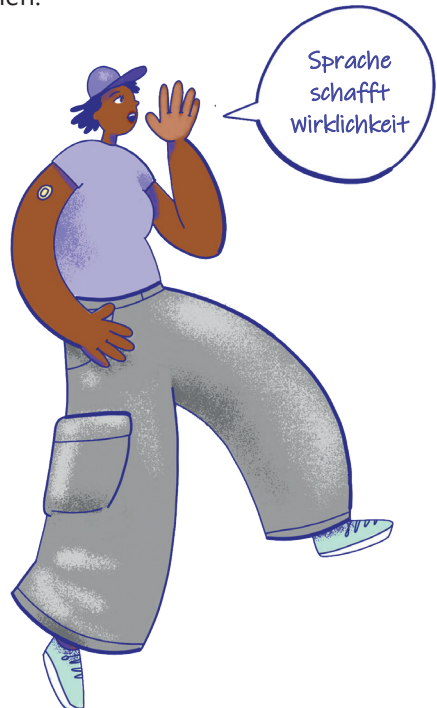
Psychische Gesundheit ist ein zutiefst politisches Thema. Psychische Krankheit ist ein zutiefst politisches Thema. Du weißt ja, wir Feministinnen sagen es seit Jahrzehnten: Das Private ist politisch (Frasl 2025, S.23).



Hinweis zur Prozesshaftigkeit von Begriffen und Konzepten (Maria Tramountani und Lilli Weber)

Die Begriffe und Konzepte in dieser Handreichung spiegeln den aktuellen Stand unserer Auseinandersetzung mit den behandelten Themen und Mädchen*arbeit wider. Sprache verändert sich, gesellschaftliche Perspektiven entwickeln sich weiter und auch unsere Haltung ist nicht abgeschlossen, sondern im Prozess. Manche Begriffe mögen für einzelne Personen nicht passend oder nicht ausreichend sein. Wir verstehen diese Handreichung als Einladung zum Mitdenken, Weiterentwickeln und gemeinsamen Lernen. Wir freuen uns über Feedback jeglicher Art.

Sprache schafft Wirklichkeit. Deshalb ist es wichtig, sich immer wieder zu fragen, welche Begriffe wir benutzen und warum. In dieser Handreichung werden einige Fachbegriffe genutzt. Ein paar von ihnen erklären wir im Glossar, im Text sind sie farblich markiert. Die Ausführungen im Glossar sind als Annäherungsversuche an Definitionen zu verstehen, die noch nicht abgeschlossen sind. Dabei ist es auch wichtig zu berücksichtigen, dass hinsichtlich mancher Begriffe unterschiedliche Definitionen diskutiert werden, die wir nicht alle abbilden können.



Macht, Normen und der Blick auf Privilegien (Maria Tramountani und Lilli Weber)

Wir alle sind von Normen geprägt: Wie ein (gesunder) Körper zu sein hat, wie man spricht, sich verhält oder was als „normal“ gilt. Diese Normen sind nicht neutral, sie reproduzieren und schaffen Machtverhältnisse. In der feministischen Mädchen*arbeit bedeutet normkritisches Arbeiten, genau diese Vorstellungen zu hinterfragen: Wer wird mitgedacht, wer nicht? Wer darf laut sein, wer bleibt unsichtbar? Und wie kann ich als Fachkraft meine eigene Rolle und (Macht-)Position reflektieren?

Reflexion ist kein Selbstzweck. Sie hilft dabei, uns selbst zu verorten, offener zu werden und solidarischer zu handeln. Im Alltag können wir uns immer wieder bewusst Zeit nehmen für kleine Fragen:

- Welche Bilder und Vorstellungen habe ich selbst von (psychischer) Gesundheit und Krankheit?
- Welche eigenen Erfahrungen beeinflussen meine Arbeit hinsichtlich dieser Themen? Welche Rolle spielen gesellschaftliche Privilegien und Machtpositionen dabei (z.B. durch Alter, Herkunft, Geschlecht, Bildung, (körperliche) Fähigkeiten, ...)?
- Wie spreche ich über Gesundheit und Körper? Spreche ich wohlwollend über mich und andere? Nutze ich Begriffe, die möglicherweise pathologisierend sind?

Auch Fachkräfte sind nicht neutral. Ihre Lebensrealität, ihre Körper, ihre Sprache, ihre Herkunft, ihre Bildung – all das prägt, wie sie die Welt sehen. Das anzuerkennen ist eine wichtige Voraussetzung für solidarisches Handeln. Als Fachkraft anzuerkennen manche Barrieren vielleicht nie selbst erlebt zu haben, hilft, sensibel zu sein für die von anderen. Niemand muss perfekt sein. Wichtig ist, zuzuhören, dazulernen und die eigene Position als Fachkraft zu nutzen, um andere zu stärken.

Maria Tramountani (sie/ihr) B.A. Ethnologie, M.A. Interkulturalität und Integration, Systemische Beraterin (SG), u.a. Autorin der Handreichung „Und jetzt wirklich alle – Inklusive Mädchen*arbeit gestalten“ der LAG Mädchen*politik BW

Kontakt: tramountani@lag-maedchenpolitik-bw.de

Psychische Gesundheit und sozial-pädagogische Praxis (Lilli Weber)

Immer mehr Mädchen* und junge Frauen* sind von psychischen Belastungen und Erkrankungen betroffen. In der Folge rückt das Thema der psychischen Gesundheit auch in sozialpädagogischen Kontexten vermehrt in den Fokus. Fachkräfte aus der Mädchen*arbeit berichten von sich verändernden Anforderungen und Herausforderungen in ihren Arbeitsfeldern. Ein Blick auf die Ergebnisse aktueller Studien bestätigt die hohe Dringlichkeit, dieses Thema sowohl auf politischer und gesellschaftlicher Ebene als auch im Kontext der Mädchen*arbeit zu adressieren.

Aktuelle Befunde und Konsequenzen für die sozialpädagogische Praxis

Verschiedene Studien der letzten Jahre lieferten alarmierend hohe Zahlen hinsichtlich psychischer Belastungen und Erkrankungen bei jungen Menschen unter 20 Jahren, insbesondere bei Mädchen*, jungen Frauen* und nicht-binären Kindern und Jugendlichen (*BELLA 2017, Jugendstudie-BW 2024, COPSY 2020-2025, HBSC 2009-2022*)¹.

Auch wenn die Datenlage zeigt, dass bereits vor der COVID-19 Pandemie steigende Zahlen hinsichtlich psychischer Belastungen bei jungen Menschen verzeichnet wurden, hatten die Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen ohne Zweifel einen besonders großen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden junger Menschen. Aktuelle Zahlen zeigen, dass die Lebenszufriedenheit und das subjektive Gesundheitserleben junger Menschen zwar nach der Pandemie wieder gestiegen sind, die Zahlen jedoch auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie stagnieren bzw. sogar wieder ansteigen. Dies zeigt sich beispielsweise im Hinblick auf depressive Symptome und Angstsymptome bei Mädchen* ab 14 Jahren. Die vorliegenden Zahlen beschreiben eine deutliche Diskrepanz hinsichtlich Alter und Geschlecht der jungen

¹Hinsichtlich der aktuellen Datenlage sprechen wir häufig nur von Jungen* und Mädchen*, da die meisten der genannten Studien ein binäres Geschlechtersystem vorgeben. In unserer Arbeit versuchen wir, diese Binarität aufzubrechen. Wir versuchen außerdem, Zahlen miteinzubeziehen, die auch junge Menschen außerhalb eines binären Geschlechtersystems abbilden.

Menschen. Sie zeigen, dass insbesondere Mädchen*, junge Frauen* und nicht-binäre Kinder und Jugendliche eine niedrigere Lebenszufriedenheit und ein niedrigeres subjektives Gesundheitsempfinden aufweisen. Außerdem verzeichnen die aktuellen Studien hohe Zahlen multipler psychosomatischer Beschwerden (z. B. Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen, Gereiztheit oder Einschlafprobleme), Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und selbstverletzendes Verhalten. Im Rahmen der COPSY Studie 2025 berichteten 17% der befragten jugendlichen Mädchen* von depressiven Symptomen. Über 33% der Mädchen* im Alter von 14–17 Jahren wiesen im Rahmen einer Studie des Robert-Koch-Instituts Symptome einer Essstörung auf, wobei die Prävalenzrate² für Essstörungen in den Jahren 2019–2024 bei jugendlichen Mädchen* um 38% angestiegen ist. Zudem werden insbesondere im Hinblick auf Essstörungen zunehmend Chronifizierungen festgestellt. Von multiplen (häufig wöchentlichen) psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden berichten im Jahr 2022 52,2% der befragten Mädchen* und sogar 80,4% der befragten genderdiversen Kinder und Jugendlichen.

Darüber hinaus zeigt sich, dass aktuelle Krisen und Kriege einen großen Einfluss auf die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden junger Menschen haben. Ein geringer sozioökonomischer Status, ein sogenannter Migrationshintergrund oder Diskriminierungserfahrungen werden als Risikofaktoren für psychische Gesundheit und Wohlbefinden benannt (vgl. HBSC 2022–2025, COPSY 2025, Jugendstudie BW 2024, KIGGS 2014–2017, DAK Kinder- und Jugendreport 2025).

„Kinder, die Selbstwirksamkeit erleben, in stabilen sozialen Verhältnissen leben und von unterstützenden familiären Strukturen profitieren, zeigen in der Regel eine robustere psychische Gesundheit und berichten seltener von Angst- oder Depressionssymptomen“ (UKE Hamburg 2025).



²Häufigkeit einer Erkrankung pro 1.000 Personen

Die Ergebnisse der Studien werden durch Berichte aus der Praxis der Mädchen*arbeit und der Kinder- und Jugendhilfe bekräftigt. Fachkräfte berichten von einer hohen Belastung ihrer Adressat*innen und den sich daraus ergebenden veränderten Anforderungen an die pädagogische Arbeit. Der Umgang mit den Auswirkungen globaler Krisen auf Kinder und Jugendliche sowie die gute Begleitung psychisch belasteter junger Menschen stellen die Kinder- und Jugendhilfe vor eine große Herausforderung. Die fortschreitende Kürzung von Ressourcen und Fachkräftemangel sowie der Anstieg rechtspopulistischer und antifeministischer Positionen in der Gesellschaft engen den Handlungsspielraum sozialpädagogischer Fachkräfte zusätzlich ein – insbesondere in der Mädchen*arbeit und der Arbeit mit queeren Kindern und Jugendlichen. In diesem Zusammenhang berichten auch Fachkräfte von einer hohen psychischen Belastung. Vor dem Hintergrund dieser sich verändernden Rahmenbedingungen und der aktuellen Datenlage zur psychischen Gesundheit junger Menschen gewinnt eine geschlechterreflektierte und diskriminierungssensible Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung besonders an Bedeutung. In der feministischen Mädchen*arbeit sind bereits erfolgreiche Ansätze verankert, die in diesem Sinne herangezogen werden können. Sie sind ressourcenorientiert, machtkritisch und partizipativ ausgerichtet. Sie fördern Selbstwirksamkeitserfahrungen junger Menschen und nehmen sie in ihrem Erleben ernst.

(Psychische) Gesundheit und die Konstruktion einer gesunden Norm

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen, sondern als einen Zustand von körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden (vgl. WHO 1946). Dies verdeutlicht, dass Gesundheit als mehrdimensionales und ganzheitliches Konzept zu betrachten ist, das verschiedene Lebensbereiche umfasst. Psychische Gesundheit steht somit in Wechselwirkung mit dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden. Letzteres wird maßgeblich von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Lebenslagen und zwischen-

menschlichen Beziehungen beeinflusst. Gesundheit entsteht demnach im Zusammenspiel individueller Voraussetzungen und äußerer Bedingungen. In Ergänzung bezeichnet die WHO psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gesellschaft leisten kann“ (WHO 2019, S.1).

„Die psychische Gesundheit wird jedoch ebenso sehr von den Lebensumständen wie von biologischen Faktoren geprägt. Einkommen, Wohnen, Bildung, Arbeit und soziale Kontakte spielen allesamt eine entscheidende Rolle, und Probleme in diesen Lebensbereichen sind oft die Ursache für psychische Probleme“ (WHO/Europa 2025).

”

Eine sozialkonstruktivistische Perspektive auf Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit zeigt, dass diese stets auch gesellschaftlich geprägt sind. Die Normen „gesund“ oder „krank“ sind keine objektiven oder natürlich gegebenen Kategorien. Sie sind im Rahmen bestimmter politischer, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Aushandlungsprozesse entstanden und haben sich im Laufe der Geschichte gewandelt. Somit sind sie von Macht- und Herrschaftsverhältnissen geprägt, die sich entlang von Differenzlinien wie Geschlecht, Klasse, **race**, sexueller Orientierung, Alter, Behinderung (ability), Aufenthaltsstatus und weiteren entfalten.

Aus einer machtkritischen Perspektive stellt sich in der Folge die Frage, wer in gesellschaftlichen Diskursen über Deutungsmacht verfügt und wer nicht. Krankheit wird in Abweichung zu einer vermeintlich gesunde Norm konstruiert, deren Ausgangspunkt **endo-cis männlich, weiß**, nicht-behindert, **neurotypisch** und heterosexuell ist.

„Leidenszustände, Symptome und Diagnosen sind ein Spiegel gesellschaftlicher Verhältnisse. Die Probleme unserer Klient_innen sind niemals nur individuelle Probleme, sondern immer auch Teil gesellschaftlicher Verhältnisse“ (Zehetner 2022, S. 100).

”

Auch der Körper nimmt an dieser Stelle eine zentrale Rolle ein. Er ist nicht nur ein biologischer Organismus, sondern auch ein Ausdrucksmedium und eine Projektionsfläche gesellschaftlicher Machtverhältnisse. Über den Körper werden Zugehörigkeiten, Normabweichungen und gesellschaftliche Bewertungen sichtbar gemacht und interpretiert. Obwohl der Einfluss von Umweltreizen auf die (psychische) Gesundheit in den einschlägigen Definitionen fest verankert ist, wird die Verantwortung für die Gesundheit in der Gesellschaft dennoch häufig individualisiert. Gesundheit wird oft als persönliche Leistung betrachtet, die am Körper ablesbar und moralisch bewertbar ist. Diese Individualisierung kann strukturelle Ursachen von Belastungen, wie etwa Armut, Diskriminierung oder ungleiche Bildungschancen, verdecken.

” Eine intersektionale Perspektive auf (psychische) Gesundheit betrachtet die Wirkung verschiedener ungleichheitsgenerierenden Kategorien wie Geschlecht, Hautfarbe, Religion, sozioökonomischer Status oder sexuelle Orientierung nicht isoliert, sondern in ihrem Zusammenwirken. Das bedeutet beispielsweise, dass Zugänge zu Unterstützung, Prävention und Versorgung unterschiedlich verteilt sind und stark davon abhängen, welche gesellschaftliche Position eine Person einnimmt.

In der pädagogischen Praxis kann Intersektionalität als Analysetool Fachkräfte dabei unterstützen, nicht nur individuelle Symptome, sondern auch strukturelle Bedingungen, Ressourcen und Barrieren zu berücksichtigen. Gleichzeitig hilft sie dabei, die eigenen Positionen sowie die Perspektiven der Adressat*innen bewusst zu reflektieren. So kann aufgezeigt werden, wie unterschiedliche Erfahrungen, insbesondere Diskriminierungs- oder Ausschlusserfahrungen, das Erleben von Körper, Wohlbefinden und psychischer Gesundheit prägen. Eine solche mehrdimensionale Sichtweise schafft die Grundlage für eine ressourcenorientierte, macht- und diskriminierungskritische Begleitung junger Menschen.

*„Eine intersektionale Perspektive auf Gesundheit eröffnet die Möglichkeit, sich machtkritisch mit der erwachsenen weißen cis-männlichen Gesundheitsnorm zu beschäftigen und diese aufzubrechen. Ein Umdenken über Gesundheit auch im Rahmen von Mädchen*arbeit hilft dabei, systematisch Ungleichheit zu reflektieren und zu beenden. Dabei ist es wichtig, Gesundheit nicht als individuelles Thema unter der Perspektive von Eigenverantwortung zu diskutieren, sondern als gesellschaftliches Thema, welches in globale Machtstrukturen wie Patriarchat, Kapitalismus und Rassismus eingebettet ist“ (El-Gamal 2022, S. 109f).*

Lilli Weber (sie/ihr), B.A. Erziehungswissenschaft und Soziale Arbeit, seit 2022 bei der LAG Mädchen*politik BW, Projektleitung „Psychische Gesundheit und Körpererleben von Mädchen* und jungen Frauen* – Was macht uns stark?“

Kontakt: weber@lag-maedchenpolitik-bw.de

Literatur

El-Gamal, Amina (2022): „Wann bin ich gesund?“ Intersektionale Perspektive auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mädchen*. In: LAGM*A NRW (Hrsg.in): BEM. Betrifft Mädchen 3(2022), 106-110, Beltz Juventa.

Frasl, Beatrice (2025): Patriarchale Belastungsstörung. Geschlecht, Klasse und Psyche. Haymon.

Reiß, Franziska; Behn, Steven; Erhart, Michael; Strelow, Lisa; Kaman, Anne; Ottová-Jordan, Veronika; Bilz, Ludwig; Moor, Irene; Ravens-Sieberger, Ulrike (2024): Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10-2022. Robert-Koch Institut.

UKE Hamburg (2025): Zukunftsängste belasten Kinder und Jugendliche, aber sie verfügen über gute mentale Ressourcen. https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_174656.html [27.02.2026].

WHO (1946): Constitution of the World Health Organization: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> [24.02.2026].

WHO/Europa (2019): Psychische Gesundheit. Faktenblatt: https://www.dv-idee.at/assets/PDFs/Faktenblatt-WHO_Psychische-Gesundheit.pdf [24.02.2026].

WHO/Europa (2025): Forschungsergebnisse der WHO sprechen für einen Ausbau der psychischen Gesundheitsversorgung im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung: <https://www.who.int/europe/de/news/item/23-04-2025-scale-up-mental-health-care-within-primary-health-care--who-research-suggests> [24.02.2026].

Zehetner, Bettina (2022): Konstruktionen und Kulturen von Krankheit aus Gender-Perspektive. In: LAGM*A NRW (Hrsg.in): BEM. Betrifft Mädchen 3(2022), 100-105, Beltz Juventa.

Gesundheitsförderung für Mädchen* und junge Frauen*

(Julia Hirschmüller)

Aufgaben und Chancen in der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung Erfahrungen aus dem Mädchen*gesundheitsladen in Stuttgart

Der Mädchen*gesundheitsladen in Stuttgart ist eine geschlechtsbezogene Beratungs- und Präventionsstelle für Gesundheitsförderung, sexuelle Bildung, Sucht- und Gewaltprävention.

Im Folgenden geben wir einen Einblick in unser Verständnis von Gesundheit und stellen skizzenartig wichtige Grundsätze und Handlungsmaxime einer mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung dar.

Einleitung

Gesundheit ist ein dynamischer Prozess bei dem geistige, seelische, körperliche und soziale Faktoren den gesundheitlichen Zustand eines Menschen bestimmen. Es handelt sich nicht um einen statischen Zustand sondern vielmehr um ein Kontinuum, auf dem man sich bewegt und bei dem Risiko- und Schutzfaktoren im Wechsel stehen. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist die Bewältigung innerer – im Sinne von körperlichen und psychischen Aspekten – als auch äußeren, sozialen und materiellen – Anforderungen.

Gesundheit – und damit auch psychische Gesundheit – ist dabei nicht einfach gegeben sondern muss aktiv hergestellt werden.

Der Gesundheitszustand von Menschen wird neben dem sozialen Status, der sozioökonomischen Situation, dem Zugang zu Bildung und gesellschaftlicher Teilhabe auch durch das Thema Gender beeinflusst. Mädchen* im Jugendalter gelten hierbei als besonders vulnerable Gruppe.

Mit Beginn der Pubertät verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Mädchen* deutlich. Mädchen* sind dann mit ihrem Gesundheitszustand überwiegend unzufriedener als Jungen*, klagen häufiger über Beschwerden und Unwohlsein und leiden öfter unter psychosomatischen Beschwerden und stressartigen Symptomen.

Deshalb ist es wichtig, die Lebenslagen und die aktuellen Risikofaktoren in dieser Lebensphase in den Blick zu nehmen, um im Kontext der Gesundheitsförderung passende Antworten zu finden.

Daher soll im Folgenden zunächst ein kurzer Blick auf modernisierte Mädchen*welten gelegt werden, bevor auf die Grundsätze und Handlungsmaxime einer mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung eingegangen wird. Abschließend werden konkrete Themen für die Praxis vorgestellt.

Modernisierte Mädchen*welten

Die gegenwärtigen Lebensrealitäten von Mädchen* und jungen Frauen* bieten auf der einen Seite vielfältige Optionen, auf der anderen Seite sind sie durch beträchtliche strukturelle Unterschiede geprägt.

Durch die kapitalistisch – patriarchal geprägte Gesellschaftsstruktur stehen nicht allen Mädchen* die gleichen Zugänge zu sozialen und materiellen Ressourcen sowie zu Bildung zur Verfügung. Vielmehr sind Mädchen* und junge Frauen* mit einer großen Vielfalt in unterschiedlichen Lebensbereichen konfrontiert.

Die gesellschaftliche Realität ist seit geraumer Zeit durch eine Überlagerung von Krisen (Klimakrise, Nachwirkungen der Corona – Pandemie, wirtschaftliche Krisen, Kriege, etc.) geprägt, die sich maßgeblich auf Mädchen* und jungen Frauen* auswirken. Hinzu kommt, dass die Lebensrealität vieler Mädchen* und junger Frauen* nach wie vor stark patriarchal geprägt ist, rigide Schönheits- und Schlankkeitsideale vorherrschen, sexualisierte Gewalterfahrungen weit verbreitet sind und das Aufwachsen der Betroffenen prägen. Die aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen, die durch eine zunehmende Pluralisierung, Individualisierung und Medialisierung geprägt sind, bringen einen hohen (Leistungs-) Druck in verschiedenen Lebensbereichen mit sich.

Das bei Mädchen* weiterhin immer frühere Einsetzen der Pubertät ist als Risiko für ein gesundes und gutes Aufwachsen einzustufen und hat häufig zur Folge, dass ein positives und freundschaftliches Verhältnis zum eigenen Körper nicht selbstverständlich ist. Der Prozess der Körperaneignung stellt aber nicht nur für früh entwickelte Mädchen* eine Herausforderung dar, sondern gestaltet sich vor dem Hintergrund einer bereits in der späten Kindheit beginnenden Sexualisierung des weiblich gelesenen Körpers sowie der Anforderung, den Körper aktiv in Richtung Schlankheit und Fitness zu formen, für die meisten Mädchen* als schwierig.

Der hohe Stellenwert von Social Media als Orientierungs- und Sozialisationsinstanz für Mädchen* in der Pubertät bietet neben den Chancen u.a. durch die dort propagierten Schönheits-, Schlankheits- und Leistungs-ideale zahlreiche Risiken, die dazu führen können, dass Mädchen* sich individuell tendenziell defizitär erleben. Mädchen und junge Frauen* sind bei Social Media mit einer Vielzahl an Trends, wie z.B. dem Tradwife-Trend¹ oder vermeintlich idealen Beziehungen, die durch eine Vielzahl an Influencer*innen propagiert werden mit einem Überfluss an unterschiedlichsten Erwartungshaltungen konfrontiert. Mädchen* und junge Frauen* müssen sich mit diesen Erwartungen auseinandersetzen, eine eigene Haltung finden und sich ggf. von diesen Bildern abgrenzen.

Der Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Pubertät stellt für Mädchen* auch vor diesem Hintergrund eine besondere Herausforderung dar und kann mit Unsicherheiten und Stress verbunden sein. Die zentrale Entwicklungsaufgabe für Mädchen* und junge Frauen* in der Pubertät und Adoleszenz ist die Entwicklung der eigenen Identität. Die Akzeptanz und Aneignung des eigenen Körpers im Sinne einer Beheimatung ist hier von besonderer Bedeutung.

¹Der Tradwife-Trend propagiert eine vermeintlich natürliche Rolle von Frauen als Mütter und Hausfrauen. Der Mann wird als Ernährer und Oberhaupt der Familie inszeniert, die Frau wird als Sorgende im häuslichen Bereich verortet. Tradwives kleiden sich typischerweise im Stil der 1950er Jahre, lehnen Lohnarbeit für Frauen ab und ordnen sich dem (Ehe-)Mann, einer patriarchalen Logik folgend, unter. Häufig steckt dahinter auch eine antifeministische Ideologie, die Tradwife-Influencerinnen verbreiten wollen. (Paradoxerweise verdienen erfolgreiche Influencerinnen, entgegen der Geschlechterrollen die sie propagieren, mit ihrer Arbeit häufig sehr viel Geld.) Geschlecht wird im Tradwife-Trend in einer binären Logik und innerhalb traditioneller Geschlechterrollen gedacht. Daher wird in diesem Kontext die Schreibweise „Frau“ ohne Sternchen gewählt.

Viele Mädchen* und junge Frauen* gestalten ihr Leben gelingend und kommen mit den unterschiedlichen Anforderungen gut zurecht.

Viele Mädchen* und jungen Frauen* reagieren auf die oben benannten Aspekte allerdings häufig in Form von Selbstoptimierung, Selbstpräsentation, Körperreglementierung, erhöhtem Eigendruck und dem Streben nach Perfektion in vielen Bereichen. Herausforderungen und Schwierigkeiten agieren sie häufig über den eigenen Körper aus und reagieren mit nach innen und damit gegen sich selbst gerichteten Bewältigungsstrategien, wie z.B. depressive Verstimmungen, selbstverletzendes Verhalten oder auch auffälliges Essverhalten bis hin zu Essstörungen. Außerdem gibt es auch Mädchen* und junge Frauen*, die sich dem Druck, gesellschaftlichen Bildern zu entsprechen komplett entziehen. Dies trifft häufig die sogenannten Bildungsverliererinnen und marginalisierte Mädchen* ohne hinreichende Bildungschancen. Wichtig ist an dieser Stelle zu betonen, dass das Verhalten der Mädchen* und jungen Frauen* aktive Bewältigungsversuche von Herausforderungen sind. Sie machen zum einen subjektiv Sinn und stehen zum anderen in einem gesellschaftlichen Zusammenhang. Dies gilt es in einer mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

Grundsätze und Handlungsmaxime einer mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung

Salutogenese und Kohärenzgefühl (nach Aaron Antonovsky)

Im Kontext der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung ist der salutogenetische Blick von zentraler Bedeutung. Zentrale Fragestellungen sind hierbei:

- Was erhält Menschen gesund?
- Wie gelingt es Menschen, trotz vielfältiger gesundheitsgefährdender Einflüsse nicht krank zu werden?
- Was sind gesundheitserhaltende und -fördernde Faktoren?

Ein gewichtiger Faktor in diesem Kontext ist der Kohärenzsinn, der erlebt werden kann, wenn folgende Aspekte erfüllt werden:

- **Verstehbarkeit** – die Fähigkeit, Zusammenhänge im Leben zu verstehen
- **Handhabbarkeit** – die Überzeugung, das eigene Leben (mit-) gestalten zu können
- **Sinnhaftigkeit** – der Glaube, dass das Leben Sinn macht.

Zentrale Aufgabe der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung ist es daher Mädchen* und junge Frauen* darin zu begleiten, sich eigener und auch sozialer Ressourcen bewusst zu sein bzw. zu werden und diese zu stärken. Dies bedeutet auch eigene Wünsche und Bedürfnisse wahr- und ernst zu nehmen sowie diese äußern zu können.

Im Sinne des Kohärenzgefühls geht es um die Fragen „Wo kann ich etwas bewirken?“ und „Wo finde ich Sinn?“. Es ist wichtig Mädchen* und junge Frauen* dabei zu begleiten sich ihrer (Einfluss-) Möglichkeiten bewusst zu werden und sich als (zumindest Mit-)Gestalterinnen* ihres Lebens zu erleben und sich als selbstwirksam zu erfahren.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist es wichtig, dass gesundheitsrelevante Lebensweisen und gesundheitsrelevante Lebensbedingungen sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene in den Blick genommen werden.

Dies bedeutet im Rahmen der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung sowohl persönliche Ressourcen und Fähigkeiten von Mädchen* und jungen Frauen* zu stärken als auch gesellschaftliche Bedingungen in den Blick zu nehmen sowie auf Verbesserung von Lebensbedingungen Einfluss zu nehmen. Hierbei handelt es sich um Kernkompetenzen der Mädchen*arbeit, nämlich sowohl Mädchen* individuell zu stärken als auch die Stimme für Rechte von Mädchen* und jungen Frauen* zu erheben und auf den Abbau struktureller Ungleichheiten hinzuwirken.

Gemeinsames Ziel der Gesundheitsförderung und der Mädchen*arbeit und damit der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung ist es Mädchen* dabei zu unterstützen ein positives Selbstbild zu entwickeln und den eigenen Selbstwert zu stärken.

Wichtige Ansatzpunkte hierbei sind (wie z.T. bereits oben benannt):

- **Salutogenese und Kohärenzgefühl** mit dem Konzept der Salutogenese als Hintergrundfolie ist es wichtig den Blick auf das Gelingende zu legen anstatt auf Problemlagen zu fokussieren. Dies bedeute nicht, den Problemen keinen Raum zu geben, sondern Mädchen* dabei zu unterstützen selbst eine Perspektivwechsel vorzunehmen. In der praktischen Mädchen*gruppen- und/ oder Beratungsarbeit kann das bedeuten explizit danach zu fragen, was in der zurückliegenden Woche z.B. gut geklappt hat/ worüber sich ein Mädchen* gefreut hat oder auch worauf sie stolz war? Ein weiterer wichtiger Zugang ist es das Kohärenzgefühl, wie oben beschrieben, zu stärken, sowie Zugehörigkeitserfahrungen und die Lebenslust und Begeisterungsfähigkeit zu fördern.
- **Parteilichkeit** – dies bedeutet Mädchen* mit ihren Anliegen in den Mittelpunkt des pädagogischen und politischen Handels zu stellen und sich an den vielfältigen Bedürfnissen von Mädchen* und jungen Frauen* zu orientieren.
- **Partizipation** – an dieser Stelle ist damit gemeint Mädchen* im Sinne eines nachfrageorientierten und prozessorientierten Handelns auf unterschiedlichen Ebenen nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu fragen und sie aktiv in Handlungsprozesse einzubeziehen.
- **Empowerment** – im Sinne von Selbstbemächtigung, Autonomie und Selbstbefähigung und Stärkung der Eigenmacht beinhaltet Empowerment für uns neben Prozessen der Selbstermächtigung von Mädchen* und jungen Frauen* auch ein Wirken auf struktureller und politischer Ebene.

- **Körperakzeptanz** – im Sinne einer Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Pubertät, der Förderung eines freundschaftlichen Bezugs zum eigenen Körper und der Unterstützung dabei ein positives eigenes Körpergefühl und Körperbild zu entwickeln.
- **Risikokompetenz** – im Sinne einer gelingenden Integration von Risikoerfahrungen und einer damit einhergehenden Stärkung der Lebenskompetenz.

Zentrale Aufgabe der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung ist es darüber hinaus vielfältige Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen. Die Mädchen*arbeit bietet hier zahlreiche Ansatzpunkte. Mädchen* als Expertinnen* ihrer selbst wahrnehmen und sich ggf. gemeinsam mit ihnen auf den Weg zu machen die Sinnhaftigkeit ihres Verhaltens zu entschlüsseln, bestärkt Mädchen* und junge Frauen* in ihrer Identität und damit in ihrem Selbstwert. Mädchen* profitieren von dem Austausch mit Peers und der Bestärkung einer kritischen Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Ansprüchen.

Aufgabe der Mädchen*arbeiterinnen ist es, sowohl strukturelle Rahmenbedingungen, wie z.B. die zur Verfügungstellung von mädchen*bezogenen Räumen zu ermöglichen als auch sich ihrer eigenen Vorbildfunktion bewusst zu sein. Aus unserer Erfahrung lässt sich Solidarität unter Mädchen* und jungen* Frauen* in geschlechtshomogenen Räumen besonders gut erfahrbar machen. Von besonderer Bedeutung ist es hier immer wieder gesellschaftliche Bezüge herzustellen – sowohl um Reflexionsprozesse anzuregen als auch um Mädchen* und junge Frauen* zu entlasten.

Folgende Themen der mädchen*bezogenen Gesundheitsförderung bieten sich an:

- (Geschlechts-) Identität und Selbstwertgefühl
- Mädchen*bilder/ positive Rollenidentität
- Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Pubertät und Adoleszenz
- Körperaneignung und Körperakzeptanz
- gelingender Umgang mit Sexualität
- Bedürfnisse/ Wünsche/ Träume
- Kommunikations- und Konfliktfähigkeit
- Stressbewältigung und Entspannungsfähigkeit
- Psychoedukation zum Thema psychische Gesundheit.

Im Rahmen der mädchen*bezogene Gesundheitsförderung ist es wichtig Mädchen* und jungen Frauen* positiv zu begegnen, ihre Entwicklungsfähigkeit in den Blick zu nehmen und ihre Ressourcen zu stärken. Neben dieser individuellen Ebene gilt es immer auch die gesellschaftliche Ebene im Blick zu haben und sich gemeinsam mit vielen Akteur*innen aus Politik und Gesellschaft für ein gesundes Aufwachsen von Mädchen* und jungen Frauen* einzusetzen.

Julia Hirschmüller, Dipl. Sozialpädagogin, Psychodrama-Leiterin,
Sprecherin der LAG Mädchen*politik Baden-Württemberg
Mädchen*gesundheitsladen, Lindenspürstr. 32, 70176 Stuttgart

Kontakt: info@maedchengesundheitsladen.de, 0711/30568520

Literatur

Komischke, Kristin, Preiß, Dagmar (2023): Gesundheitschancen und Gesundheitsrisiken für Mädchen* und jungen Frauen*. In Schierer, Elke, Reichle, Silvia (Hrsg.) Handbuch Mädchen*(sozial)arbeit. Weinheim. Juventa Beltz.

Mädchen*gesundheitsladen (2024). Konzeption. Mädchen*gesundheitsladen.

Gesundheitsladen e.V. (2023). Jahresbericht



Mädchen* und junge Frauen* im psychotherapeutischen und psychiatrischen Gesundheitssystem in Deutschland – ein Interview mit Ida Steinacker

Im Interview mit Ida Steinacker, approbierte Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin, werden zentrale Aspekte der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, insbesondere von Mädchen* und jungen Frauen* diskutiert. Ida Steinacker spricht über Diagnostik, Notfallversorgung und geschlechtsspezifische Aspekte innerhalb ihrer Arbeit. Sie beleuchtet, welche Themen in ihrer Arbeit mit jungen Menschen aktuell zentral sind und bietet Impulse für die sozialpädagogische Arbeit. Das Interview mit Ida Steinacker führte Lilli Weber von der LAG Mädchen*politik.

Lilli Weber: Hallo Ida, schön, dass du da bist. Kannst du dich als erstes kurz vorstellen und ein bisschen erzählen, was du so machst?

Ida Steinacker: Ja, sehr gerne. Ich bin Ida Steinacker. Ich bin approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit einem Schwerpunkt in Verhaltenstherapie. Diese gehört zu den von den Krankenkassen anerkannten Fachrichtungen der Psychotherapie. Mein Ausbildungsweg hat im Bereich Pädagogik und Politik begonnen. Da habe ich zuerst einen Bachelor gemacht und daran anknüpfend den Master in Sozialpädagogik. Im Anschluss daran habe ich dann die Ausbildung zur Psychotherapeutin begonnen.

Seit sieben Jahren bin ich jetzt am Uniklinikum in Tübingen, schwerpunktmäßig in der Ambulanz, die ich im Tandem mit einer weiteren Person therapeutisch leite. Aktuell bin ich in der Ambulanz unter anderem für die Versorgung und Begleitung von trans* Patient*innen und auch für die Klettertherapie verantwortlich. Ich bin da viel in der Notfallversorgung tätig und insgesamt dabei eigentlich für alle Störungsbilder und Erkrankungen zuständig, die im Kindes- und Jugendalter so vorkommen können.

Lilli Weber: Kannst du deinen Alltag in der Ambulanz und auch den Begriff „Notfallversorgung“ nochmal etwas genauer erklären?

Ida Steinacker: Also die Notfallversorgung ist sozusagen ein festgelegtes Element in der Gesundheitsversorgung und ist so aufgeteilt, dass jede Region ein zuständiges Krankenhaus mit Versorgungsauftrag hat. Das kann man sich ein bisschen so vorstellen: Eine Person hat sich am Bein verletzt und hat Sorge, dass es gebrochen ist. Sie könnte dann in die Notaufnahme fahren um das Bein röntgen zu lassen, dafür braucht sie keinen Termin. Und genau so haben auch wir eine Notaufnahme, bzw. eine Notfallversorgung. Sie ist 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche geöffnet.

Das heißt, da können sich Kinder und Jugendliche vorstellen, die sich in einer Situation der akuten Eigen- oder Fremdgefährdung befinden. Ebenso wie in der klassischen Notaufnahme im Krankenhaus wissen wir nicht, ob jemand kommt, wenn ja, wie viele Personen kommen oder in welcher Begleitung sie kommen. Häufig kommen junge Menschen nachdem sie sich zum Beispiel in der Schule, im offenen Jugendtreff oder im Mädchen*-kreis jemandem anvertraut haben und die pädagogischen Fachkräfte sie ermutigt haben professionelle Unterstützung zu holen. Manchmal können sie direkt eine Vorstellung bei uns initiieren. So kann es dann sein, dass ein junger Mensch mit seinen Eltern kommt, mit anderen Angehörigen, mit einer Schulsozialarbeiterin, mit einer anderen Fachkraft oder auch mal alleine. Manche Jugendlichen kommen auch mit Freund*innen zusammen. Im nächsten Schritt geht es dann um die Frage, was in dem Moment getan werden kann, um die Person zu entlasten und zu unterstützen. Das kann erst mal ein Gespräch von einer halben bis zwei Stunden sein. Manchmal braucht es aber auch eine notfallmäßige Aufnahme auf unsere geschützte Station. Praktisch bedeutet das dann, dass man aus dem Termin heraus in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wird. In einen Bereich, der so gestaltet ist, dass man sich und anderen nichts antun kann. Neben der stationären Aufnahme in die Notversorgung gibt es für alle anderen Bereiche ein Anmelde- und ein Wartesystem. Das gilt sowohl für die stationäre Versorgung in Kinder- und Jugendpsychiatrien als auch für die

ambulante Versorgung. In der ambulanten Versorgung machen wir viel Erstberatung, Diagnostik, Begleitung zur Weiterverweisung. Gemeinsam mit den Kindern und Familien schauen wir, wie es weitergehen könnte. Wir machen zum Beispiel aber keine ambulante Psychotherapie, die findet dann bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen in ambulanten Praxen statt.

Lilli Weber: Danke für den Überblick und die Einführung in deine Arbeit. Nun geht es in unserer Handreichung ja insbesondere um die psychische Gesundheit und das Körpererleben von Mädchen* und jungen Frauen* - welche Rolle spielen geschlechtsspezifische Aspekte in deiner Arbeit?

Ida Steinacker: Von unserem Versorgungsangebot her sind wir gleichermaßen zuständig für alle Geschlechter. Also für Jungen* und Mädchen*, aber auch für junge Menschen, die sich nicht in diesem binären System verorten. Wir wissen durch die Forschung, dass Mädchen*, insbesondere junge Mädchen*, vulnerabel sind für psychische Erkrankungen. Wir wissen auch, dass es gewisse Diagnosen gibt, die bei Mädchen* häufiger festgestellt bzw. vergeben werden, auch wenn die Gründe dafür nicht immer ganz klar sind. Für unseren Alltag in der Klinik bedeutet das entsprechend, dass sich mehr Mädchen* und junge Frauen* bei uns vorstellen. Das ist allerdings nicht bei allen Störungsbildern so. Es gibt auch Erkrankungen, die eher bei Jungen* oder jungen Männern* festgestellt werden.

Und auch wenn unser Gesundheitssystem nicht per se eine intersektionale Perspektive mitbringt, versuchen wir nichtsdestotrotz die Mädchen*, die sich bei uns vorstellen, mit einem umfassenden Blick kennenzulernen. Wir versuchen, die gesamte Lebensrealität in den Blick zu nehmen, und da spielen natürlich auch Diskriminierungserfahrungen eine Rolle. Um Wege aus der Erkrankung heraus zu finden, ist es wichtig, auch auf mögliche Einflüsse verschiedener (Diskriminierungs-)Erfahrungen zu schauen und zu fragen, ob oder welche Rolle sie vielleicht in der Entstehung der

Erkrankung gespielt haben. Dieses In-den-Blick-Nehmen von Lebensrealität und von bisherigen oder potenziell zukünftigen Erfahrungen ist meiner Meinung nach besonders wichtig, wenn man sich eine nachhaltige Stabilisierung der Mädchen* erhofft.

Lilli Weber: Du hast gesagt, dass es bei einigen Diagnosen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Um welche geht es da vor allem?

Ida Steinacker: Zunächst sind das ganz klar die Essstörungen. Das ist auch etwas, das wir im Alltag in Tübingen auf jeden Fall sehen. Wir haben eine Station, die auf Essstörungen spezialisiert ist. Die Station gibt es jetzt seit einigen Jahren und ich weiß nicht, ob da jemals überhaupt stationär Jungs* behandelt wurden. Das heißt nicht, dass bei Jungs* keine Essstörungen vorkommen. Tatsächlich sehen wir, dass auch die Zahlen für Essstörungen bei Jungs* aktuell ansteigen. Allerdings ist es zumindest bei uns in Tübingen so, dass wir den stationären Bereich aktuell eigentlich ausschließlich mit Mädchen* füllen. Insbesondere sehen wir da die Anorexie, also die Essstörung, die mit einem deutlichen Untergewicht und mit sehr restriktiven Essgewohnheiten und anderen Gewohnheiten einhergeht, um das Gewicht zu verringern.

Eine weitere Diagnose, die deutlich häufiger, bzw. fast ausschließlich bei Mädchen* im fortgeschrittenen Jugendalter oder Frauen* vergeben wird, ist die sogenannte emotional instabile Persönlichkeitsstörung, auch als Borderline-Persönlichkeitsstörung bekannt. Sie geht mit stark schwankendem Emotionserleben, einer erhöhten Impulsivität, Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung sowie häufig mit massiver Selbstverletzung einher.

Außerdem wissen wir, dass Angststörungen häufiger bei Mädchen* auftreten, bzw. häufiger bei Mädchen* diagnostiziert werden und dass Mädchen* ab der Pubertät häufiger von Depressionen betroffen sind.

Hinsichtlich der Diagnosen ADS und ADHS, die deutlich häufiger bei Jungen* vergeben wird, beobachten wir aktuell eine steigende Anzahl bei Mädchen*. Da wird vermutet, dass in der Vergangenheit bei Mädchen* stark unterdiagnostiziert wurde. Für nicht-binäre und andere (gender) queere Kinder gibt es bisher leider wenig Forschung und entsprechend Zahlen. Die, die es gibt, weisen darauf hin, dass sie in hohem Maße psychisch belastet sind und zum Beispiel eine sehr schlechte subjektive Gesundheitseinschätzung und niedrigere Lebenszufriedenheit haben.

Lilli Weber: Jetzt haben wir schon über unterschiedliche Diagnosen und geschlechtsspezifische Unterschiede gesprochen. Vielleicht gehen wir nochmal einen Schritt zurück: Kannst du kurz erklären, was Diagnosen genau sind, wie sie gestellt werden und wofür sie gut sind?

Ida Steinacker: Diagnosen sind, würde ich sagen, von Menschen oder von Gesellschaften geschaffene Kategorien. Das ist schon mal deshalb wichtig mitzudenken, weil wir dadurch auch verstehen können, dass die Diagnosen nicht weltweit gleich sind. Es wird versucht, in einem gewissen Wertekonsens einen gemeinsamen Nenner zu finden, und in Deutschland haben wir aktuell ein System, das eng an dem System ist, das die WHO vertritt und das in vielen Ländern der Welt verwendet wird. Das ist aber kein universales System. Es beruht auf geschaffenen Kategorien, die den Versuch machen, Erleben, Belastungen und Erkrankungen zu beschreiben, um diese zum einen zu benennen und zum anderen behandelbar zu machen. Denn aus den Diagnosen wird primär abgeleitet, wie wir im psychotherapeutischen oder psychiatrischen System versuchen, Erkrankungen zu behandeln.

Und wenn Jugendliche und Familien zu uns kommen, dann besprechen wir gemeinsam, was sie belastet und einschränkt oder welche Veränderungen den Jugendlichen vielleicht aufgefallen sind. Als Therapeut*innen haben wir gelernt, das dann verschiedenen Diagnosen zuzuordnen. Und diese Diagnosen sind immer dargestellt und gegliedert in sehr klare Kriterien.

Dazu haben wir Kriterienkataloge, die nennen sich ICD-10 oder ICD-11. Eine Diagnose wird allerdings nie auf Grundlage eines Fragebogens oder einer Einzelaussage vergeben. Es geht immer auch stark um das subjektive Erleben der Person. Im Kindes- und Jugendalter geht es zudem auch viel darum, mit den Bezugspersonen zu sprechen. Häufig sind das die Eltern, Lehrkräfte oder andere Fachkräfte von Orten, an denen sich die jungen Menschen bewegen.

Und was uns diese Diagnosen, glaube ich, ermöglichen, ist zum einen mit den Mädchen* und jungen Frauen* zu besprechen, was sie haben. Oft ist das eine sehr große Entlastung. Also zu verstehen, dass das eine Erkrankung ist und dass man da, so wie gegen viele andere Erkrankungen, auch etwas machen kann. Denn aus einer Diagnose leitet sich ganz oft auch ein Handlungsimpuls oder eine Behandlungsempfehlung ab. In Deutschland haben wir für alle Erkrankungen sogenannte Leitlinien, die beschreiben, wie nach aktuellstem wissenschaftlichem Standard behandelt und begleitet werden sollte. Wichtig ist auch zu sagen, dass Diagnosen immer im Zusammenhang mit einem Leidensdruck und einer Einschränkung in der altersgemäßen Entwicklung gestellt werden. Die betroffene Person muss formulieren, dass sie eine Veränderung, eine Behandlung oder Unterstützung wünscht. Bei Kindern und Jugendlichen sind es oft auch die Eltern oder andere enge Bezugspersonen, die den Leidensdruck wahrnehmen oder haben.

Lilli Weber: Danke für den Überblick über das Vorgehen im Rahmen der Diagnostik und die dabei relevanten Kriterien. Jetzt haben wir ja schon über unterschiedliche Diagnosen gesprochen und auch darüber, wo wir da aktuell sehr hohe Zahlen sehen. Gibt es auch, unabhängig von den Diagnosen, Themen, die dir in deiner Arbeit mit Mädchen* und allgemein mit jungen Menschen aktuell häufig begegnen?

Ida Steinacker: Ja, zum einen finde ich, dass die Corona-Pandemie und die damit einhergehende Belastung für alle Generationen ein Thema ist, das nicht unter den Tisch fallen sollte. Für viele sind da ganz wichtige Unterstützungsnetzwerke weggebrochen und viele Kinder und Jugendliche geben an, das erste Mal in ihrem Leben so tiefgehende Ängste gehabt zu haben. Viele beschreiben, dass sie sich vorher schon instabil gefühlt haben und die Corona-Pandemie dann in gewisser Weise als Katalysator gewirkt hat. Für viele ging das mit einem Gefühl von einem massiven Kontrollverlust einher.

Ein ganz menschlicher Impuls ist es, da dann mit viel Kontrolle zu reagieren. Also nach etwas zu suchen, das man kontrollieren kann wenn alles andere unkontrollierbar wird oder plötzlich stark von außen kontrolliert wird. Das ist auch eine Hypothese warum die Zahlen für Essstörungen und Zwangsstörungen seit und nach der Corona-Pandemie stark angestiegen sind. Das ist auf jeden Fall auch ein Thema, das unser therapeutisches Arbeiten grundlegend verändert hat im Vergleich zu vor der Corona-Pandemie.

Ein weiteres Thema, das mir auch schon in der Arbeit mit jungen Kindern ab sechs oder sieben begegnet, ist die Klimakrise. Wenn Kinder und Jugendliche zu mir kommen, frage ich immer, welche Sorgen sie so ganz allgemein haben. Oder auch, welche Dinge sie verändern würden, wenn sie drei Wünsche frei hätten. Ich habe das nie genau gemessen, würde aber schätzen, dass 75 bis 80 % dann sagen, dass sie den Klimawandel stoppen oder die Klimakrise rückgängig machen würden. Da ist ein sehr großes Bewusstsein dafür da in dieser jungen Generation.

Und wenn wir jetzt nochmal spezifisch auf Mädchen* schauen, benennen sehr viele Erfahrungen mit Übergriffen, oder ein stetiges Leiden unter Alltagssexismus, als einen großen Belastungsfaktor. Ich habe das Gefühl, dass diese Äußerungen immer mehr werden und vermute, dass das daran

liegt, dass sexualisierte Gewalt und Grenzüberschreitungen weniger tabuisiert sind und dadurch für die Mädchen* besprechbarer werden. Ich würde auch sagen, dass in der Generation der Jugendlichen inzwischen das Wissen über Diskriminierung sehr groß ist und diese auch als solche benannt wird. Insbesondere Rassismus ist da auch ein wichtiges und sehr präsent Thema. Grundsätzlich müssen wir auch sagen, dass alle Formen von Diskriminierung, die in unserer Gesellschaft passieren, auch im Gesundheitssystem stattfinden, da dieses ja nicht im luftleeren Raum agiert. Ich würde aber auch sagen, dass die Sensibilität für Diskriminierungserfahrungen, auch im Gesundheitssystem, immer mehr Einzug in die Psychotherapie findet. Das sehe ich auf jeden Fall als eine positive Entwicklung an.

Lilli Weber: Ja, ich denke das ist eine Entwicklung, die sowohl auf struktureller Ebene als auch auf der Ebene der Fachkräfte notwendig ist. Ich würde an dieser Stelle jetzt gerne den Bogen zu sozialpädagogischen Kontexten spannen. Oft höre ich von Fachkräften, dass sie angefangen haben, sich mit dem Thema psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auseinanderzusetzen und sich fragen, wie sie sich mit Blick auf die eigene Praxis möglichst fit machen können. Wie können sich Fachkräfte deiner Meinung nach gut vorbereiten, um in Krisensituationen souverän zu handeln?

Ida Steinacker: Ich glaube, ein großer Themenbereich für Fachkräfte in allen Berufsgruppen, insbesondere aber in fürsorgenden Berufsgruppen, ist in einer patriarchalen Gesellschaft die Selbstfürsorge. Und mit einer guten Selbstfürsorge geht auch, und das ist glaube ich wirklich nicht zu unterschätzen, eine Vorbildfunktion einher. Ich denke, dass es ganz wichtig ist, das mitzudenken und sich zu fragen, was wir mit unserem Handeln den Mädchen* und jungen Menschen gegenüber transportieren, die wir begleiten. Und wie wertvoll es ist, auch zu zeigen, dass wir gut für uns selbst sorgen.

Paradoxerweise gehört da für mich auch die Abgrenzung vom Beruf dazu. Also auch Grenzen aufzeigen und sagen: um diese Zeit bin ich erreichbar, um diese Zeit gehe ich pünktlich nach Hause und ich komme nicht total krank zur Arbeit. Dazu gehört auch, sich authentisch zu zeigen und auch ehrlich zu zeigen, wenn etwas nicht einfach ist, uns nahe geht oder etwas ausmacht.

Der zweite Punkt, wie Fachkräfte sich meiner Meinung nach gut auf krisenhafte oder herausfordernde Situationen vorbereiten können, ist, zu antizipieren dass sie irgendwann tatsächlich eintreten. Mit dem Wissen um die Häufigkeit von psychischen Krisen und das Mehrwerden von psychischen Krisen ist es wichtig, sich konkret vorzubereiten, um dann nicht überrumpelt zu werden. Letztlich geht es in dem Kontext auch darum, strukturelle Fragen zu stellen. Also in der eigenen Einrichtung zu klären, wer welche Expertisen hat, an welche Leitungspersonen man sich zur Unterstützung in einer Krisensituation wenden kann, welche Räumlichkeiten zur Verfügung stehen oder welche Möglichkeiten zur Nachsorge es gibt. Ich glaube, es ist außerdem auch sehr wichtig, nicht zu sehr zu denken, man müsse alles als Einzelperson oder Einrichtung selbst hinkriegen. Deshalb ist es wichtig, die regionalen Strukturen zu kennen, sich mit anderen Trägern zu vernetzen, zu wissen, wo die zuständige Kinder- und Jugendpsychiatrie ist und die entsprechenden Notfalltelefonnummer parat zu haben.

Und wenn es darum geht, bei einem Kind oder Jugendlichen etwas anzusprechen, das wir als Fachkraft beobachtet haben und das uns Sorgen macht, ist es wichtig, sich auch klar zu machen, dass wir nicht direkt eine Lösung parat haben müssen und dass es auch nicht um die Bearbeitung der Belastung geht. Es geht erst mal darum zu klären, ob die betroffene Person Unterstützung hat, und wenn nicht, zu schauen wie diese gefunden werden kann. Wir wissen, dass psychische Erkrankungen durch aktives Nachfragen weder entstehen noch schlimmer werden. Wichtig ist aber, dass das in einem vertraulichen Gespräch passiert.

Als letzten wichtigen Punkt möchte ich noch ansprechen, dass Fachkräfte Räume schaffen können, in denen Mädchen* sicher sind. In denen sie sich in einem geschützten Rahmen ausprobieren dürfen, in denen sie Selbstwirksamkeit und Humor erfahren können, sich erfolgreich und leicht fühlen können, kreativ sein können und sich mit anderen Mädchen* vernetzen können.

Lilli Weber: Vorhin hast du es schon kurz angesprochen: Es ist wichtig, präventiv dafür zu sorgen, dass Fachkräfte von Unterstützungsmöglichkeiten bzw. Möglichkeiten zur Nachsorge wissen, wenn es zu einer herausfordernden Situation kam. Gibt es weitere Aspekte, die nach einer verunsichernden und herausfordernden Situation wieder Handlungssicherheit ermöglichen?

Ida Steinacker: Ich denke, zum einen kann der Fokus auf eine Einzelperson in einem empowernden Rahmen, wie zum Beispiel einer Beratungsstelle, Supervision oder Psychotherapie, etwas sehr Bestärkendes haben. Es muss klar sein: Wenn sich etwas für mich als zu viel oder belastend anfühlt, dann darf auch ich als Fachkraft mir im Anschluss Unterstützung holen. Und da muss jede Person für sich selbst schauen, ob das eine andere Kolleg*in, eine Leitungsperson, jemand Externes, eine Beratungsstelle oder vielleicht eine Psychotherapie ist.

Aber da ist der Fokus eben sehr auf der Einzelperson. Wenn es zu Krisen oder Ausnahmesituationen in Einrichtungen kommt, dann ist der Fokus oft sehr stark darauf gerichtet, wie eine einzelne Fachkraft am besten mit der Situation umgehen kann um dann auch am nächsten Morgen früh um acht wieder zur Arbeit zu kommen. Da gerät eine strukturelle oder kollektive Perspektive schnell aus dem Blick. Die ist aber auch wichtig, besonders um nachhaltig gute Strukturen zu schaffen und weiterzuentwickeln.

Ida Steinacker (sie/ihr), approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Verhaltenstherapie, M.A. Soziale Arbeit, Schwerpunkte in der KJP Tübingen: Trans*Gesundheit, Notfallversorgung, Klettertherapie, ambulante Versorgung aller ki-ju psychiatrischen Krankheitsbilder. Freiberuflich Vorträge/Workshops zu seelischer Gesundheit, Prävention von und Intervention bei psychischen Krisen; intersektionale queer feministische Perspektiven auf psychische Gesundheit.

Kontakt: ida.steinacker@med.uni-tuebingen.de

Intersektionale Perspektiven auf Gesundheit an der Schnitt-stelle von Gender, Flucht und Armut

(Lena Hezel und Lea Walz)

Die psychische Gesundheit von Mädchen* und jungen Frauen* wird in Deutschland zunehmend erforscht. Gleichzeitig zeigt sich eine zentrale Leerstelle: Studien betrachten häufig einzelne Einflussfaktoren – etwa Geschlecht, Migration oder sozioökonomischen Status – isoliert voneinander. Untersuchungen, die das Zusammenspiel dieser Faktoren intersektional analysieren, gibt es bisher nicht. Damit bleiben die spezifischen Lebensrealitäten von Mädchen* und junge Frauen* mit Flucht- oder Migrationserfahrungen, die zudem in prekären Lebenslagen aufwachsen, auch in der Forschung größtenteils unsichtbar. Gleichzeitig wird in der pädagogischen Praxis sehr deutlich, dass diese Adressatinnen besonderen Belastungen ausgesetzt sind und zudem einen erschwerten Zugang zum Hilfesystem haben. Diese Ausgangslage veranlasste die Fachkräfte des Mädchen*treff e.V. dazu, eine eigene intersektionale Auswertung vorliegender Forschungsergebnisse vorzunehmen, auf deren Grundlage praxisorientierte Konzepte entwickelt wurden.

Studienlage und Forschungslücken: Versuch einer intersektionalen Perspektive¹

Trotz fehlender intersektionaler Analysen liefern bestehende Untersuchungen wichtige Hinweise auf Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. So zeigen aktuelle Daten der COPSY-Studie (*Kaman et al. 2025*), dass sich die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren insgesamt erhöht hat. Die Ergebnisse der Längsschnittstudie belegen einen deutlichen Anstieg von Angst- und Depressionssymptomen sowie eine Abnahme der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität. Geschlecht spielt dabei eine zentrale Rolle: Mädchen* sind häufiger von psychischen Problemen betroffen und schätzen ihre subjektive Gesundheit im Durchschnitt schlechter ein als Jungen* (*RKI 2023a*).

¹Eine ausführlichere Darstellung kann als Workshop-Format beim Mädchen*treff e.V. Tübingen angefragt werden

Die BELLA-Studie (*Klasen et al. 2017*) weist darauf hin, dass ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen deutlich erhöht. Ergänzend zeigen die Ergebnisse der KIGGS-Studie (*Lampert et al. 2019*), dass betroffene Kinder und Jugendliche ein bis zu fünffach höheres Risiko für eine schlechte oder sehr schlechte subjektive Gesundheitswahrnehmung aufweisen. Außerdem wurde ein sogenannter Migrationshintergrund als zusätzlicher Risikofaktor identifiziert, der psychische Belastungen verstärken kann.

Ein besonders relevanter Prädiktor für Mädchen* sind Gewalterfahrungen, einschließlich geschlechtsspezifischer und sexualisierter Gewalt. Im Kontext von Migration und Flucht kann sich das Risiko für psychische Beeinträchtigungen im Sinne kumulativer Vulnerabilität durch die Überlagerung verschiedener Belastungslagen erhöhen, wobei (junge) Frauen* als besonders vulnerable Gruppe gelten. Traumatische Erfahrungen vor, während und nach Flucht oder Migration können die psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen. Empirische Befunde zeigen zudem eine erhöhte Prävalenz von Depressionen und Angststörungen bei geflüchteten Frauen* im Vergleich zu geflüchteten Männern* (*Bohland et al. 2024*), wenngleich die Datenlage insgesamt unzureichend ist.

Strukturelle Belastungen nach der Ankunft in Deutschland verschärfen diese Risiken: Unsicherer Aufenthaltsstatus, Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen oder eingeschränkter Zugang zu Ressourcen wirken als zusätzliche Stressoren und können die Gesundheit beeinträchtigen. Untersuchungen zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte zeigen vielfältige Barrieren auf, etwa Orientierungsschwierigkeiten, Fehlbehandlungen, Ablehnungserfahrungen oder strukturelle Zugangshürden. Diese Fremdheitserfahrungen im Gesundheitssystem können dazu führen, dass die Versorgung nicht (mehr) oder nur verzögert in Anspruch genommen wird (*Nowak & Hornberg 2023*).

Für die pädagogische Praxis ergibt sich daraus eine besondere Herausforderung: Fachkräfte arbeiten mit (jungen) Menschen, deren Lebenslagen häufig von genau diesen intersektionalen Erfahrungen geprägt sind, während entsprechende Forschungsperspektiven noch unzureichend entwickelt sind. Umso wichtiger ist es, praxisbasierte Erfahrungen zu dokumentieren und Ansätze sichtbar zu machen, die auf diese komplexen Lebensrealitäten reagieren.

Praxis-Einblick: Intersektionale Gesundheitsförderung von mehrfach marginalisierten Mädchen* und jungen Frauen*

Die folgenden Praxisbeispiele illustrieren, wie fachlich fundierte, niedrigschwellige und empowernde Ansätze zur intersektionalen Gesundheitsförderung für Mädchen* und junge Frauen* umgesetzt werden können.

Praxisbeispiel 1: Brücken ins Gesundheitssystem bauen

Vorangestellte Studienergebnisse sowie Erfahrungen aus der Praxis zeigen deutlich, dass viele Mädchen* und junge Frauen* mit Fluchterfahrung institutionelle Hürden im Gesundheitssystem erleben: Sprachbarrieren, Unsicherheit bezüglich Ansprüchen, fehlende Orientierung oder negative Erfahrungen mit Behörden und medizinischem Personal. Diese Barrieren wirken sich unmittelbar auf die Inanspruchnahme von Präventions- und Unterstützungsangeboten aus.

Langfristige Beziehungsarbeit, Sicherheit und Vertrauen sind wichtige Türöffner. Daher wurde im Mädchen*treff Tübingen e.V. eine Angebotsstruktur entwickelt, die bekannte Zugänge (in diesem Fall ein offenes Mädchen*Café) nutzt: während der Café- Öffnungszeiten werden in anderen Räumen des Hauses niedrigschwellige Sprechstunden zu Themen der Mädchen*- und Frauen*gesundheit angeboten, die ohne Anmeldung und fast unbemerkt besucht werden können. Dadurch entstehen wichtige Erstkontakte zu Fachberatungsstellen und Initiativen.

Bisher wurden unter anderem Sprechstunden zu folgenden Themen angeboten:

- Wohlbefinden und Gesundheit: Körper – Sport – Ernährung (mit einer Hebamme)
- Diskriminierung und Gesundheit: Erfahrungen – Rechte – Unterstützung (mit einer Antidiskriminierungsberaterin von adis e.V.)
- Sexualität und Schutz: Körper – Verhütung – Mythen – Schutz – Rausch (Aidshilfe e.V.)
- Sexualisierte Gewalt (Frauen helfen Frauen e.V.)
- Gewalt zu Hause (Frauen helfen Frauen e.V.)



Darüber hinaus hat sich Einzelbegleitung als ein wichtiger Baustein erwiesen. Fachkräfte übernehmen dabei eine vermittelnde Rolle – als Lotsinnen im System, als Vertrauenspersonen und als stabile Bezugspunkte in belastenden Lebensphasen. Die zentralen Voraussetzungen dafür sind Kontinuität und ausreichend personelle Ressourcen; kurze Projektlaufzeiten und Befristungen widersprechen diesem Grundsatz.

Praxisbeispiel 2: Gruppenarbeit als Empowerment- und Schutzraum

Das wöchentlich stattfindende Gruppenangebot („What the FAQ?!“) bietet einen geschützten Rahmen, in dem Fragen rund um das Thema Gesundheit an der Schnittstelle Gender, Flucht und Armut besprochen werden können. Teilnehmen können Mädchen* und junge Frauen* ab 14 Jahren, idealerweise bleibt die Gruppenkonstellation über mehrere Wochen konstant. Da die meisten Besucherinnen des Mädchen*treffs selbst nach Deutschland geflüchtet sind und spätestens mit dem Ankommen hier in relativer Armut leben müssen, gibt es in aller Regel Berührungspunkte zu den vorangestellten Themen. Die Inhalte werden größtenteils partizipativ bestimmt: eine anonyme Fragenbox oder online-Tools senken Hemmschwellen und ermöglichen es, auch schambesetzte Themen anzusprechen.

Ein Beispiel, wie eine inhaltliche, bestärkende Auseinandersetzung mit dem Thema Jugendarmut aussehen kann, zeigt ein kurzer Videoclip, der im Rahmen des 8. März zum Weltfrauen*tag entstanden ist. Bemerkenswert ist dabei unter anderem, dass die strukturellen Zusammenhänge zwischen Gender, Armut und Rassismuserfahrungen aus der Gruppe selbst heraus zur Sprache kamen. Den Einstieg ins Thema eröffnete eine Menti-meter-Umfrage („Was bedeutet Jugendarmut für dich?“), die für einige Tage auf Instagram und als QR-Code in den Räumen des Treffs geteilt wurde. Die daraus entstandene Wortwolke mit Begriffen diente der Gruppe als Gesprächsgrundlage. Eine zweite Folie bot die Möglichkeit, anonym

und Ausgangspunkt dafür ist ein Verständnis von Gesellschaft, welches Ausschlüsse und Diskriminierungserfahrungen benennt und strukturell einordnet. Sie orientieren sich dabei an einem Empowerment-Ansatz wie ihn beispielsweise adis e.V.³ vertritt: Empowerment bedeutet Selbstermächtigung; es geht darum, gemeinsam für politische Rechte und Veränderung zu kämpfen, Räume zu schaffen, in denen junge Menschen ihre eigenen Ressourcen erkennen und Handlungsmöglichkeiten erweitern können. Marginalisierte Perspektiven werden mithilfe kreativer Methoden sichtbar gemacht, Erfahrungen von Solidarität und Gemeinschaft bilden einen Gegenpol zu Ohnmacht und Vereinzelung. Die Botschaft oder (Selbst-)Erkenntnis „Du bist nicht schuld“ wirkt enorm entlastend und kann nachhaltig zur Stabilisierung der mentalen (und körperlichen) Gesundheit beitragen. Diskriminierung wird nicht als individuelles Versagen verhandelt, sondern als strukturelles Problem.

Hierfür werden fortlaufend und partizipativ neue Methoden und kreative Ansätze entwickelt und erprobt, die in verschiedenen Workshop-Modulen anderen Fachpersonen zugänglich gemacht werden.

Lena Hezel (sie/ihr), Diplom Pädagogin, Mädchen*treff e.V. Tübingen. Unter anderem Projektleitung von „Makan Ahlami – mein Lieblingsort“ zum Schwerpunkt Mädchen*Gesundheit mit besonderem Blick auf die Risikofaktoren Flucht- und Armutserfahrung; sowie Leitung des Empowermentprojekts der Stadt Tübingen (2022) für armutsbetroffene Jugendliche.

Kontakt: lena.hezel@maedchentreff-tuebingen.de

Lea Walz (sie/ihr), M.A. Allgemein Pädagogik, B.A. Erziehungswissenschaft, Mädchen*treff e.V. Tübingen. Unter anderem Projektleitung von „Yallah“ zum Schwerpunkt Übergang Schule – Beruf/Lebensperspektiven von Mädchen* und Frauen* mit Fluchterfahrung sowie Projektleitung von „Gesundheitsversorgung intersektional denken: Ein Brückenangebot für mehrfach belastete junge Frauen*“.

Kontakt: lea.walz@maedchentreff-tuebingen.de

Literatur und weiterführende Links:

Bohland et al. (2024): Depression and anxiety in female refugees from East Africa and the Middle East displaced to Germany: crosssectional results of the female refugee study, taking sociodemographic and migration-related factors into account. *Front. Psychiatry* 14:1303009 doi. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1303009>

Kaman, A., et al. (2025). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der COPSY Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 68, 670–680. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04045-1>

Klasen, F., et al. (2017). Health inequalities in children and adolescents in Germany: Findings from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Journal of Health Monitoring*, 2(S3). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-103>

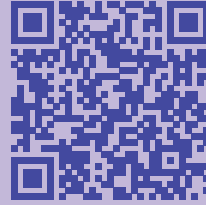
Lampert, T., et al. (2019). Health inequalities among children and adolescents in Germany: Findings from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Journal of Health Monitoring*, 4(1). <https://doi.org/10.25646/5867>

Nowak, A.C., Hornberg, C. (2023): Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie. *Bundesgesundheitsblatt* 66, 1117–1125. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03614-y>

RKI – Robert Koch Institut. (2023). Mädchengesundheit: https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Frauenbericht/03_Maedchengesundheit.pdf?__blob=publicationFile&v=1



[Link zum Video „Jung,
prekär und weiblich“](#)



[Link zum
Empowermentverständnis
von adis e.V](#)



Traumapädagogisches Arbeiten am Beispiel von JELLA – pädagogische und therapeutische Hilfen für Mädchen¹ (Annkatrin Klüter)

Wer ist überhaupt traumatisiert?

Ein Blick in soziale Netzwerke macht deutlich: Traumaspezifische Sprache ist längst Teil von Alltags- und Jugendkultur geworden und Überwindung von Traumata ist längst nicht mehr nur Thema von Fachliteratur, sondern in der Rubrik Ratgeber gut vertreten auf den Bestsellerlisten. „Das triggert mich“ oder „das hat mich voll traumatisiert“ sind Teil von Alltagsgesprächen geworden. Um gerade in der Arbeit mit Mädchen* oder jungen Frauen* zu erkennen, wessen psychische Gesundheit tatsächlich durch traumatische Erlebnisse beeinflusst ist, hilft ein grundlegendes Wissen über die klinischen Kriterien für Traumatisierung.

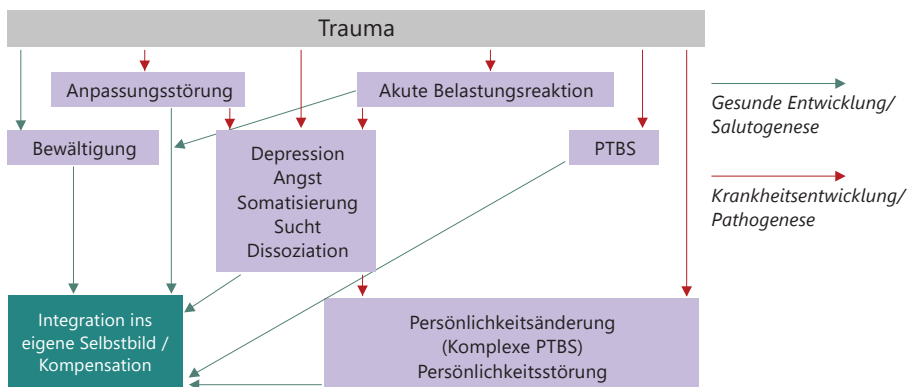
Traumatische Erfahrungen beinhalten physische und sexuelle, aber auch psychische Gewalt wie Doublebind, Missachtung, unangemessene Eltern-Kind-Beziehungen oder Bindungstraumata. Des Weiteren zählen zu ihnen alle Arten von Unfällen (Straßenverkehr, Haushalt, medizinische Kontexte, ...), Naturkatastrophen, extreme Kälte, Hitze, Geräusche oder Licht, schwere Verluste, Kriege, Verlassen-Sein oder sekundäre Traumata, die kein eigenes Erleben der Situation erfordern (*vgl. Precht 2023, S.15-21*). Das hier nicht abschließend dargestellte Spektrum der traumatischen Erfahrungen ist sehr breit, es enthält einmalige und aufeinanderfolgende und/oder anhaltende Ereignisse, letztere in der Regel von Menschen ausgehend.

Dabei führt nicht jedes dieser Ereignisse automatisch zu einer Traumatisierung, es müssen die folgenden drei Kriterien erfüllt sein: Ein Trauma entwickelt sich durch Situationen oder Geschehnisse, welche durch extreme oder langanhaltende, meist außergewöhnliche Belastung gekennzeichnet sind (traumatisches Ereignis); wodurch die Bewältigungsstrategien von Betroffenen überstiegen werden (fehlende Bewältigungsstrategien/Überforderung); was zu einer dauerhaft tiefgreifenden Veränderung des Selbst- und Weltbildes führt; und mit einer andauernden Veränderung von

¹JELLA verwendet die Schreibweise „Mädchen“ ohne Sternchen. In dem Textteil, der sich konkret auf die Einrichtung bezieht, wird diese Schreibweise so übernommen.

Denken, Fühlen und Handeln einhergeht (*Traumafolgestörungen*).
(vgl. Baierl, 2016, S. 23–24, zit. Nach Staub/Seidl 2024).

Anhand folgender Grafik wird gut sichtbar, in welchem Zusammenhang Traumafolgestörungen und Bewältigung zueinander stehen.



Übersicht Traumafolgestörungen (aus Flatten u.a. 2004 S5, zitiert nach Hammer/Pöbl 2020)

Menschen, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, sind in ihrem Alltagserleben mit unterschiedlichen Symptomen konfrontiert. Dazu gehören anhaltende Erinnerung oder Wiedererleben, beispielsweise in Form von Nachhallerinnerung, Flashbacks, bei denen Betroffene das Gefühl haben, sich erneut in der traumatischen Situation zu befinden oder wiederholenden Träumen. Es kann zur Vermeidung von allen möglichen Aspekten kommen, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen oder im Gegenteil zum zwanghaften Versuch der Wiederholung. Häufig sind Menschen mit PTBS psychisch besonders empfindsam und schnell unter Hochspannung. Oft sind einzelne Details oder große Teile des traumatischen Ereignisses der aktiven Erinnerung nicht zugänglich, außerdem neigen betroffene Personen zu Abspaltung oder Dissoziationen,

wodurch möglicherweise Wahrnehmungsebenen für einen kürzeren oder längeren Zeitraum „abgeschaltet“ werden oder auf körperlicher Ebene Bewegungslosigkeit, Lähmungen oder Krampfanfälle auftreten können. Diese Symptome stehen unbedingt im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis und halten auch lange danach noch an (vgl. *PTBS (posttraumatische Belastungsreaktion) ICD-10, ergänzt durch Staub/Seidl 2024, S6*). Sie können in unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit auftreten.

Im ICD-11 wird außerdem die komplexe PTBS eingeführt, bei der Menschen zusätzlich große Schwierigkeiten in ihrer Selbstorganisation erleben. Das zeigt sich unter anderem auf der Ebene der Stimmung, die unabhängig von aktuellen Erlebnissen als hauptsächlich abgestumpft oder aufgebraucht erlebt wird. Des Weiteren halten sich Betroffene häufig für durch und durch verkümmert, gescheitert, wertlos und/oder schuldig und haben große Schwierigkeiten mit Beziehungen, die sich unter anderem in dem Gefühl von Beziehungslosigkeit oder Problemen mit emotionaler Nähe zeigen (vgl. *Staub/Seidl 2024, S9*).

In der pädagogischen Arbeit mit Mädchen* und jungen Frauen* kann es hilfreich sein, einen sensiblen Blick für Anzeichen tatsächlicher Traumatisierung zu besitzen, um im Bedarfsfall bei der Suche nach geeigneter Hilfe zu unterstützen.

Geeignete Hilfe am Beispiel von JELLA

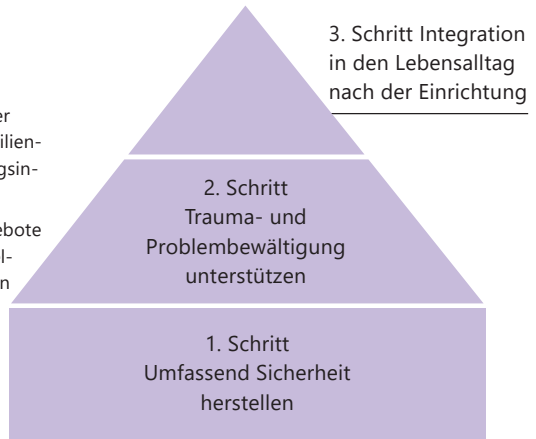
Die Stuttgarter Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung JELLA richtet sich in drei stationären Angeboten an Mädchen und junge Frauen im Alter von 14–21 Jahren mit Suchtproblemen und Traumafolgestörungen.

Das Hilfeangebot erfolgt in differenzierten, aufeinander aufbauenden Stufen, die sich an der Stabilität der jeweiligen Klientin orientieren, und ist ausdrücklich clean und gewaltfrei ausgerichtet. Alle Angebote werden aus konzeptionellen Gründen ausschließlich durch weibliche Fachkräfte begleitet und beruhen auf einer Synthese aus Alltagsbegleitung, Traumapädagogik und (Sucht)Therapie. Dabei kann die Aufnahme bedarfsabhängig in eine der zwei vollstationären Wohngruppen JELLA I und JELLA II erfolgen. JELLA I ist als therapeutische Wohngruppe konzipiert und stellt das intensivste Angebot innerhalb der Einrichtung dar. Hier werden Mädchen mit einer Suchtproblematik im Anschluss an eine abgeschlossene Entzugsbehandlung aufgenommen, wobei die Sucht häufig eng mit traumatischen Erfahrungen und psychischen Belastungen verbunden ist. Substanzkonsum stellt für viele einen Bewältigungsversuch belastender Lebensereignisse bzw. traumatischer Symptome dar und Mehrfachdiagnosen sind eher die Regel als die Ausnahme.

Die traumapädagogische Wohngruppe JELLA II richtet sich ebenfalls an Mädchen und junge Frauen mit verschiedensten Traumafolgestörungen, bei denen allerdings keine Sucht oder missbräuchlicher Konsum vorliegen oder diese bereits gezielt bearbeitet wurden. Grundsätzlich zielt die Begleitung in JELLA darauf ab, Mädchen und junge Frauen zu befähigen, ein so symptomfreies und selbstbestimmtes Leben wie möglich zu führen, traumatische Ereignisse hinter sich zu lassen und aktiv ihren Alltag und ihre Zukunft zu gestalten. Trotz des Fokus auf Trauma können auch Mädchen mit seelischen Schwierigkeiten, bei denen keine Traumatisierung vorliegt, bei entsprechendem Bedarf in JELLA aufgenommen werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Einsatz von Fachkräften der:

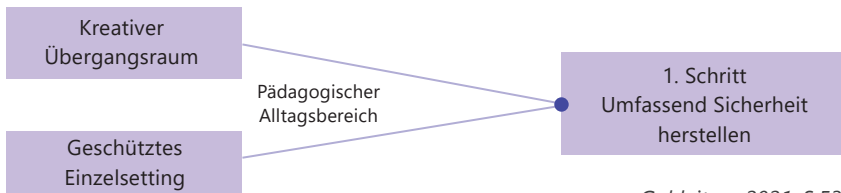
- Bezugsbetreuung, des Gruppensettings und der zugehörigen Netzwerke (inkl. Elternarbeit, Familientherapie etc.) zur repräsentation eines erfahrungsinintensiven pädagogischen Alltags
- kreativ- oder bewegungstherapeutischen Angebote und / oder umgebenden Netzwerke zur Herstellung eines übungs- und erfahrungs-orientierten Übergangsraums
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder Fachberatung für ein reflexiv aktives, vor dem Alltag geschütztes Einzelsetting"



aus Gahleitner 2021, S.53

Anhand der Darstellung psychosozialer Intervention von Silke Birgitta Gahleitner (2021) lässt sich die interdisziplinäre, traumaspezifische Arbeitsweise von JELLA gut verdeutlichen, die im Fokus dieses Beitrags steht. Anzumerken ist dennoch, dass vor allem JELLA I, aber auch JELLA II immer wieder im Spannungsfeld zwischen Vertrauen sowie dem Ermöglichen von sicheren Schutzräumen (traumaspezifisches Arbeiten) und Kontrolle und Misstrauen gegenüber destruktiven/süchtigen Anteilen (bzw. suchtspezifisches Arbeiten) steht, das in der Arbeit mit Mehrfachdiagnosen unumgänglich auftritt.

Gahleitner unterscheidet zwischen pädagogischem Alltag, kreativem Übergangsraum und geschütztem Einzelsetting. In JELLA finden die Elemente des pädagogischen Alltags und des geschützten Einzelsettings unter einem Dach statt und sind dennoch klar voneinander abgetrennt. Jede Klientin wird sowohl durch eine Bezugsbetreuerin als auch durch eine Einzeltherapeutin begleitet, die Teil desselben Teams sind. Des Weiteren gibt es die Möglichkeit zur intensivierten Familienarbeit, die an den Bedarf des jeweiligen Systems angepasst werden kann.



aus Gahleitner 2021, S.53

Als ersten Schritt benennt Gahleitner die umfassende Herstellung von Sicherheit. Besonders gefordert ist hierbei der pädagogische Alltagsbereich. Daher gibt es in JELLA Regeln, die für alle klar sind und an die sich alle halten. Das bedeutet beispielsweise den Verzicht auf Gewalt, Gewaltandrohungen oder Gewaltdarstellungen, egal auf welchem Medium sowie die Abstinenz von Drogen und Alkohol. Alle Mädchen und Mitarbeiterinnen arbeiten gemeinsam daran, den Schutzraum aufrecht zu erhalten.

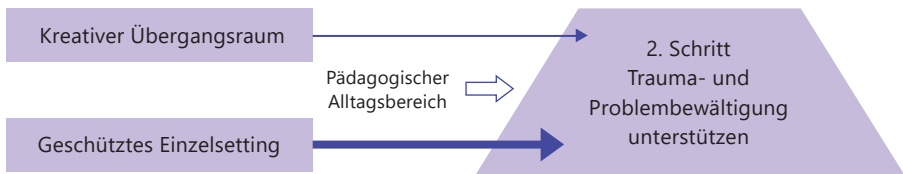
Sicherheit entsteht aber auch dadurch, dass die Gruppenalltagsgestaltung für die Klientinnen möglichst transparent und absehbar ist. Durch regelmäßige Vorbesprechung der kommenden Woche können sich die Mädchen und jungen Frauen auf für sie herausforderndere Situationen gezielt vorbereiten und lernen, in ihrer individuellen Planung Platz für ihre Bedürfnisse zu schaffen.

Sicherheit bezieht sich auch auf die räumliche Ebene: In den Wohnräumen halten sich bis auf wenige Ausnahmen nur die Mädchen und Mitarbeiterinnen auf und eigene Bewohnerinnenzimmer erlauben eigene Wohlfühlorte. Außerdem finden Besuche und Telefonkontakte nur dann statt, wenn sich die Klientinnen ausdrücklich selbst dafür entschieden haben.

Auch das Krisenmanagement ist elementarer Bestandteil von Sicherheit: Alle Klientinnen und Mitarbeiterinnen kennen das Vorgehen bei Flashbacks und Dissoziationen, aber auch bei Rückfällen, selbstverletzendem Verhalten oder Suizidalität. Innerhalb der ersten Wochen erarbeitet außerdem jedes Mädchen mit ihrer Bezugsbetreuerin einen individuellen Krisenplan,

der im Bedarf in der Einzeltherapie ergänzt wird. Krisen können so auf einem sicheren Fundament bewältigt werden.

Neben dem Herstellen äußerer Sicherheit sind auch sichere Beziehungsangebote sowohl im pädagogischen Alltag als auch im Einzelsetting von großer Bedeutung. Vor allem in den ersten Wochen ist daher eines der Kernziele, tragfähige Beziehungen aufzubauen. Gerade komplextraumatisierte Klientinnen benötigen Zeit und Geduld, um Bezugspersonen gegenüber Vertrauen zu fassen.



aus Gahleitner 2021, S.53

Sicherheit ist die unabdingbare Voraussetzung für eine Bewältigung traumatischer Erlebnisse, welche als zweiter Schritt beschrieben wird. Die Unterstützung hierin bleibt Aufgabe des pädagogischen Alltagsbereichs, gleichzeitig wird hier das geschützte Einzelsetting relevanter und auch der kreative Übergangsraum nimmt zu. Traumatisierte Menschen erleben Alltag auch in Sicherheit als dauerhafte Gefahr, da das kognitive Wissen um Sicherheit in der Regel nicht ausreicht, um das auf deutlich tieferer Ebene verinnerlichte Gefährdungsgefühl aufzulösen. Daher braucht Trauma- und Problembewältigung deutlich mehr als die therapeutische Aufarbeitung des Einzelsettings. Im pädagogischen Alltag geht es bei JELLA daher bewusst nicht um die Vergangenheit, vielmehr versuchen die Fachkräfte im Gruppendienst Brücken ins Hier und Jetzt zu bauen und haltende Strukturen anzubieten. Die sicherheitsstiftende Alltagsstruktur erfüllt dabei noch einen weiteren Zweck: Die Mädchen lernen, dass das

Leben auch mit Stimmungseinbrüchen, Impulsen oder Erinnerungen weiter geht und beispielsweise gemeinsame Mahlzeiten schneller wieder zurück in die Gegenwart holen als der Rückzug ins eigene Zimmer. Durch die klare Trennung zwischen Therapie und Alltag bekommt das Trauma außerdem einen Ort und eine Zeit, wodurch die Klientinnen lernen, ihre Impulse zu sortieren und sich damit selbst zu regulieren.

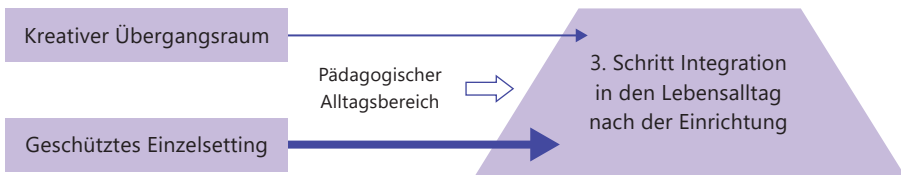
Ein wichtiger Bestandteil für das Hier und Jetzt ist das Einüben von Achtsamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit. In JELLA gibt es im Alltag fest integrierte Bestandteile, in denen die Mädchen angeleitet ihre aktuelle Stimmung erkennen und gegebenenfalls notwendige Handlungsschritte direkt ableiten können. So kann beispielsweise eine begleitete, abendliche Auswertung des Tages helfen, dass Klientinnen bislang verdrängte unangenehme Empfindungen erkennen und Krisen abgewendet werden können, bevor sie sich beim Schlafengehen entzünden. Zusätzlich bietet sich im Alltag auch die Möglichkeit, in ganz kleinen Elementen Achtsamkeit zu unterstützen, indem die Fachkraft beispielsweise auf schöne Gerüche oder kleine, besondere Details aufmerksam macht oder zum bewussten Genuss einer besonderen Süßigkeit einlädt.

Außerdem gibt es keine bessere Möglichkeit zu lernen, dass Leben angenehm sein kann und zu meistern ist, als es zu erleben. Daher sind auch gemeinsame freizeit- und erlebnispädagogische Elemente Teil des Alltags, genauso wie das Feiern von kleinen und großen Erfolgen und Ereignissen, wie Geburtstage, Schulerfolge, Jahrestage der Substanzabstinenz oder Selbstverletzungskarenz oder einen Zugewinn an Handlungsfreiheit.

Oft findet im pädagogischen Alltagsbereich auch Stärkung für den kreativen Übergangsraum statt. Mit der Rückendeckung der Wohngruppe gelingt es vielen Klientinnen – oft nach Jahren von Schulabstinenz – wieder einen regelmäßigen Schulbesuch aufzunehmen oder einen beruflichen Weg einzuschlagen. Die Mädchen und jungen Frauen lernen Hobbies,

Freundschaften oder Liebesbeziehungen außerhalb der Wohngruppe (wieder) aufzunehmen und erproben sich darin, an altersgemäßen Beschäftigungen, ohne enorme innere Anspannung teilhaben zu können. Das betrifft sowohl Bereiche der politischen Teilhabe als auch Shoppingtouren, längere Ausflüge oder Club- und Konzertbesuche. Der Übergang von pädagogischem Alltag zu kreativem Übergangsraum gestaltet sich dabei oft fließend. Manche Mädchen besuchen beispielsweise ihr erstes Konzert mit ihrer Bezugsbetreuerin, das nächste mit einer Mitbewohnerin und dann schließlich möglicherweise mit einer Freundin außerhalb von JELLA.

Manche Mädchen entscheiden sich auch, den kreativen Übergangsraum insofern zu erweitern, als dass sie von JELLA I oder II in das Betreute Jugendwohnen JELLA III wechseln und damit deutlich mehr Alltagsbereiche eigenständig und mit weniger Unterstützung bestreiten.



aus Gahleitner 2021, S.53

Als dritter Schritt folgt die Integration in einen Lebensalltag nach JELLA. Damit dieser gelingen kann, zielen die letzten Monate in JELLA auf die Vorbereitung des Auszuges ab. Die innerliche Vertiefung der Arbeit in der Einzeltherapie wird abgeschlossen und die Themen, die den neuen Abschnitt betreffen, rücken in den Fokus. Gerade Betroffene von komplexen Traumafolgestörungen benötigen oft viele Jahre therapeutische Begleitung, daher wird in der Regel im direkten Anschluss oder mit etwas zeitlichem Abstand ein weiteres geschütztes Einzelsetting aufgesucht. Genauso wichtig wie das Schaffen neuer Sicherheiten ist außerdem ein

bewusstes, mit festen Ritualen verbundenes Abschiednehmen von JELLA, einhergehend mit dem Rückblick auf schöne Alltagsmomente und persönliche Erfolge. Für viele Klientinnen war JELLA ein Zuhause auf Zeit, manchmal war es der erste Ort, der sich sicher anfühlte. Wenn es gelingt, am Ende des gemeinsamen Prozesses sowohl Traurigkeit als auch Vorfreude auf etwas Neues zu spüren, kann der Abschied als Teil von lebendig sein und nicht mehr nur als Teil vom Überleben erfahren werden.

Annkatriin Klüter, *Soziale Arbeit (B.A.), interkulturelle Bildung, Migration und Mehrsprachigkeit (M.A.), klinische Gestalttherapeutin und Heilpraktikerin beschränkt auf Psychotherapie*

Seit 2018 in der Mädchenspezifischen Arbeit bei JELLA – pädagogische und therapeutische Hilfen für Mädchen und junge Frauen mit Traumafolgestörungen und/oder Suchtproblem, Neckarsulmer Straße 3, 70435 Stuttgart

Kontakt: Annkatriin.Klueter@bw-lv.de

Literatur:

Tabea Staub, Sarah Seidl (2024) Traumapädagogik: Grundlagen und Praxiswissen (Kindheits-)Trauma und traumapädagogischen Standards, Berlin: Springer.

Dipl.Psych. Anke Precht (2023) Der Trauma Notfallkoffer: Praktische Übungen zur Selbsthilfe, Stuttgart: Thieme.

Silke Birgitta Gahleitner (2021) Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen, Bonn: Psychiatrieverlag.

Der Weg in eine Essstörung beginnt mit sorgenvollem Essverhalten. Das wirkt anfangs harmlos, da kontrolliertes und restriktives Essen in unserer

Essstörungen früh erkennen und erste Interventionen gestalten. Anregungen für ein erstes Gespräch (Regine Kottmann)

Gesellschaft so alltäglich erscheint. Wenn du untenstehendes bei einer Person wahrnimmst, dann ist es gut, wenn du aufmerksam bist. Je früher jemand sein Essverhalten wieder entspannt: hin zu satt sein und intuitiv essen, desto geringer ist das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln.

Die Entstehung der Essstörung zeigt sich immer in einer **Kombination und Wechselwirkung** aus verändertem Essverhalten und dem Versuch, den eigenen (Selbst)-Wert durch das Aussehen oder eine hohe Kontrolle oder das Mitmachen eines Trends zu erhöhen. Es geht also nicht nur um das Essen, sondern um die emotionale Bedeutung, die das Essen oder Nicht-Essen bekommt. Sowohl das Hungern als auch das Essen von großen Mengen oder Essanfällen haben eine beruhigende, ablenkende, regulierende Wirkung auf die Personen. Wir sprechen hier von den Funktionen des Essverhaltens.

Was kann ich wahrnehmen?

Auf der Ebene des Essverhaltens ist folgende Entwicklung häufig zu beobachten: Zuerst werden beispielsweise die Süßigkeiten weggelassen, dann wird die Ernährung umgestellt und streng „gesund“ gegessen, meistens vegetarisch oder vegan. Hinzu kommt, dass die Person betont, wie wichtig es sei, sich „gesund“ zu ernähren. „Gesund essen“ bedeutet für sie dann: wenig Kohlenhydrate (z.B. Brot, Nudeln, Kartoffeln) und keine Fette (z.B. Butter, Salatöle oder Sahne) zu sich zu nehmen. Stattdessen werden vor allem große Mengen an Obst und Gemüse verzehrt. Ist dieses Essverhalten dann begleitet von häufigem Wiegen, Ausprobieren von Diäten, Kalorienzählen, Verzehr von kalorienarmen Produkten, verstärktem Sporttreiben mit dem Ziel abzunehmen bis hin zum gezielten Erbrechen von Mahlzeiten, wird es gefährlich.

So wird aus dem riskanten Essverhalten ein immer strengeres Diktat, das vorgibt, was, wann und wie viel gegessen werden darf. Jetzt besteht ein hohes Risiko, eine Essstörung zu entwickeln.

Manche Personen bekommen nach einer restriktiven Zeit unkontrollierbare Heißhungergefühle und dann Essanfälle, was den Weg in die Bulimie oder eine Binge-Eating-Störung¹ ebnen kann.

Warnzeichen sind:

- Anhaltende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und mit sich selbst.
- Starke Abnehmwünsche, wiederholte Diätversuche und die ständige Beschäftigung mit dem Thema Essen und Figur.
- Starker Gewichtsverlust oder -zunahme in kurzer Zeit.
- Einschränkung der Nahrungsmittel in Auswahl und/ oder Menge. Es wird nicht mehr spontan und lustvoll gegessen, sondern nach Regeln, nur bestimmte Lebensmittel sind okay.
- Essen häufig aus Langeweile, Frust und Ärger.
- Chaotisches Essen: Mal sehr viel, mal sehr restriktiv. Schwierigkeiten, mit dem Essen aufzuhören und zu merken, ob man satt ist.
- Zunehmende Streitereien übers Essen mit den Eltern. Gemeinsame Essenssituationen vermeiden.
- Der Umgang mit sich und dem eigenen Körper verändert sich hin zu: Häufigem Wiegen, oft mehrmals täglich. Ständiges abwerten bestimmter Körperteile oder des eigenen Körpers. Sich viel Vergleichen mit sehr schlanken Menschen und eine ständige Angst, dick zu werden. Vermehrte Sportaktivitäten mit Steigerung der Dosis.
- Wichtige Alarmzeichen sind auch: Niedergeschlagenheit, Unzufriedenheit, Ängste, Rückzug, Andeutungen für Mobbing in der Klasse, selbstverletzendes Verhalten.

¹Bulimie ist eine Essstörung, bei der regelmäßig unkontrolliert große Mengen gegessen werden. Zusätzlich ergreifen die Betroffenen Maßnahmen, zum Beispiel herbeigeführtes Erbrechen, um das Gewicht zu verringern, bzw. eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Bei der Binge-Eating-Störung bleiben diese Maßnahmen aus.

Wie kannst du als Fachkraft gut ins Gespräch kommen, wenn du ein riskantes Essverhalten beobachtest und dir Sorgen machst?

Besprich dich mit Kolleg*innen - wer ist die beste Person, die sich über einen längeren Zeitraum engagieren könnte? In aller Regel reicht ein einzelnes Gespräch nicht aus.

Sorge für einen geschützten Raum und gehe respektvoll auf die Person zu.

Beschreibe was dir aufgefallen ist und warum du dir Sorgen machst: Sei es ein Rückzug, den du wahrnimmst, oder dass die Person traurig oder wütend wirkt. Beschreibe, was du wahrnimmst und frage nach, ob etwas dran ist. Du kannst auch das Essen zum Thema machen, es sollte aber nicht im Mittelpunkt stehen.

Sprich in Ich-Botschaften, zum Beispiel: „Ich habe den Eindruck, dass du in letzter Zeit körperlich geschwächt bist, ich sehe, dass du dich zurückziehst, ich habe den Eindruck, es geht dir nicht gut, manchmal denke ich auch, du hast vielleicht Kummer, auf jeden Fall mache ich mir Gedanken um dich und bin in Sorge. Ich habe den Eindruck, das Essen stresst dich oder fällt dir schwer? Magst du mir erzählen, wie es dir geht?“.

Versuche im Gespräch die Kontrolle möglichst bei der Betroffenen zu lassen. Gib keine Essenstipps, keine direkten Vorschläge, was getan werden könnte. Du solltest davon ausgehen, dass die Person im Moment möglicherweise noch gar keine Hilfe möchte, sondern das Essverhalten so belassen möchte, wie es ist. Zugleich kann es wichtig sein, eine erste Stimme zu hören, die da sagt: „Ich sehe Dich und ich mache mir Gedanken über dich“. Das heißt: die Ambivalenz der Betroffenen, Ihren Wunsch nach Kontrolle zu respektieren und trotzdem da zu sein und nicht wegzuschauen.

Nimm dir Zeit zuzuhören. Rechne damit, dass die Person alles abwehrt, und versichert, es sei alles in Ordnung. Du kannst sie dann 1-2 Wochen später erneut ansprechen.

Weitere Themen, an die du denken und die du gegebenenfalls ansprechen kannst: Beschäftigt sich die Person oder die Gruppe viel mit Essen, Beauty, Fitness, Skinnytok² oder ähnlichen Inhalten auf Instagram / TikTok? Interessiere dich dafür, wie es ihr damit geht. Interessiere dich dafür, wie die Clique mit Essens- und Körperthemen umgeht. Gibt es Wettbewerbe oder Trends wie: „Nur noch „gesund“ essen, nichts mehr nach 1h essen“ usw.

Bereite dich gut auf ein Gespräch vor, indem du Infos von Beratungsstellen in der Nähe oder hilfreichen Apps im Netz raussuchst: z.B. [aidable](#) oder [eatappie.de](#)

Im ersten Gespräch machen scheinbare Kleinigkeiten einen großen Unterschied: Darum ist es wichtig, sich **und** dem Gegenüber Zeit zu lassen und zuzuhören. Auch eine längere Pause zuzulassen – einen stillen Moment – kann hilfreich sein. Nach dem Motto: „You can’t listen, while you preach“.

*Freund*innen oder Pädagog*innen sind wichtige frühe Beobachter*innen. Frühes Ansprechen kann entscheidend sein. Man muss keine Expert*in sein, um einen Unterschied zu machen – aufmerksam sein, informiert sein, beherzt in Kontakt gehen und zuhören – das sind wichtige Schlüssel.*



Regine Kottmann, Systemische Beraterin und Supervisorin (DGSF)
Lebenshunger Präventions- und Beratungsstelle bei Essstörungen
Hirschauer Str. 1, 72070 Tübingen, Telefon 07071 763006
www.tima-ev.de, Leitung und Beratung;

Kontakt: kottmann@tima-ev.de, kottmanncoaching@gmail.com

aidable



eatappie



²Skinnytok ist ein Trend auf der Plattform TikTok, der ein extrem schlankes Schönheitsideal propagiert. In diesem Zusammenhang werden gefährliche Praktiken zur drastischen Gewichtsabnahme verbreitet und Essstörungen verharmlost. Die Inhalte der Skinnytok-Kanäle richten sich insbesondere an Mädchen* und junge Frauen*.

HILFE DURCH FREUND*INNEN

tima

www.tima-ev.de

WENN DU DIR SORGEN UM EINE*N FREUND*IN MACHST ODER ERFAHREN HAST, DASS SIE/ER EINE ESSSTÖRUNG HAT, FÜHLSST DU DICH VIELLEICHT ERST EINMAL UNSICHER. VIELLEICHT FRAGST DU DICH AUCH, OB UND WIE DU MIT IHR/IHM DARÜBER SPRECHEN SOLLST, WIE SEHR DU DICH EINMISCHEN DARFST UND OB DU DAMIT ALLES NOCH SCHLIMMER MACHST.

1

WENN DU DIR SORGEN MACHST, WEIL DEIN*E FREUND*IN IMMER DÜNNER WIRD, SPRICH SIE/IHN IN EINEM RUHIGEN MOMENT DARAUFGAN. WICHTIG IST DABEI, VON DIR UND DEINEN EIGENEN BEOBSACHTUNGEN UND SORGEN ZU SPRECHEN.

2

ERMUTIGE DEINE*N FREUND*IN MIT ELTERN ODER ANDEREN VERTRAUTEN ERWACHSENEN ÜBER DAS PROBLEM ZU SPRECHEN.

3

VERSICHRE NICHT, GEHEIMNISSE ÜBER DAS PROBLEM FÜR DICH ZU BEHALTEN. SOLCHE VERSICHRE KÖNNEN DICH IN EINE SCHWIERIGE LAGE BRINGEN, WENN DU DAS GEFÜHL BEKOMMST, DICH JEMANDEM MITTEILEN ZU MÜSSEN, UM DEINER FREUND*IN ZU HILFEN.

4

LASS DEINE*N FREUND*IN WISSEN, DASS DU FÜR SIE/IHN DA BIST. WICHTIG IST ES, EIN OFFENES OHR ZU HABEN UND ZU VERSUCHEN VERSTÄNDNIS ZU ZEIGEN. ACHE ABER AUCH AUF DEINE GRENZEN.

5

DAS PROBLEM KANN NUR DIE/DER BETROFFENE SELBST ÜBERWINDEN. DU KANNST DAS NICHT WIRKLICH BESCHLEUNIGEN. ABER DU KANNST IHR/IHM MUT MACHEN, SICH HILFE ZU SUCHE ODER SICH AN UNS ZU WENDEN.

6

UNTERNEHMT WEITERHIN NORMALE DINGE, DIE IHR AUCH FRÜHER GERNE GEMEINSAM GEMACHT HABT.

7

INFORMIERE EUCH GEMEINSAM ÜBER HILFSANGEBOTE, Z.B. IN FORM VON SPEZIELLEN BERATUNGSSTELLEN ODER INFORMATIONSMATERIALIEN.

8

ACHE AUF DEINE GEFÜHLE. WER IST FÜR DICH DA UND WIE KANNST DU DICH ENTLASTEN?



DU BIST WERTVOLL



INSTAGRAM:

@TIMA_UNGEFILTRT



TIMA_UNGEFILTRT



Glossar

Diskriminierung

Diskriminierung umfasst Ungleichbehandlung, Benachteiligung und Ausgrenzung von konstruierten Gruppen, sowie Individuen, die diesen Gruppen zugeordnet werden. Dies geschieht ohne sachlich gerechtfertigten Grund und kann sich zum Beispiel in „Kontaktvermeidung, Benachteiligung beim Zugang zu Gütern und Positionen, als Boykottierung oder als persönliche Herabsetzung“ äußern. Diskriminierung ist „nicht auf individuelles Handeln beschränkt, sondern auch in gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Strukturen verankert [...]. Die Durchsetzung von Diskriminierung setzt in der Regel soziale, wirtschaftliche, politische oder diskursive Macht voraus“ (IDA. E.V.).

Endogeschlechtlich (endo)

„Als endogeschlechtlich können Menschen [bezeichnet werden], die nicht inter sind, also deren Körper bei ihrer Geburt in eine eindeutige medizinische Norm von männlichen bzw. weiblichen Körpern passen“ (*Queer Lexikon*). Eine Person ist demnach endo cis männlich, wenn ihr bei der Geburt das männliche Geschlecht zugeordnet wurde, da die körperlichen Merkmale der medizinischen Norm eines männlichen Körpers entsprechen und sich die Person auch mit dem ihr zugewiesenen männlichen Geschlecht identifiziert.

Intergeschlechtlich (inter*)

„Intergeschlechtliche Menschen sind Menschen, deren körperliches Geschlecht (beispielsweise die Genitalien oder die Chromosomen) nicht der medizinischen Norm von ‚eindeutig‘ männlichen oder weiblichen Körpern zugeordnet werden kann, sondern sich in einem Spektrum dazwischen bewegt. Bis heute werden die Genitalien von inter Kindern nach der Diagnose operativ einem der beiden der medizinischen Norm entsprechenden Geschlechter, meist dem weiblichen, angeglichen. Dies geht teilweise mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen und psychischen Problemen einher“ (*Queer Lexikon*).

Intersektionalität

Der Diskurs um Intersektionalität hat seinen Ursprung in der US-amerikanischen Schwarzen Frauenrechtsbewegung der 1970er und 1980er Jahre und stellte in seinem Ursprung die Kategorien Race, Class (Klasse) und Gender (Geschlecht) als existentielle Triade in den Mittelpunkt. Er wurde von der Juristin Kimberlé Crenshaw geprägt. Der Begriff bezieht sich auf das Zusammenwirken unterschiedlicher Herrschaftsformen. „Intersektionalität meint also nicht lediglich Mehrfachdiskriminierung, sondern die Tatsache, dass die Interdependenz von Differenzlinien und ihre gesellschaftlichen Folgen zu ganz spezifischen Formen der Diskriminierung führen“ (IDA e.V.).

Mädchen*/ Frau*

Mit der Schreibweise Mädchen*/Frau* möchten wir die Annahme einer binären Zweigeschlechtlichkeit in Frage stellen. Die Kategorie Geschlecht ist sozial konstruiert und von gesellschaftlichen Machtverhältnissen geprägt. Sie wirkt gemeinsam mit anderen Kategorien wie Herkunft, Klassenzugehörigkeit, Behinderung, sexuelle Orientierung und vielen weiteren. Geschlecht als Bezugspunkt ist weder abgeschlossen noch unveränderbar und hinter der Kategorie „Mädchen*“ versammeln sich vielfältige Identitäten. Wenn wir von Mädchen* oder Frauen* sprechen, meinen wir alle, die sich aktuell als Mädchen* verstehen.

(Feministische) Mädchen*arbeit adressiert in vielen Kontexten neben Mädchen* auch Jugendliche, die weiblich gelesen oder sozialisiert werden/wurden, die aufgrund patriarchaler Machtverhältnisse benachteiligt werden und Sexismus erfahren. Dies können zum Beispiel trans* oder agender Jugendliche sein, sowie junge Menschen, die sich außerhalb eines binären Geschlechterkonstrukts verorten. Diese finden sich zum Beispiel in dem Akronym MINTA* (Mädchen, inter*, nicht-binär, trans*, agender)/MINTA*arbeit wieder.

Neurotypisch

Neurotypisch steht für „neurologisch typisch“ und beschreibt Menschen, deren neurologische Funktionen in einer (vermeintlichen) Norm verortet werden. Der Gegenbegriff dazu ist „neurodivergent“. „Neurodivergenz ist ein Sammelbegriff für Menschen, die in Bezug auf Wahrnehmung und Denken von gesellschaftlichen Normen abweichen. Das Konzept ist auch ein Versuch, eigenes Erleben ohne Pathologisierung zu beschreiben und sich aus der medizinischen Darstellung, die Diagnosen häufig als Störung betiteln, zu lösen. Unter Neurodivergenz können beispielsweise ADHS, Autismus, sensorische Wahrnehmungsunterschiede, Lernschwierigkeiten, Dyskalkulien, Dyslexien, Trauma-Erfahrungen und Kombinationen daraus fallen“ (*Queer Lexikon*).

Nicht-binär (nichtbinär)

„Nichtbinär ist ein Geschlecht. Als nichtbinär können sich Menschen bezeichnen, die nicht (oder nicht zu 100%) Mann oder Frau sind. Stattdessen ist ihr Geschlecht beispielsweise beides gleichzeitig, zwischen männlich und weiblich, oder weder männlich noch weiblich. Manche nichtbinäre Menschen verorten sich ganz außerhalb des binären Systems, manche haben gar kein Geschlecht (agender) oder haben eine Geschlechtsidentität, die sich immer wieder ändert (genderfluid). Sowohl endogeschlechtliche als auch inter* Menschen können nichtbinär sein“ (*Queer Lexikon*).

Race

Wir verwenden in dieser Handreichung den englischen Begriff race. Der deutsche Begriff „Rasse“ ist eng verknüpft mit der (wissenschaftlich längst widerlegten) Vorstellung, es gäbe verschiedene „Menschenrassen“. In der

nationalsozialistischen Vergangenheit Deutschlands spielte das Konzept unterschiedlicher „Rassen“ in der sogenannten „Rassenlehre“ eine zentrale Bedeutung. Die nationalsozialistische „Rassenlehre“ führte zur Vernichtung mehrerer Millionen Jüdinnen_Juden und anderer verfolgter Menschen wie Menschen mit Behinderung, Sinti*zze und Rom*nja oder queeren Menschen. Der englische Begriff race dient eher dazu, „gesellschaftliche Phänomene zu beschreiben und zu analysieren, die menschengemacht sind und von Institutionen aufrecht erhalten werden“ (Rath/Gasser 2021). Andere Stimmen, wie zum Beispiel der Sozialphilosoph Daniel James, argumentieren, dass der Begriff race nicht weniger biologistisch konnotiert ist als „Rasse“ und schlägt beispielsweise „rassifizierte Gruppe“ als alternativen Begriff vor (vgl. IDA Glossar).

Schwarz

Wir verwenden Schwarz als politischen Begriff, der eine Realität oder Identität beschreibt und schreiben ihn daher groß. Diese Verwendung ist als Selbstbezeichnung aus Widerstandsbewegungen von „Menschen mit afrikanischen oder afrodiasporischen Verbindungen“ (IDA e.V.) hervorgegangen. Er bezeichnet nicht notwendigerweise ein biologisches Merkmal und grenzt sich bewusst von „schwarz“ als biologistisch-rassistischer Kategorie ab (vgl. Quix 2016, S. 92, IDA e.V.).

Transgeschlechtlich (trans*)

„Menschen, die nicht das Geschlecht sind, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, sind trans. Trans Menschen können sowohl binär (also Mann oder Frau) als auch nichtbinär sein. Das Gegenteil von trans ist cis. Nicht alle Menschen, auf die dies zutrifft, bezeichnen sich selbst als trans – das Label sollte also wie immer anderen Menschen nicht übergestülpt werden. Trans wird häufig als Selbstbezeichnung verwendet. Trans wird meistens wie ein Adjektiv verwendet: Das heißt, es wird vor das Substantiv gestellt

und klein geschrieben, also ‚trans Mann‘ oder ‚trans Frau‘. Es wird jedoch nicht gebeugt; anders als ein Wort wie ‚klein‘ also nicht an das Nomen angepasst“ (*Queer Lexikon*).

Weiß

Wir schreiben *weiß* kursiv, um eine gesellschaftliche Positionierung zu beschreiben und nicht zwangsläufig eine bestimmte Hautfarbe. Durch die rassistischen Strukturen, die die heutige Gesellschaft nach wie vor prägen, werden *weißen* Personen besondere Privilegien und Macht zugesprochen. Diese sollen durch diese Schreibweise sichtbar gemacht und kritisiert werden (vgl. *Quix* 2016, S.92).

Quellen

Gasser, Lucy; Rath, Anna von (2021): Zehn schwierig zu übersetzende Begriffe in Bezug auf race: <https://www.goethe.de/prj/zei/de/art/22139756.html> [20.03.2026].

Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeit e.V. (IDA): Glossar: <https://www.idaev.de/recherchetools/glossar/> [27.02.2026].

Queer Lexikon: Glossar: <https://queer-lexikon.net/lexikon/glossar/> [19.03.2026].

Quix – Kollektiv für Bildungsarbeit (Hrsg.) (2016): Willst du mit mir gehen? Gender_Sexualitäten_Begehren in der machtkritischen und entwicklungspolitischen Bildungsarbeit.



Mädchen* und junge Frauen* haben viel zu sagen – ihre Stimmen werden jedoch oftmals nicht gehört. Das trifft insbesondere Mädchen* und junge Frauen*, die neben geschlechts- und altersspezifischer Diskriminierung noch weitere Marginalisierungserfahrungen machen. Partizipation ist ein Grundprinzip feministischer Mädchen*arbeit. Gleichzeitig stellt die gesellschaftliche und politische Beteiligung junger Menschen einen gesetzlichen Auftrag dar. Auch die Kinder- und Jugendhilfe hat die Aufgabe alle jungen Menschen „entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen“ (§8 Abs. 1 SGB VIII). Dafür ist es wichtig Mädchen*stimmen eine Plattform zu bieten, sodass sie gehört werden. Mädchen* sind Expertinnen ihrer Lebenswelten und es gilt, sie als solche ernst zu nehmen.

Im Rahmen des Projekts „Psychische Gesundheit und Körpererleben von Mädchen* und jungen Frauen* - Was macht uns stark?“ haben wir in Kooperation mit Alex Vogel, Sozialarbeiterin und Wortkünstlerin, ein Konzept für eine Schreibwerkstatt entwickelt. Das Konzept liefert Anregungen und Methoden für Fachkräfte, um sich gemeinsam mit Mädchen* und jungen Frauen* auf kreative Art und Weise mit den Themen (psychische) Gesundheit und Körpererleben sowie psychische Belastungen und Erkrankungen auseinanderzusetzen.

Wenn wir schreiben, verwandeln wir unsichtbare Gedanken und Gefühle zu sichtbaren Worten. Was vorher diffus und durcheinander war, sortieren wir auf Papier. Im außen können wir besser greifen, was in uns oft nicht greifbar ist. Schreiben ist eine Ausdrucksform, die Welten erschaffen, Berge versetzen, Veränderung ermöglichen kann. (Alex Vogel)



Im Zeitraum von Dezember 2025 bis März 2026 sind in unterschiedlichen Settings und Mädchen*gruppen Texte entstanden. Einige davon sind hier zu lesen.

Mein Name ist Vergleich

Ich träume von Akzeptanz

Ich träume von Gleichheit

Ich hatte die Hoffnung, nie anders zu werden

Ich wollte keine Unterschiedlichkeit

Die ganze Zeit habe ich versucht in das Muster zu passen

Jetzt schon denke ich, dass es das nicht wert war

Jetzt schon denk ich, dass ich besser bin, wenn ich nicht

Vergleich heiße, sondern Marie

- Marie

Mein Name ist Zufriedenheit

Ich träume von sorgenfreien Tagen

Ich hatte die Hoffnung, dass die Menschen zufriedener
sind mit ihrem Leben.

Die ganze Zeit gebe ich mir Mühe, noch mehr Menschen zu erreichen.

Jetzt schon denke ich daran, wie oft sich die Menschen vergleichen,
obwohl jeder von uns einzigartig ist.

- Nina

Ich fühle mich heute glücklich,

aber manchmal habe ich auch schlechte Momente.

Sie verdecken mein glückliches Gefühl ein bisschen.

Wie eine Sonne die ein bisschen von Wolken verdeckt wird.

- Magdalena

Meine fröhliche Seite

Essen
Schlafen
Film
Malen
Freunde
Familie
Ruhe

Meine traurige Seite

Unsicherheit
Erschöpfung
Erdrückt
Nicht gesehen
Nicht gehört
Traurig
Ruhe zum malen

- Kit Kat, 10 Jahre

Schön

Mädchen

Cool

Beweglich

Groß

Mein Körper, meine Entscheidung

Kann so sein wie sie ist

Sieht gut aus in jedem Outfit

Mein Körper

Sexismus

Fettfeindlichkeit

Meine Entscheidung

Unterdrückung

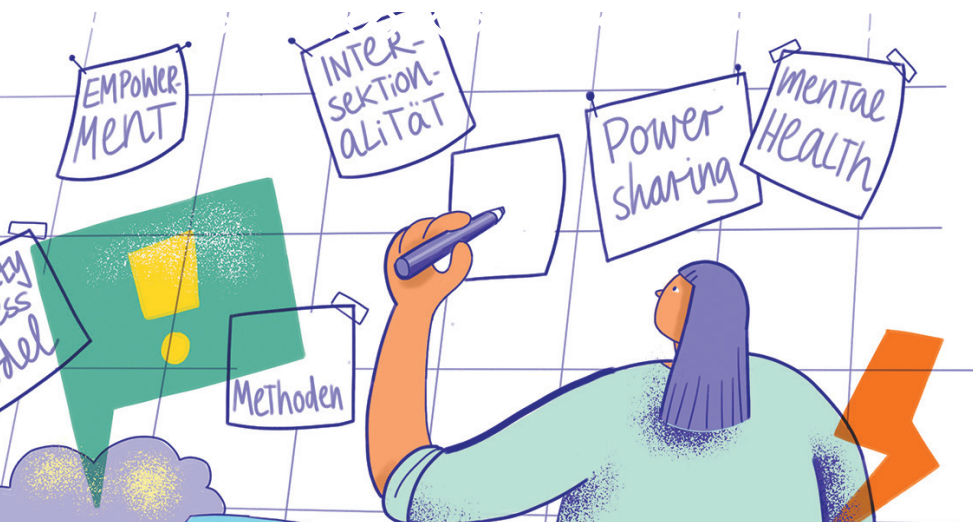
ADHS

Kleidung

Hör mir zu!

- Anonym

- Marshmellow, 11 Jahre



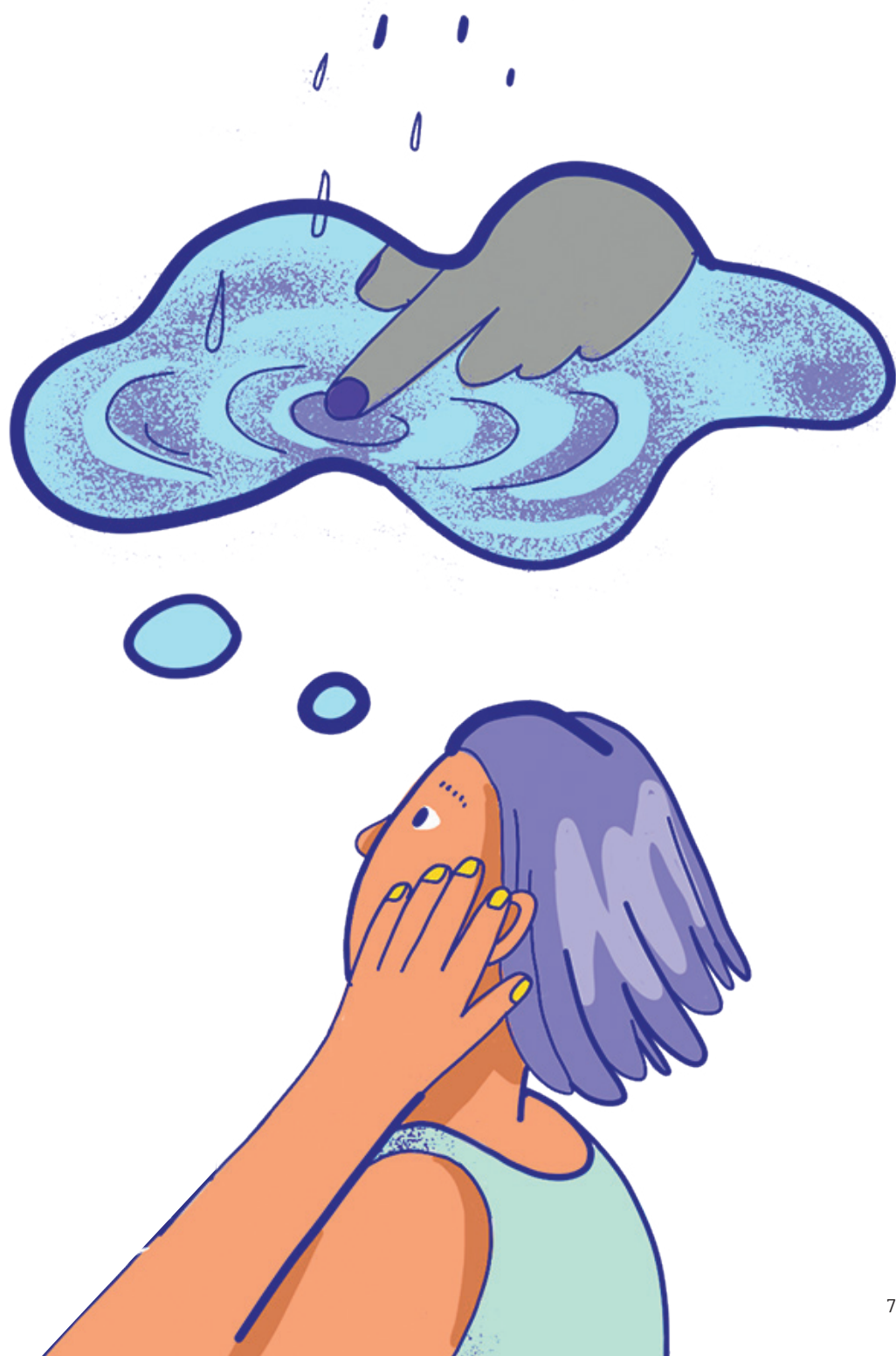
Plötzlich ist es 2014. Juni. Es herrschen Angst, Unruhe und Krieg. Und nichts ist so, wie es war. Ich gehe nicht mehr zur Schule und ich schlafe in meinen Schuhen. Im August ist es soweit, wir müssen flüchten. Ich muss das Haus verlassen, in dem ich meine ganze Kindheit, meine schönen und nicht schönen Erfahrungen, erlebt habe. Keiner weiß, wohin wir fahren. Wir fahren einfach weit weg, um unser Leben zu retten. Endlich, nach zwei Nächten sind wir in Kurdistan, ein Gebiet im Irak, angekommen. Am Anfang waren wir alle davon überzeugt, dass wir bald nach Hause zurückgehen können und dass wir nur ein paar Wochen an diesem Ort bleiben müssen. Erst als wir unzählige Male draußen auf der Straße saßen und warteten, realisierten wir, dass es kein Zurückkehren mehr gibt. Alle haben dasselbe gedacht, aber niemand hat sich getraut, es auszusprechen.

Aria, 18 Jahre, Irak

[...] Es war Nacht, alles ruhig und stockdunkel. Auf einmal ging eine Rakete nahe unseres Hauses hoch, es war so laut, dass ich vor Schreck aufgewacht bin. Es war alles dunkel im Haus, da es keinen Strom gab. Es war ein sehr lautes Knallen. Zu diesem Zeitpunkt war ich vier Jahre alt. Ich weinte und hatte große Angst. Der Knall war so laut, dass die Fenster kaputt gegangen sind. Diese Angst kann man nicht beschreiben. Durch diesen großen Schreck passierte etwas in meinem Körper.

Die ersten drei Tage hatte ich sehr hohes Fieber aber keinerlei Anzeichen von typischen Erkrankungen. Mit der Zeit wurden es immer mehr Symptome. Sehr viel Trinken, viel aufs Klo gehen, Müdigkeit und Schlappeheit. Es ging zwanzig Tage so. Meine Eltern brachten mich immer wieder zum Arzt, aber es kam nichts raus. Bis zu dem Tag, als der Arzt meinen Eltern mitteilte, dass ich Diabetes habe. Es war für meine Eltern bestimmt sehr schwer. Sie kannten sich mit Diabetes nicht aus und wir waren so arm, dass wir uns gerade mal so etwas leisten konnten. Meine Eltern hatten jetzt noch eine Last zu tragen [...]

Laya, 17 Jahre, Syrien



be kind to
yourself



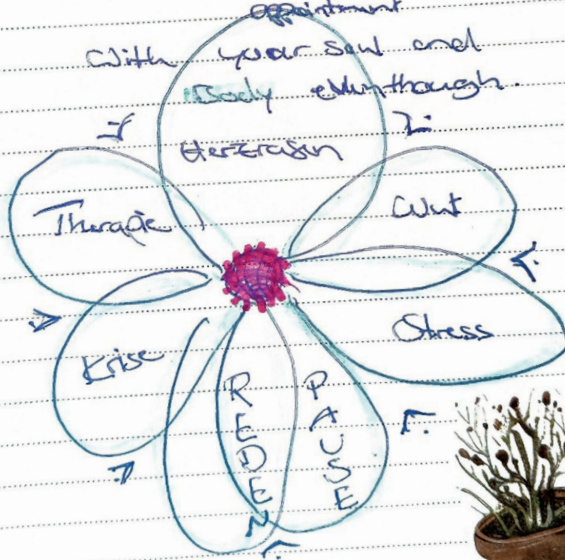
Date
13.02.2026

// WORK //

Your Body is treasure, take care of
yourself and

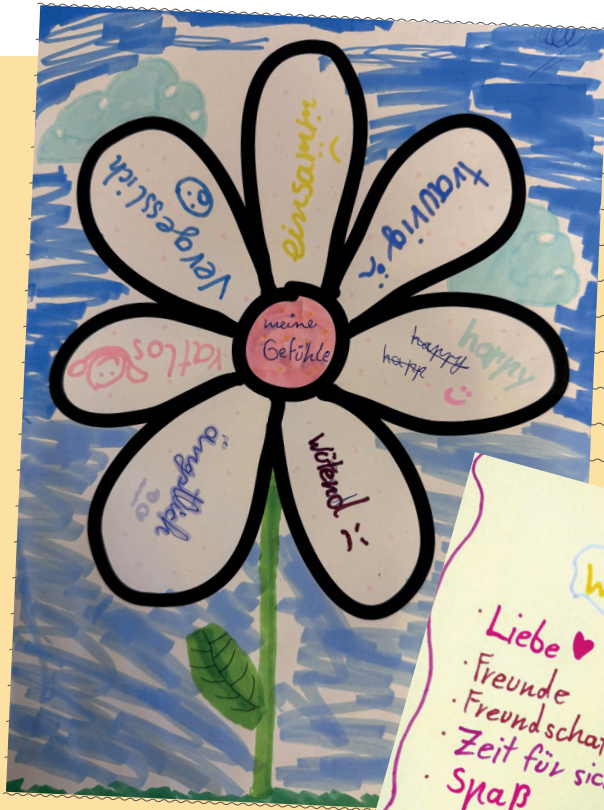
Mental health is your precious
appointment

With your soul and
Body, even though
if Depression



* Therapy is the best choice! *

Parisa,
Afghanistan



Anonym

Anonym

Wärme



- Liebe ♥
- Freunde
- Freundschaft
- Zeit für sich
- Spaß



- sich Zeit lassen
- sei du selbst
- tu was du willst
- Witze
- Tiere
- Zusammen



Wie fühle ich mich gerade?

Ich glaube es fühlt sich an wie das Wetter
kurz bevor ein Gewitter aufzieht.

Die Luft ist schwer und warm.
Man kann den Regen schon in der Ferne riechen.

Die Luft so schwer wie die Nervosität, die auf mir liegt.

Und doch ist die Luft so warm, wie die Vorfreude,
die sich langsam in mir ausbreitet.

Im Himmel sammeln sich die schweren Wolken
und irgendwo rollte ein leiser Donner. Ich höre ihn und
zähle die Sekunden, um zu spüren, wie nah das Gewitter schon ist.

Ich bin nervös, mein Herz schlägt
schneller und alles in mir ist gespannt auf den Moment,
wenn es endlich losgeht.

Doch statt Angst ist da vor allem Vorfreude.
Es ist wie das Gefühl, vom ersten Regentropfen getroffen zu wer-
den. Irgendwo rollte ein leiser Donner.

Ich höre ihn und zähle die Sekunden, um zu spüren,
wie nah das Gewitter schon ist.

Ich weiß das der Sturm kommen wird und ich bin bereit!

Sarah

Das Konzept zur Durchführung von Schreibwerkstätten ist in Zusammenarbeit mit Alex Vogel entstanden. Sie kann bei Fragen rund um die Umsetzung von Schreibwerkstätten und kreativem Schreiben angefragt werden. Das Konzept für Schreibwerkstätten zu den Themen psychische Gesundheit und Körpererleben kann bei der LAG Mädchen*politik Baden-Württemberg angefragt werden.

Alex Vogel

ohfrau vogel@gmail.de

www.ohfrau vogel.de

Herausgeberin:

Landesarbeitsgemeinschaft Mädchen*politik Baden-Württemberg e.V.
Stuttgarter Str. 61
70469 Stuttgart
info@lag-maedchenpolitik-bw.de
Tel. 0711 / 806708-90



@maedchenpolitik_bw



@lagmaedchenpolitikbw



www.lag-maedchenpolitik-bw.de

Impressum:

Redaktion und Text: Lilli Weber
Graphische Gestaltung: Elena Schramm, slide-by-slide.de
Illustration: Sri Hartini Santo, srisnt.de
Veröffentlicht im Juni 2026

Für die Herstellung dieser Arbeitshilfe wurde ein Zuschuss aus Mitteln des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) beantragt.



Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Arbeit und Gesundheit

Diese Handreichung ist im Rahmen des Projekts „Psychische Gesundheit und Körpererleben von Mädchen* und jungen Frauen* – Was macht uns stark?“ entstanden. Das Projekt wurde finanziert durch das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg, die der Landtag von Baden-Württemberg beschlossen hat.