

FIELD OF FOCUS 4  
**SELF-REGULATION AND REGULATION**  
INDIVIDUALS AND ORGANISATIONS



**UNIVERSITÄT  
HEIDELBERG**  
ZUKUNFT  
SEIT 1386

Volume 6/2020

# Journal of Self-Regulation and Regulation

**Contributors**

*Monika Bobbert, Katharina Bockhoff, Simone  
Bruder, Silke Hertel, Ulrike Krein, Anja Lintner,*

*Alexandra Michel, Theresa Rohrbach,  
Raina Schreitz, Helen Starke, Stefan Wurster*

ISSN: 2365-8959



# Journal of Self-Regulation and Regulation

## Table of Contents

<b>Vorwort der Herausgeber</b>	<b>5</b>
<b>Original Articles</b>	
<b>Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention</b>	<b>7</b>
<i>Monika Bobbert, Raina Schreitz und Helen Starke</i>	
<b>Project reports</b>	
<b>SAVE: A Suicide Prevention Program for Schools</b>	<b>31</b>
<i>Silke Hertel, Anja Lintner, Ulrike Krein, Theresa Rohrbach, Katharina Bockhoff, and Simone Bruder</i>	
<b>Determinanten des Lokalen-Agenda-21-Erfolgs in Heidelberg</b>	<b>47</b>
<i>Stefan Wurster und Alexandra Michel</i>	
<b>Abstracts</b>	<b>69</b>



## Vorwort der Herausgeber

Wir freuen uns sehr, diese 6. Ausgabe unseres interdisziplinären Journals zu veröffentlichen. Mit der Auszeichnung der Universität Heidelberg im Rahmen der Exzellenzstrategie haben auch die interdisziplinären Fields of Focus, die in vier thematischen Schwerpunkten über institutionelle und disziplinäre Grenzen hinweg Forschungszusammenarbeit bündeln und fördern, ihre Arbeit verstetigen können.

An dieser Stelle möchten wir auch weiterhin aus unserem Forschungsschwerpunkt, dem Field of Focus 4 „Selbstregulation und Regulation: Individuen und Gesellschaften“, berichten und weitere Beiträge zugänglich machen, die im interdisziplinären Dialog die vielfältigen Fragen von Regulierung und Selbstregulation durch Gruppen, Organisationen, kulturelle oder religiöse Gebräuche oder Gesetze untersuchen.

Es liegt in der Natur der Thematik, dass sich viele der Beiträge bzw. der geförderten Projekte des FoF 4 explizit aus dem Bereich der Wissenschaft hinaus in die Praxis wagen, denn die Relevanz der Fragestellungen für konkrete gesellschaftliche Probleme ist evident. So wird im ersten Beitrag dieser Ausgabe „Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention“ nicht nur eine wichtige, interdisziplinäre Analyse geleistet, vielmehr gelingt es den Autorinnen aus ihrer wissenschaftlichen Expertise explizite Handlungsanweisungen für die Praxis abzuleiten. Zur weiblichen Genitalbeschneidung (engl.: female genital cutting; FGC), von der weiterhin Mädchen und Frauen – auch in Deutschland – betroffenen sind, liefern Monika Bobbert, Raina Schreitz und Helen Starke zunächst wichtiges Hintergrundwissen. Das Hauptaugenmerk dieses Beitrags liegt jedoch – wie der Titel bereits verrät – auf der Entwicklung eines kultursensiblen und ethisch verantwortbaren Umgangs mit FGC im ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt. Sie bieten damit über die bisherigen Empfehlungen für medizinische Behandlungsindikationen und -optionen hinaus konkrete Orientierung, die Unsicherheit auf Seiten der MedizinerInnen abbauen kann und schließlich zur Akzeptanz bei Betroffenen und damit Wirksamkeit der Behandlung und Prävention beitragen kann.

Die beiden weiteren Beiträge dieser Ausgabe stellen Berichte aus vom Field of Focus IV geförderten Projekten dar.

In ihrem Beitrag „SAVE: Suicide Prevention in Schools“ präsentieren die AutorInnen Silke Hertel, Anja Lintner, Ulrike Krein, Theresa Rohrbach, Katharina Bockhoff und Simone Bruder ein Präventionsprojekt, das zunächst eine Anschubfinanzierung durch das FoF 4 erhielt und als Kooperationsprojekt der Universität Heidelberg und den Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret schließlich durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Die wichtigsten Akteure im Schulleben - LehrerInnen und Schü-

lerInnen - effizient einzubeziehen, um die größtmögliche Wirkung in Bezug auf Selbstmordprävention zu erzielen, so lässt sich der Kerngedanke beschreiben. In Schulen als wichtigem Lern- und Lebensumfeld junger Menschen sollten Warnsignale frühzeitig erkannt werden und gefährdete SchülerInnen ermutigt werden, Hilfe zu suchen. Der Schwerpunkt liegt auf Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung durch Förderung von Selbstregulationsstrategien. Der multiperspektivische Ansatz besteht aus der Schulung von Lehrerinnen, einem psychoedukativen Präventionsprogramm auf Seiten der SchülerInnen und dem Aufbau einer Zusammenarbeit mit regionalen Betreuungsstrukturen. Die Kombination dieser drei Komponenten soll Schwachstellen in früheren präventiven Ansätzen überwinden. Das Programm wird im Rahmen einer Interventionsstudie an zwei Standorten (Darmstadt und Heidelberg) evaluiert.

Im dritten Beitrag – „Determinanten des Lokalen-Agenda-21-Erfolgs in Heidelberg“ – von Stefan Wurster und Alexandra Michel zeigt sich, dass – allgemein gesprochen - die Wirksamkeit von Maßnahmen nicht nur von den Maßnahmen selbst, sondern insbesondere von den strukturellen Bedingungen abhängt, in denen sie umgesetzt werden sollen. Als Lokale-Agenda-21 wird ein Handlungsprogramm bezeichnet, das auf regionaler Ebene Veränderungsprozesse in Richtung Nachhaltigkeit anstoßen bzw. vorantreiben soll. Wenigen Städten gelang es bisher, diese langfristig zu etablieren. Eine davon ist Heidelberg. Die AutorInnen erläutern anhand Ihrer aus Interviews mit zentralen Heidelberger Agenda-Akteuren gewonnenen Ergebnisse, welche strukturellen, institutionellen und akteursbezogenen Faktoren zum Lokalen-Agenda-21-Erfolg der Kommune beigetragen haben. Sie geben damit Antworten auf die Frage, was eine langfristige, erfolgreiche Umsetzung von Lokale-Agenda-21-Strategien voraussetzt und liefern wertvolle Hinweise darauf, wie regionale Veränderungsprozesse (auch) zukünftig zum Erfolg geführt werden können.

Gerne möchten wir uns ausdrücklich bei den AutorInnen dieser Ausgabe bedanken, die diese zu einem Exemplum dessen machen, wie facettenreich und gesellschaftlich relevant Forschung zu Selbstregulation und Regulation ist.

Heidelberg, Oktober 2020

Jale Tosun

# Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

Monika Bobbert, Raina Schreitz und Helen Starke

## 1 Einleitung

Mit zunehmender Migration steigt auch die Zahl der von weiblicher Genitalbeschneidung betroffenen und bedrohten Frauen und Mädchen in Deutschland. Laut einer aktuellen Studie von INTEGRA beläuft sich die Anzahl beschnittener Frauen in Deutschland, die meist aus Eritrea, Indonesien, Somalia, Ägypten und Äthiopien stammen, auf mindestens 47.359 Betroffene.<sup>1</sup> Für die Zahl bedrohter Mädchen, von denen viele in Berlin, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Köln und München leben (Nestlinger, Fischer, Jahn, Ihring, & Czelinski, 2017, S. 23–27), wurde ein Intervall von 1.558 bis 5.684 Personen geschätzt.<sup>2</sup>

Die Ärzteschaft, das Gesundheitswesen und die Politik in Deutschland sind aufgefordert, sich sowohl für eine fachgerechte und kultursensible (Nach-)Behandlung bereits Betroffener als auch für den Schutz heranwachsender Mädchen einzusetzen. Aus der komplexen Diskussions- und Problemlösungslage wird im Folgenden ein spezielles Problem herausgegriffen: Standards, die durch Fortbildung und Leitlinien etabliert werden, könnten zu einer Qualitätsverbesserung der gynäkologischen Versorgung beitragen. Doch welche Form der Selbstregulierung eines ausgewählten medizinischen Fachbereichs ist für die Betroffenen akzeptabel und für die behandelnden ÄrztInnen ausreichend konkret und umsetzbar?

Neben speziellen Kenntnissen zur medizinischen Versorgung bedarf es landes-, kultur- und religionsspezifisch informierter Interventionen. Gemäß einer qualitativen Befragung wünschten sich von FGC betroffene Frauen eine fachkompetente und wertschätzende Kommunikation, die nicht als paternalistisch erlebt wird und Widerstand hervorruft (Nestlinger et al., 2017).

Insgesamt unverzichtbar sind die Etablierung und Umsetzung effektiver Maßnahmen zur Primärprävention weiblicher Genitalbeschneidung die Sekundärprävention gesundheitlicher Komplikationen sowie die Tertiärprävention, etwa durch plastische Rekonstruktion. Beschnittene und gefährdete Frauen und Mädchen haben mit dem Gesundheitssystem v. a. Kontakt in der Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin.

---

1 Frauen und Mädchen ohne dt. Staatsangehörigkeit, Stichtag: 31.05.2016.

2 Frauen und Mädchen ohne dt. Staatsangehörigkeit, Stichtag: 31.12.2015.

Geburtshilfe, Notaufnahmen, Rechtsmedizin, Urologie und plastische Chirurgie stellen weitere Kontaktfelder dar.

Allerdings zeigt z. B. die Studie von INTEGRA Aus- und Weiterbildungsbedarf des medizinischen Personals. Dabei besteht der Wunsch nach Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und Handlungsanweisungen zum Umgang mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen (Nestlinger et al., 2017, S. 57 f.). Konkrete Empfehlungen für den ÄrztIn-PatientIn-Kontakt und Fortbildungskonzepte fehlen bislang. Auf dieses Defizit wird im vorliegenden Beitrag reagiert, indem die Anforderungen an eine kultursensible Betreuung von Frauen und Mädchen in Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Möglichkeiten der Primärprävention in Bezug auf Töchter und andere weibliche Familienangehörige ausgearbeitet werden.<sup>3</sup>

Im April 2016 gab die Bundesärztekammer eine „Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“ heraus, die die berufsethische Position zur FGC verdeutlicht. Darüber hinaus gibt es Best-Practice-Behandlungsempfehlungen von Fachgesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland, der Schweiz, Frankreich und Großbritannien sowie von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization; WHO).<sup>4</sup> Die Empfehlungen aus Frankreich und Großbritannien sind von besonderem Interesse, da sie durch den hohen Anteil an Migrantinnen aus Prävalenzländern auf langjährigen Erfahrungen beruhen. In Bezug auf medizinische Indikationen und Behandlungsmöglichkeiten bei FGC wurden die dort vorhandenen Fachempfehlungen im Zuge des vorliegenden Beitrags zusammengeführt, da diesbezüglich ein hohes medizinisches Qualitätsniveau gegeben ist. In Bezug auf ethische, insbesondere kultursensible Fragen des Umgangs mit FGC im konkreten Fall waren jedoch eine kritische Synopse und daran anschließende Weiterentwicklung erforderlich, da die Fachempfehlungen in dieser Hinsicht lediglich allgemeine Hinweise enthalten.

Die Leistung des vorliegenden Beitrags besteht daher in konkret umsetzbaren Handlungsempfehlungen für GynäkologInnen für einen kultursensiblen, ethisch verantwortlichen Umgang mit FGC im ÄrztIn-PatientIn-Kontakt. Ausgangspunkt bilden Basisinformationen über die Epidemiologie und Klassifikation von FGC, häufige Begründungsmuster der FGC praktizierenden Gemeinschaften und medizinische Behandlungsindikationen. Damit die ausgearbeiteten Empfehlungen für GynäkologInnen nicht lediglich moralische Positionsbeschreibungen darstellen, werden

---

3 Ausführlich dazu die Arbeit von Starke (2017), die im Anhang konkrete Handlungsempfehlungen und Arbeitshilfen bietet. Ergänzend wird dort auch näher auf Pädiatrie und Allgemeinmedizin eingegangen.

4 Vgl. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007), Department of Reproductive Health and Research UK (2011), Direction Générale de la Santé et al. (2016), Hohlfeld, Thierfelder und Jäger (2005); Royal College of Nursery (2006), Low-Beer und Creighton (2015), Utz-Billing, Kentenich, Henzgen, Kantelhardt und Riem (2011), WHO (2016).

im vorliegenden Beitrag in der gebotenen Kürze der rechtliche Bezugsrahmen und die zugehörige ethisch-normative Reflexion zur FGC vorangestellt.

## 2 Grundwissen zu weiblicher Genitalbeschneidung

### 2.1 Terminologie und Epidemiologie

Der Begriff „weibliche Genitalbeschneidung“ bzw. *female genital cutting* (FGC) umfasst alle Praktiken, die zur teilweisen oder kompletten Entfernung oder Verletzung primärer äußerer Geschlechtsorgane der Frau ohne medizinischen Grund führen (WHO, 2008, S. 1). Weiterhin werden die Begriffe *female genital mutilation*, *female genital operation*, *female genital torture* und *female genital circumcision* gebraucht. Einige dieser Begriffe implizieren schon eine Bewertung der Praxis. Nicht-Regierungsorganisationen sowie die WHO verwenden den Begriff *female genital mutilation*, um die Beschneidung der Frau von der Zirkumzision beim Mann abzugrenzen und das Ausmaß möglicher Traumatisierung hervorzuheben (WHO, 2008, S. 22). Da eine respektvolle und kultursensible medizinische Betreuung bemüht ist, im Gespräch mit der Patientin Wertungen zu vermeiden, sind die Begriffe *female genital cutting* (FGC) bzw. „weibliche Genitalbeschneidung“ vorzuziehen (Utz-Billing et al., 2011).

Laut WHO sind ca. 138 Millionen Mädchen und Frauen weltweit von FGC betroffen (Banks et al., 2006, S. 1). Jedes Jahr kommen weitere drei Millionen hinzu. Meist erfolgt die Beschneidung im Alter von wenigen Wochen bis zum 18. Lebensjahr – mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem 7. und 9. Lebensjahr (Banks et al., 2006, S. 28). FGC kommt in 30 Staaten Afrikas vor, wobei die Prävalenz stark variiert.<sup>5</sup> Außerhalb Afrikas wird sie v. a. im Jemen, im irakischen Kurdistan, in Teilen Indonesiens und Malaysias sowie in geringer Zahl auch in Indien, Pakistan, Sri Lanka, den Vereinigten Arabischen Emiraten, dem Oman, Peru und Kolumbien praktiziert (Banks et al., 2006, S. 29 f.). Obwohl FGC nicht territorial begrenzt vorkommt, sondern an religiöse oder ethnische Zugehörigkeit gebunden ist, ist keine eindeutige Zuordnung zu einer Religionsgemeinschaft möglich, da nicht nur MuslimInnen sondern auch KatholikInnen, ProtestantInnen, orthodoxe KoptInnen, Gemeinschaften, die von der Allbeseeltheit der Natur ausgehen,<sup>6</sup> und AtheistInnen FGC praktizieren (Graf, 2013; Hulverscheidt, 2002).

### 2.2 Durchführung und Klassifikation

FGC wird häufig von so genannten *traditional practitioners* (vgl. Hicks, 1987) ohne medizinische Ausbildung und daher ohne Anästhesie und ohne Kenntnis chirurgischer Standards vorgenommen. Weil FGC aus einer Zeit ohne Krankenhäuser stammt, wird die

---

5 Laut „Interagency Statement“ der WHO von 2008, S. 4 f.; lag die Prävalenz in sieben Ländern bei über 85 %.

6 Der unscharfe Begriff des Animismus wird hier vermieden, da er zum einen als Bezeichnung—wie an dieser Stelle des Textes—spirituell-religiöser Vorstellungen der Allbeseeltheit der Natur dient, zum anderen aber auch schon abwertend als vermeintlich niedrige religiöse Entwicklungsstufe bestimmter Ethnien verwendet wurde.

Beschneidung bis heute als kultureller Brauch verstanden. Die *traditional practitioners* sind ältere, angesehene Frauen des Dorfes, Medizinmänner, Barbieri u. a. – von VorgängerInnen in die Praxis eingeführt. Ihnen werden teils übersinnliche Kräfte zugesprochen. Messer, Scheren, Rasierklingen, Glasscherben oder Skalpelle dienen als Instrumente. Erfolgt zusätzlich eine Infibulation, wird die bei der Entfernung bzw. Verletzung von Teilen der primären weiblichen Geschlechtsorgane entstandene Wunde mit Materialien wie Schafdarm, Pferdehaar, Bindfäden, Akaziendornen etc. fast vollständig verschlossen. Veränderungen sind insofern zu verzeichnen, als in Ägypten FGC inzwischen nicht mehr nur von *traditional practitioners*, sondern zunehmend von ÄrztInnen durchgeführt wird. Auch im Sudan und in Kenia findet FGC zunehmend innerhalb des medizinischen Systems statt (Dinslage, 1981; Gülle, 1989).

FGC umfasst vielfältige Beschneidungsformen. Zwecks einer einheitlichen Systematisierung unterscheidet die WHO im Wesentlichen vier Typen: Bei der leichtesten Form, Typ Ia, ist die Beschneidung auf die Entfernung der klitoralen Vorhaut beschränkt. Beim Typ Ib erfolgt zusätzlich die partielle oder totale Entfernung der Klitoris. Bei der Typ IIa-Beschneidung werden die kleinen Schamlippen entfernt. Bei Typ IIb wird zusätzlich partiell oder total die Klitoris entfernt, beim Typ IIc zudem die großen Schamlippen. Als Typ III-Beschneidung definiert die WHO den Verschluss von Vagina und Harnröhre (Infibulation) unter Bildung einer narbigen Überdeckung durch das Entfernen und Zusammenfügen von Teilen der kleinen Schamlippen (Typ IIIa) und/oder der großen Schamlippen (Typ IIIb) mit oder ohne Entfernung der Klitoris. Typ IV fasst verschiedene Formen invasiver Manipulation am äußeren Genital zusammen. Die Infibulation, die primär in Somalia, Äthiopien, Eritrea, Djibouti und im Sudan durchgeführt wird, betrifft ca. 15 % der Frauen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 6).

### **2.3 Begründungsmuster weiblicher Genitalbeschneidung**

FGC wird – abhängig von Region, Ethnie oder Religion – unterschiedlich begründet. Das stärkste Motiv für FGC ist die „Tradition“ – so etwa das Ergebnis einer Befragung von 400 Frauen aus Sierra Leone (davon 369 beschnitten; Koso-Thomas, 1987). Beschneidung stärkt das Gemeinschaftsgefühl durch den Erhalt gemeinsamer Wertvorstellungen. Das zweitstärkste Motiv ist der Wunsch nach sozialer Akzeptanz, da nicht-beschnittene Frauen und Mädchen sozial geächtet und stigmatisiert werden. Unbeschnitten zu sein, bedeutet in ländlichen Gebieten Afrikas das Verneinen der Heiratsfähigkeit, was zu sozialem Ausschluss und Absicherungsproblemen führt. Denn Beschneidung, Heirat und Geburt des ersten Kindes gelten als wichtige Schwellen im Leben einer Frau verbunden mit gesellschaftlichem Aufstieg (Graf, 2013, S. 40). Mit der Heiratsfähigkeit geht ökonomische Existenzsicherung einher: So erfolgt der Zugang zu Erwerbstätigkeit, Bildung und Eigentum über den Mann, und Nachkommen sichern die Altersversorgung (Hillebrand, 1999).

FGC als zwingende Voraussetzung zur Teilhabe am religiösen Leben wird als dritthäufigstes Motiv genannt. Meist wird die religiöse Praxis als Basis für

Heiratsfähigkeit und Familiengründung gesehen. Obgleich die Beschneidung insbesondere unter Musliminnen weit verbreitet ist, wird sie auch von Christinnen, Animistinnen und äthiopischen Falasha-Jüdinnen praktiziert, ist damit also keiner Religion genuin zugeordnet. Zudem ist die FGC, wie Schrift- und Bildquellen belegen, älter als die drei Weltreligionen (Hulverscheidt, 2002); weder christlich-jüdische noch islamische Quellen begründen sie (Graf, 2013, S. 41). Innerislamisch wird FGC in den Rechtsschulen anhand mehrerer Hadithe diskutiert und unterschiedlich ausgelegt. Wie bereits erwähnt, findet sich im Koran kein Beleg für die religiöse Notwendigkeit dieses Brauchs. Seit 2006 liegt eine entsprechende Fatwa, d. h. ein Rechtsgutachten islamischer Religionsführer, vor, die sich in der Al-Azhar-Universität in Kairo zur Frage des Verbots der Verstümmelung des weiblichen Körpers berieten. Die Schlussempfehlung machte deutlich, dass FGC nicht mit dem Islam zu vereinbaren sei (Engels, 2008).

Zentrales Motiv für die Praxis sind also eher identitätsstiftende und zugleich Diskriminierung vermeidende Effekte als religiöse Gründe. Denn es stellt für eine Frau eine existentielle und soziale Bedrohung dar, nicht beschnitten zu sein.

#### **2.4 Gesundheitliche Komplikationen**

Mögliche gesundheitliche Komplikationen zeigen insbesondere retrospektive Studien auf der Grundlage von Selbstberichten Betroffener sowie Studien aus Gesundheitszentren auf Grundlage existierender klinischer Aufzeichnungen und Untersuchungen (z. B. Banks et al., 2006; Obermeyer, 2005; WHO, 2000).<sup>7</sup> In den letzten Jahren veröffentlichten Arbeitsgruppen um Rigmor C. Berg mehrere Übersichtsarbeiten unter methodenkritischer Verwendung existierender Studien (Berg, Denison, & Fretheim, 2014; Berg, Odgaard-Jensen, Fretheim, Underland, & Vist, 2014; Berg, Underland, Odgaard-Jensen, Fretheim, & Vist, 2014). Demnach greift FGC in das komplexe Zusammenspiel von Anatomie und Physiologie des weiblichen Genitals ein und erhöht somatische und psychische Risiken.

Die WHO (2000; 2016) gliedert die potenziellen Komplikationen in akute und chronische sowie zusätzlich in geburtshilfliche und psychische Komplikationen und Störungen der Sexualität: Als häufigste akute Komplikationen werden schwere Blutungen, Schock, akuter Harnverhalt, massive genitale Schleimhautschwellungen, Wundheilungsstörungen, Infektionen, Fieber und Schmerzen genannt, wobei oft mehrere Komplikationen zugleich auftreten. Es gibt auch Hinweise, dass FGC-Typ-III als besonders invasive Beschneidungsform höhere akute Risiken birgt als die weniger invasiven Typen I und II. Signifikant ist dieses Ergebnis jedoch nicht.

In Deutschland sind GynäkologInnen v. a. mit chronischen Komplikationen konfrontiert. Allerdings führen die Betroffenen selbst diese Folgen oft nicht auf die an ihnen durchgeführte Beschneidung zurück (Hohlfeld et al., 2005, S. 6). Es zeigte sich z. B. ein

---

7 Die Qualität der so generierten Daten ist zwar kritisch zu sehen, doch existieren keine anderen.

## Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

erhöhtes Risiko für rezidivierende Harnwegsinfekte, bakterielle Infektionen der Vagina und chronische Infektionen der Reproduktionsorgane. Auch das Risiko für vaginalen Ausfluss mit Juckreiz, schmerzhaftes Wasserlassen und Menstruationsstörungen wie Dysmenorrhoe (schmerzhafte Menstruation), unregelmäßige oder längere Blutungen oder Hämatometra (Rückstau von Menstruationsblut in der Gebärmutter) ist leicht erhöht. Zudem zeigte sich ein erhöhtes Risiko, unter Dyspareunia, d. h. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, zu leiden. Für eine HIV-Infektion oder Infertilität lässt sich jedoch keine eindeutige Risikoerhöhung nachweisen.

Für geburtshilfliche Komplikationen ist ein signifikant höheres Risiko für verlängerte Geburtsverläufe und Kaiserschnitte belegt. Erstgebärende Frauen haben zudem erhöhte Risiken für Dammrisse bzw. -schnitte, peri- und postnatale Blutungen und die Notwendigkeit operativ-vaginaler Entbindungen. FGC wirkt sich häufig noch stärker negativ auf die Gesundheit der Frau aus, wenn weitere Geburten folgen.

Bei in Europa lebenden Betroffenen werden psychische Probleme sichtbar. Sowohl die Behandlungsleitlinie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2005) als auch die der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007) betonen, dass FGC ein schweres Trauma auslösen und so zu Angststörungen, Depressionen, chronischer Irritabilität, Psychosen, Somatisierungsstörungen, Beziehungsproblemen und sexuellen Störungen führen könne (Hohlfeld et al., 2005, S. 6 f.; Utz-Billing et al., 2011, S. 4 f.). In der Meta-Studie von Berg, Denison et al. (2014) zum Thema „psychische, soziale und sexuelle Konsequenzen nach weiblicher Genitalbeschneidung“ konnte jedoch kein signifikant erhöhtes Risiko für Angst-, Somatisierungs- oder depressive Störungen nachgewiesen werden.

Demgegenüber sehen eine andere Meta-Studie (Mulongo, Martin, & McAndrew, 2014) und eine Einzelstudie von Pechmann et al. (2016) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als häufige Folge von FGC. Meist würden die Mädchen ohne Narkose, ohne rituelle und informierende Vorbereitung beschnitten, dabei oft von Nahestehenden festgehalten oder fixiert. Neben großen Schmerzen gehe FGC oft mit einem Vertrauensverlust gegenüber engen Bezugspersonen und einer erhöhten psychischen und physischen Vulnerabilität einher. Pechmann et al. (2016) wiesen allerdings nach, dass die Symptomatik einer PTBS bei FGC-bejahender Einstellung von Frauen mit FGC-Typ III geringer ausgeprägt ist als bei Frauen mit FGC-Typ I. Da das Umfeld zur bejahenden oder ablehnenden Einstellung beiträgt, ist anzunehmen, dass sich bei nach Deutschland migrierten Frauen eine Umdeutung der FGC und damit verbundener Beeinträchtigungen ereignen kann.

Studienübergreifend (Berg, Denison, et al., 2014) zeigte sich aber ein signifikant erhöhtes Risiko für Komplikationen im Bereich des sexuellen Erlebens und damit verbundenen sozialen Problemen. Signifikant häufiger gaben Befragte z. B. Unzufriedenheit mit der Hochzeit sowie Instabilität der Ehe an. Ebenso war das Risiko, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu empfinden, weniger Befriedigung und seltener Orgasmen während des Geschlechtsverkehrs zu erleben, bei Frauen mit Beschneidung

aller Typen signifikant erhöht. Zwar zeigte sich kein Unterschied bzgl. der Häufigkeit, mit der Frauen von sich aus Sexualkontakt zum Partner suchten, doch klagten beschnittene Frauen doppelt so häufig über sexuelle Unlust wie nicht beschnittene Frauen und gaben ihre Klitoris seltener als das empfindsamste Gebiet ihres Körpers an.

### **3 Rechtliche Rahmenbedingungen für den Umgang mit weiblicher Genitalbeschneidung**

In Deutschland steht FGC seit 2013 als nicht einwilligungsfähiger Eingriff gegen die körperliche Unversehrtheit nach § 226a StGB unter Strafe.<sup>8</sup> Eine Zuwiderhandlung wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft. Es handelt sich daher um ein Verbrechen. Strafrechtlich verantwortlich sind nicht nur die Durchführenden, sondern auch die Eltern des Kindes, die durch Einwilligung in eine FGC am minderjährigen Kind als Mittäter (§ 25 Abs. 2 StGB), Anstifter (§ 26 StGB) oder Gehilfe (§ 27 StGB) verantwortlich sind (Sotriadis, 2014, S. 334). Zudem liegt eine Strafbarkeit wegen pflichtwidrigen Unterlassens (§ 226a i. V. m. § 13 StGB) vor, wenn ein Elternteil trotz Kenntnis des bevorstehenden Eingriffs nichts unternimmt, um diesen zu verhindern. Darüber hinaus kann auch der Straftatbestand der Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (§ 171 StGB) in Betracht kommen. Der Gesetzgeber bringt mit der Strafbarkeit der FGC zum Ausdruck, dass FGC nicht einwilligungsfähig ist, und begrenzt zudem das elterliche Erziehungsrecht (Sotriadis, 2014, S. 330 ff.) sowie die Religionsfreiheit.<sup>9</sup> Die schwere Körperverletzung liegt darin, dass die Verstümmelung zu Verlust oder dauerhafter Funktionsunfähigkeit von Teilen der äußeren Geschlechtsorgane führt. Neben der Irreversibilität begründen die sonstigen negativen Folgen für Gesundheit, Schwangerschaft und Geburt die Strafbarkeit der FGC. ÄrztInnen verbietet die Schweigepflicht die Anzeige einer drohenden FGC nicht (§ 203 StGB), da es sich um eine schwere Straftat handelt.<sup>10</sup> Entsprechend der Gesetzeslage lehnt auch die Bundesärztekammer (2016) eine FGC und die postnatale Reinfibulation ab.

Die Einführung des § 226a geht auf internationale Vorgaben zum Schutz der Rechte von Frauen und Mädchen zurück, so u. a. auf die UN-Kinderrechtskonvention von 1989, die UN-Frauenkonvention von 1990 und das Europarats-Übereinkommen von 2011. Neben vielen Staaten in Europa, Amerika und Asien haben mittlerweile auch zahlreiche afrikanische Staaten FGC unter Strafe gestellt.<sup>11</sup>

---

8 47. Gesetz zur Änderung des SGB - Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien vom 24.09.2013 (BGBl. I S. 3671), in Kraft getreten am 28.09.2013.

9 Näher dazu Böse (2017); §226a, Rn. 1 ff.

10 Näher dazu Kargl (2017); § 203, Rn. 64–66.

11 Vgl. für Beschneidungsverbote in afrikanischen Ländern die Homepage der International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): [www.figo.org/search?query=FGM](http://www.figo.org/search?query=FGM)

#### **4 Einschlägige ethische Normen und ihre Anwendung auf die Genitalbeschneidung**

FGC bringt nicht nur unmittelbare, teilweise lebensbedrohliche Folgen wie Blutverlust, Infektionsrisiken und Schmerzen mit sich, sondern auch langfristige Gesundheitsschäden wie chronische Entzündungen, Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, Unfruchtbarkeit, Beeinträchtigungen der sexuellen Aktivität und Empfindsamkeit. Schon den Eingriff als solchen, der zumeist unter ungenügenden hygienischen Bedingungen und ohne Betäubung durchgeführt wird, erleben Frauen oft als sehr traumatisch. FGC stellt eine irreversible Schädigung sexueller Organe und Funktionen dar, die sich nicht als Therapie oder zumutbare minimale Beeinträchtigung rechtfertigen lässt. Abhängig vom Beschneidungstyp können Frauen ihr Leben lang unter Schmerzen und physiologischen Dysfunktionen leiden. Zahlreiche Empfindungen sind nicht mehr möglich.

Hinzu kommt, dass FGC eine Körperverletzung ohne Einwilligung darstellt, da sie meist im Kindes- oder Jugendalter durchgeführt wird. Dessen ungeachtet ließe sich ein solch schwerwiegender Eingriff durch Dritte selbst durch die Einwilligung bei Volljährigkeit nicht rechtfertigen – angesichts massiver Gesundheitsschädigungen und Traumatisierungen der Frau selbst, aber auch angesichts von Geburtsrisiken, die Leben und Gesundheit ungeborener Kinder gefährden.<sup>12</sup>

Eine Reinfibulation nach der Geburt, die Frauen mit FGC vom Typ III teilweise wünschen, ist aus ethischer Sicht nicht vertretbar, da das Prinzip des Nicht-Schadens in Bezug auf die Frau und künftige Kinder verletzt würde. Außerdem dürfen ÄrztInnen keine medizinische Handlung ausführen, die nicht indiziert ist und die zur Aufrechterhaltung oder Wiedereinführung schwerwiegender gesundheitlicher Nachteile beitragen würde. Die angeführten grundlegenden moralischen Rechte und Pflichten, deren Begründung den Rahmen des Beitrags sprengen würde, die aber im Ergebnis weitgehend unstrittig sind, decken sich mit nationalen und internationalen Rechtsnormen.

Demgegenüber argumentieren FGC-BefürworterInnen mit dem Anspruch auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit. Als notwendige Bedingung der Teilhabe an der religiösen Gemeinschaft verstanden, solle die Tradition der Beschneidung an den Mädchen vollzogen werden. Da Eltern das Recht zukomme, ihre Kinder ihren Überzeugungen entsprechend zu erziehen, sei die Praxis, minderjährige Mädchen zu beschneiden, legitim.<sup>13</sup>

---

12 Anders verhält es sich z. B. bei der Spannung zwischen Informed Consent und mangelnder medizinischer Indikation bei Schönheits-OPs an den kleinen Schamlippen. Unterschiede bestehen u. a. bzgl. Funktionserhalt, Eingriffstiefe und kurz- wie längerfristigen Gesundheitsschäden und Schmerzen. Neben der Frage negativer Gesundheitsfolgen und Einschränkungen des sexuellen Empfindens besteht aus ethischer Sicht der wesentliche Unterschied bereits bei Beschneidungen vom Typ I darin, dass Frauen ohne FGC der Ausschluss aus ihrer Gemeinschaft droht und damit die Freiwilligkeit stark eingeschränkt ist.

13 Vgl. z. B. Sulkin (2009, S. 19), der weibliche Genitalbeschneidung als Körpermodifikation versteht und bspw. einen Vergleich zur Behandlung mit einer Zahnsperre beim Kieferorthopäden zieht. Für ihn

Doch zum einen ist die Rechtfertigung der FGC aus religiösen Gründen fraglich, da, wie dargelegt, keines der religiösen Hauptwerke der drei großen monotheistischen Religionen aussagekräftige Belege für deren Notwendigkeit liefert. Zum anderen ist auch für praktizierende Länder fraglich, inwiefern FGC auf lange Sicht der Teilhabe an der Gemeinschaft dient. Denn selbst wenn Frauen durch die Beschneidung zunächst gesellschafts- und damit heiratsfähig werden, wird die Existenz der Frau und ihrer Familie u. U. bedroht, weil sie z. B. durch gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen den Anforderungen eines körperlich harten Lebens und ihrer Versorgungsrolle nicht mehr gewachsen ist.

Bei FGC handelt es sich gemäß der „Convention on the elimination of all forms of discrimination against women“ (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 1990) um eine *gender-based violence*, die auf Vorurteilen, stereotypen Rollenverteilungen und der Vorstellung der Unterlegenheit der Frau beruht, somit zur Diskriminierung der Frau beiträgt, und sie in ihrer Selbstbestimmung einschränkt. Es werde an schädlichen Bräuchen festgehalten, um bereits Beschnittenen im bestehenden System Vorteile und Überlegenheit zu garantieren. In Wirklichkeit aber würden Frauen auf diese Weise unterdrückt, weil sie den potenziellen Ausschluss aus der Gemeinschaft antizipierten.

Das Recht von Mädchen auf Schutz von Leben und Gesundheit, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Erhalt sexueller Organe und Funktionen und das Recht auf Nicht-Diskriminierung gehen mit entsprechenden Schutzpflichten Außenstehender einher. Das Recht auf Religionsfreiheit und die Forderung kultureller Toleranz sind in Anbetracht der mit FGC verbundenen massiven und irreversiblen Schädigung zentraler somatischer und psychischer Funktionen nachgeordnet.

Der Rechtsphilosoph Joel Feinberg (1980, S. 124 f.) zeigt auf, dass Kindern spezifische antizipatorische Rechte zukommen, die sie zwar noch nicht oder zumindest nicht in Gänze wahrnehmen können, derer sie aber im Vorhinein nicht beraubt werden dürfen. Im Gegenteil – Eltern, Dritte und die Gesellschaft müssen diese Rechte für die Kinder „aufbewahren“ und schützen, bis sie diese im Erwachsenenalter selbst wahrnehmen können. Feinberg (1980) spricht hier vom Recht der Kinder auf eine möglichst große Vielfalt an Optionen.

In Anlehnung an dieses „Recht des Kindes auf eine offene Zukunft“ dürfen die Voraussetzungen von Sexualität und Fortpflanzung weder gefährdet noch irreversibel geschädigt werden, um später das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung wahrnehmen zu können. Ebenso wenig dürfen Andere im Voraus für ein Kind Entscheidungen treffen, die entsprechend naturwissenschaftlicher Evidenz zur potenziellen irreversiblen Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit des Kindes führen.

---

handelt es sich in beiden Fällen um eine Körpermodifikation im besten Sinne des Kindes nach vorherrschenden Schönheitsidealen.

## Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

Eine verantwortliche Elternschaft besteht darin, grundlegende Rechte des Kindes auf körperliche Unversehrtheit, Schutz der Gesundheit und das Schädigungsverbot zu achten. Unter Voraussetzung der Wahrung dieser grundlegenden Rechte ist darüber hinaus eine beziehungsorientierte Entscheidungsfindung, die sich an der Familie, den sozialen, kulturellen und religiösen Maßstäben der unmittelbaren Lebenswelt und an den Notwendigkeiten der konkreten Familie orientiert, für viele elterliche Entscheidungen zum Wohl des Kindes geboten.

Die Prävention von FGC hat aus ethischer Sicht also hohen Stellenwert. GynäkologInnen müssen FGC gegenüber beschnittenen Frauen nicht nur thematisieren, sondern ins Gespräch kommen, gute Gegenargumente anführen und über die Rechtslage informieren. Ziel muss es sein, Töchter oder andere Familienangehörige vor FGC zu bewahren. Es widerspricht sich jedoch nicht, einerseits eine ethisch-normativ klare Position zu vertreten und andererseits kultursensibel mit beschnittenen Frauen und ihren Familien umzugehen. Zudem macht gerade auch eine beziehungsorientierte Ethik (u. a. Held, 2006) darauf aufmerksam, dass bei allen Interaktionen mit einer beschnittenen Patientin der Familienkontext mitbedacht werden muss.

Außerdem gilt es, beschnittenen Frauen unter Wahrung des Rechts auf informierte Zustimmung mit medizinischen und psychologischen Mitteln zu helfen. Dabei ist nicht nur Rücksicht auf kulturelle Einstellungen geboten, sondern es gilt auch, beschnittene Migrantinnen in Deutschland gut zu begleiten. Neben Kenntnissen über kulturelle und religiöse Hintergründe bedarf es seitens der GynäkologInnen „familiensystemischer“ Interventionskompetenz, da für viele beschnittene Frauen der Rückhalt ihrer Gemeinschaft existenziell wichtig ist.

Eine Wiederherstellung des Genitals oder eine Defibulation muss Betroffenen bei gegebener Indikation angeboten werden, um Schmerzen und andere Symptome zu lindern. Das durch Spätfolgen (z. B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) oft eingeschränkte sexuelle Erleben der Frau erschwert die Möglichkeit sexueller Entfaltung und Erfüllung. Zudem kann die Partnerwahl bei in Deutschland lebenden Migrantinnen durch Aussehen und Anatomie ihres Genitals eingeschränkt sein. Im Wissen, sich von anderen Frauen zu unterscheiden, kommen Partner aus anderen gesellschaftlichen Gruppen für sie aus Scham möglicherweise nicht in Frage oder deshalb, weil Europäer gegenüber FGC u. U. negativ eingestellt sind.

In Deutschland sind beschnittene Frauen nicht nur durch die gesundheitlichen und psychischen Folgen in ihrem Alltag und bei Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt. Hinzu kommt die gesellschaftliche und rechtliche Ablehnung der FGC und damit unausweichlich auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation (vgl. Pechmann et al., 2016). Durch ihre veränderte Anatomie fallen Betroffene – eventuell schmerzbedingt – öfter am Arbeitsplatz bzw. in der Schule aus (z. B. während der Menstruation) und benötigen aufgrund des reduzierten Harnstrahls oder einem tröpfchenweisen Wasserlassen häufig mehr Zeit für Toilettenpausen. Dies kann sozialen Druck zur Folge haben.

Aufgrund medizinischer, psychischer und sozialer Nachteile sollte Betroffenen, sofern möglich und gewünscht, eine Rekonstruktion des Genitals oder eine Defibulation angeboten werden. Dabei sind jedoch das Recht auf Selbstbestimmung und auf körperliche Integrität maßgeblich. Außenstehende sollten aber selbst bei erkennbar schwerwiegenden Spätfolgen der FGC keinen Erwartungsdruck aufbauen.

Darüber hinaus äußert sich ein kultursensibler Umgang mit beschnittenen Frauen in der Erfragung der gynäkologischen und geburtshilflichen Betreuung im Heimatland und entsprechender Wünsche zur Begleitung bei der Geburt und im Wochenbett in Deutschland, in der Erfragung der Hintergründe und Einstellung zu FGC, um den individuellen Kontext zu verstehen und in einer Einbeziehung der Familie beim Wunsch einer Rekonstruktion.<sup>14</sup>

## **5 Kultursensibler Umgang mit beschnittenen Patientinnen in der gynäkologischen Praxis**

Beschnittene Frauen suchen die gynäkologische Praxis meist aufgrund einer Schwangerschaft, gestörtem oder nicht mehr möglichem Geschlechtsverkehr, Infertilität/Sterilität oder aufgrund anderer (uro-)gynäkologischer Komplikationen auf. Wie können nun GynäkologInnen fachlich kompetent und zwischenmenschlich sensibel auf eine von FGC betroffene Patientin eingehen?

### **5.1 Rahmenbedingungen**

Grundwissen über FGC, Behandlungsmöglichkeiten und Herausforderungen eines kultursensiblen Umgangs mit beschnittenen oder von Beschneidung bedrohten Frauen und Mädchen sollten im Medizinstudium, über Beiträge in Fachzeitschriften und spezielle ärztliche Fortbildungen vermittelt werden. Außerdem ist gut aufbereitetes und anschauliches Anleitungsmaterial für die gynäkologische Praxis erforderlich.<sup>15</sup>

Die medizinethisch gravierenden Probleme der FGC rechtfertigen es, dass GynäkologInnen Frauen, Mädchen und Eltern aus Prävalenzländern auf das Thema ansprechen. Dabei ist wichtig, dass für Gespräche und Untersuchungen hinreichend Zeit zur Verfügung steht. Zur Überwindung der Sprachbarriere sollte erforderlichenfalls eine Dolmetscherin hinzugezogen werden. Gegenüber der Patientin sind möglichst neutrale Begriffe und behutsame Worte zu wählen, da schon der Besuch einer gynäkologischen Praxis oft große Überwindung kostet. Zur Anamneseerhebung und Therapieplanung lassen sich Sprachhilfen verwenden. Zunächst sollte mit einer sozialen Anamnese begonnen werden. Im Anschluss daran kann in die FGC-Thematik bspw. durch ein

---

14 Die Datenlage zu Outcomes und Benefits bei genitaler Rekonstruktion ist nicht eindeutig. So berichten z. B. Foldès, Cuzin und Andro (2012) zwar von positiven Ergebnissen in Bezug auf Optik und Funktion des operierten Genitals. Doch nahmen an der Follow-up-Studie lediglich 29 % von 2938 operierten Frauen teil. Daher sollte derzeit nur zur genitalen Rekonstruktion geraten werden, wenn es im Einzelfall gute Anhaltspunkte für Symptomlinderung gibt.

15 Daher hat Starke (2017) eine Arbeitshilfe inkl. Tabellen, Fragebögen und Schemata entwickelt.

## Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

Gespräch über Religion, Kultur und Traditionen im Heimatland sowie Unterschiede zu Deutschland eingeführt werden. Auch vorangegangene Geburten können als Gesprächseinstieg dienen. Im Weiteren gilt es, etwas über die vormalige Lebenswelt der Patientin im Heimatland (Zugehörigkeit zu welcher Ethnie/Religion, Bedeutung von Gemeinschaft und Familie im Leben der Frau, Rollenerwartungen) als auch ihre Situation in Deutschland (als Migrantin, Bedeutung von Gemeinschaft und Familie unter den neuen Bedingungen, Ausmaß der Integration in Alltag und Erwerbsleben) zu erfahren. Weil zu diesem Zweck ausgearbeitete spezielle Fragebögen ein Desiderat darstellen, wurden sie von einer der Autorinnen des vorliegenden Beitrags entwickelt (siehe hierzu Starke, 2017). Im Rahmen einer kulturbezogenen gynäkologischen Anamnese wird noch mehr als im normalen Untersuchungskontext auf ein die Privatsphäre schützendes Umfeld zu achten sein, da zum einen Einstellung und Wahrnehmung von Sexualität und Beschneidung zum Thema werden und sich zum anderen die Patientinnen in ihren Genitalien von denen europäischer Frauen unterscheiden.

Insbesondere gynäkologische Untersuchungen sollten, soweit möglich, von weiblichem Personal, also Ärztinnen und Arzthelferinnen durchgeführt werden. Für die gynäkologische Untersuchung sollten die Frauen und Mädchen nach Wünschen und Vorerfahrungen zum Thema „körperliche Untersuchung“ gefragt werden. Möglicherweise wird ein Abdecken der Beine bei der gynäkologischen Untersuchung gewünscht, oder es sollen nur einzelne Körperpartien bei der körperlichen Untersuchung entblößt werden. Der Ablauf der gynäkologischen Untersuchung sollte erläutert werden, und es sollte gefragt werden, ob eine Angehörige mit anwesend sein soll.

Die Untersuchenden sollten nach Möglichkeit ihre Gestik und Mimik kontrollieren, um Anzeichen von Erschrecken zu vermeiden. Es ist zu berücksichtigen, dass einige Frauen und Mädchen u.U. nicht wissen, dass sie beschnitten wurden oder ihre gesundheitlichen Probleme nicht mit der Beschneidung in Verbindung bringen. Eventuell ist auch nicht bekannt, dass Frauen und Mädchen in Deutschland nicht beschnitten werden dürfen. Häufig verfügen die betroffenen Frauen nicht über medizinisches Wissen über die anatomische Beschaffenheit und die Funktionen ihres Körpers, benötigen also erst einmal entsprechende Informationen. Ihnen sollte, allerdings orientiert an ihren Wünschen und Bedürfnissen, sowohl die unbeschnittene Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane erläutert werden (anhand von Zeichnungen) als auch die mit der Beschneidung verbundenen Veränderungen. Da Normalität durch die Lebenserfahrung und das Umfeld der Frauen definiert wird, bringen die Patientinnen die gesundheitlichen Komplikationen oft nicht in Zusammenhang mit ihrer Beschneidung. Diesbezüglich gilt es aber, das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und ihr Expertentum für sich und ihre Gesundheit anzuerkennen und Behandlungsziele gemeinsam zu vereinbaren, statt diese vorzugeben und dabei zu Bevormundung zu tendieren. Um einer differenzierten Kommunikation willen ist es, wie oben bereits angeführt, ratsam, eine Dolmetscherin hinzuziehen.

Darüber hinaus kann auch der Erfahrungsaustausch mit Ansprechpartnerinnen aus den Herkunftsländern hilfreich sein – um den Umgang mit Sexualität, Beschneidung und Tradition zu stärken, und die durch das neue Umfeld veränderten Perspektiven zu integrieren.<sup>16</sup>

In Deutschland steht betroffenen Frauen medizinische Betreuung zu.<sup>17</sup> Auch Patientinnen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, werden notwendige ärztliche Behandlungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie Impfungen (§ 4 AsylbLG) gewährt. Nach § 6 Abs. 1 AsylbLG können auch sonstige Behandlungen übernommen werden, wenn diese zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Die anfallenden Kosten für die oben genannten Untersuchungen trägt der jeweils zuständige Sozialhilfeträger (Sing & Hierl, 2015, S. 422 ff.).

## 5.2 Gynäkologische Untersuchung bei Beschneidung im Einzelnen

Bei einer gynäkologischen Untersuchung ist, besonders bei Schwangeren, das Ausmaß der Beschneidung mittels WHO-Klassifikation festzustellen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 12). Der anatomische Zustand sollte – bei Zustimmung der Patientin – mittels Foto oder Zeichnung dokumentiert und unter Erfassung des (Nicht-)Vorhandenseins typischer anatomischer Strukturen beschrieben werden.<sup>18</sup> Der Patientin sind, orientiert an ihren Bedürfnissen und Wünschen, Anatomie und Funktion der Geschlechtsorgane sowie die mit der Beschneidung verbundenen Veränderungen am eigenen Genital – mit Hilfe von Zeichnung oder Spiegel – zu erläutern (Kuckert, Sagawe, & Weskamm, 2008, S. 20).

Die gynäkologische Betreuung umfasst bei Nicht-Schwangeren ebenso wie bei Schwangeren die Behandlung gesundheitlicher Komplikationen – bei Schwangeren speziell im Hinblick auf die Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen – wie auch die eventuelle Wiederherstellung der Anatomie (Defibulation bzw. Wiederherstellung der physiologischen Abflusswege). Daher ist zu klären, ob FGC-bedingte Komplikationen oder eine Indikation zur Defibulation vorliegen.<sup>19</sup>

---

16 Zu konkreten Projekten und der Entwicklung der Debatte in Deutschland siehe Schnuell, Richter und Piccolantonio (2006). Ein an dieser Stelle besonders interessantes Projekt sind die so genannten „Mutmacherinnen“, ein ehrenamtliches Patenprojekt von geflüchteten Frauen für geflüchtete Frauen. Mehr zum Projekt unter <https://www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/themen/projekte-und-forschung/migrantinnen-als-mutmacherinnen-1555864>.

17 Vgl. nach ICD-10-DE 2016 die Diagnosen N90.8 und Z91.70–74.

18 Zur Vermeidung zusätzlicher Untersuchungen in Zusammenarbeit mit KollegInnen und zur Dokumentation für etwaige rechtliche Schritte vgl. Department of Reproductive Health and Research UK (2011, S. 28).

19 Für Defibulationsindikationen vgl. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007); Bundesärztekammer (2016); Hohlfeld et al. (2005); Utz-Billing et al. (2011, S. 6). Beschneidungsbedingte Infektionen mit HIV, Hepatitis B oder C sind auszuschließen (Hohlfeld et al., 2005, S. 11; Low-Beer & Creighton, 2015, S. 4).

### 5.3 Behandlung gesundheitlicher Komplikationen

Viele von FGC betroffene Frauen leiden unter verlängerter und schmerzhafter Miktion und Menstruation, rezidivierenden urogenitalen Infektionen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Infertilität in Folge von Veränderungen des Reproduktionssystems. Eine generelle Pathologisierung muss jedoch vermieden werden, da eine positive (oder negative) Einstellung die Symptome moduliert (Pechmann et al., 2016). Es wird also auch beschnittene Frauen geben, die Beschneidung als Normalität erachten und damit zu leben gelernt haben.

Die Behandlung umfasst die Linderung einzelner Symptome sowie ggf. eine Defibulation oder eine Rekonstruktion der genitalen Anatomie und physiologischen Funktionen. Bei infibulierten symptomatischen Patientinnen sollte eine Defibulation zur Wiederherstellung der physiologischen Abflusswege von Urin, Vaginalsekret und Menstruationsblut sowie Kohabitationsfähigkeit erfolgen.<sup>20</sup>

Eine Defibulation oder Rekonstruktion sollten v. a. dann mit der Patientin besprochen werden, wenn sie zur Besserung der Symptome<sup>21</sup> führen könnte. Bedingung für den Eingriff sind schmerzfreie Durchführung unter adäquater Anästhesie (zur Vermeidung erneuter Traumatisierung)<sup>22</sup> sowie die informierte Zustimmung der Patientin nach einer sorgfältigen Aufklärung über die postoperativen anatomischen und funktionellen Veränderungen des weiblichen Genitals (Kuckert et al., 2008, S. 20; Utz-Billing et al., 2011, S. 6; WHO, 2016). Im Anschluss an jeden Eingriff ist eine suffiziente Schmerztherapie erforderlich, u. U. über längere Zeit hinweg. Die Entlassung sollte erst nach ausreichender und schmerzfreier Mobilisation und Miktion erfolgen. Regelmäßiges Abduschen der Wunde mit sanftem Strahl, der Verzicht auf Geschlechtsverkehr für vier bis sechs Wochen und auch das Angebot psychologischer Betreuung und Therapie sind mit der Patientin zu besprechen. Zudem sollte eine langfristige Nachsorge die Akzeptanz der anatomischen und funktionellen Veränderungen unterstützen. Bei Bedarf empfiehlt es sich, den Kontakt zu spezialisierten Zentren herzustellen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 4). Außerdem kann der Patientin u. U. die Ausstellung eines „offenen Briefs“, in dem die Notwendigkeit der Defibulation zur Wiederherstellung der Gesundheit dargelegt wird, bei der Rechtfertigung einer Defibulation gegenüber Familie und Gemeinschaft helfen (Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2007, S. 23).

---

20 Vgl. für Defibulationsindikationen, Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007, S. 23), Bundesärztekammer (2016), Hohlfeld et al. (2005, S. 9), Utz-Billing et al. (2011, S. 6).

21 Vgl. auch Fn 14 zur Studie von Foldès et al. (2012).

22 Für anästhesiologische Empfehlungen vgl. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007, S. 23) und WHO (2016).

#### **5.4 Psychologische Betreuung der Betroffenen**

Zudem sollten die Patientinnen über typische Symptome psychischer Komplikationen von FGC informiert werden. Ergeben sich Hinweise auf eine psychische Belastung, z. B. durch Einsatz eines psychiatrischen „Assessment“, ist eine zusätzliche psychologische oder ggf. psychiatrische Betreuung zu empfehlen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 17). Es gilt zu berücksichtigen, dass sich auch erst durch die Migration nach Deutschland, wenn die FGC infrage gestellt wird, die psychische Situation einer beschnittenen Frau verschlechtern kann (Pechmann et al., 2016). Umgekehrt kann nicht generell eine schwere psychische Belastungsstörung unterstellt werden, da die Einstellung zu FGC modulierend auf somatische und posttraumatische Symptome wirkt.

Obwohl sich Übersichtsartikel unterschiedlich zur Frage eines signifikant erhöhten Risikos der Entwicklung einer Angststörung, Somatisierungsstörung oder depressiven Störung äußern (Berg, Denison, et al., 2014; Mulongo et al., 2014), legen die Best-Practice-Empfehlungen aus Deutschland, der Schweiz und Großbritannien ebenso wie die aktuelle WHO-Guideline die psychologische Betreuung beschnittener Frauen und Mädchen nahe (z. B. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2007; Low-Beer & Creighton, 2015; Utz-Billing et al., 2011; WHO, 2016). Denn nicht selten sei mit FGC ein Vertrauensverlust in die nahen Bezugspersonen, die an dem Eingriff mitgewirkt hätten, verbunden. Insbesondere mit dem Bewusstwerden der eigenen Beschneidung und der „optischen Differenz“ zum nicht-beschnittenen weiblichen Genital könne eine sekundäre Somatisierung einhergehen.

Die WHO empfiehlt, dass beschnittene Mädchen und Frauen, die eine chirurgische Intervention zur Behandlung gesundheitlicher Komplikationen benötigen, psychologische Begleitung zur Prävention einer Retraumatisierung oder nachfolgenden psychischen Störung erhalten (vgl. WHO, 2016). Zielführend für eine effiziente Rehabilitation beschnittener Frauen wäre ein langfristiges interdisziplinäres Behandlungskonzept der physischen und psychischen Langzeitkomplikationen.

#### **5.5 Behandlung gesundheitlicher Komplikationen in der Schwangerschaft**

Von FGC betroffene Schwangere empfinden die zahlreichen pränatalen Untersuchungen und die im Vergleich zur eigenen Kultur eher distanzierte (kaum Körperkontakt) und punktuelle Betreuung (gleichzeitige Betreuung mehrerer Kreisender) während der Geburt oft als befremdlich. Daher sollten die Vorerfahrungen der Patientinnen berücksichtigt und Vorsorge und Geburtsbegleitung im deutschen Gesundheitssystem genau erklärt werden.

Potenzielle Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt, die sich z. B. durch narbige Verlegungen des Geburtskanals oder Kaiserschnitte ergeben, sollten Gegenstand eines Aufklärungsgesprächs sein. Nach Absprache können Patientinnen mit unkomplizierten Geburtsverläufen in der Vergangenheit auch ambulant gebären, sofern

keine Reinfibulation erfolgt ist. Ansonsten ist zwecks des Ausschlusses unerwünschter Komplikationen eine Entbindung im Kreissaal dringend zu empfehlen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 4). Wenn bereits Beschwerden bestehen, sind diese mittels gynäkologischer Untersuchung und regelmäßiger Vorsorge zu erfassen und zu behandeln.<sup>23</sup>

Beschnittene Frauen tragen ein erhöhtes Risiko für rezidivierende vaginale, pelvine (im unteren Becken situierte) Infektionen sowie Harnwegsinfektionen, die dem Schwangerschaftsverlauf abträglich sind. Vaginale Einschlusszysten und Fistelbildungen sowie Abszesse können Schwangerschaft und Geburt erschweren und sollten, wenn möglich, therapiert werden (Hohlfeld et al., 2005, S. 11). Im Fall einer Beschneidung vom Typ I, II oder IV muss der Grad der Geburtskanaleinengung bestimmt werden, um die Notwendigkeit einer Eröffnung oder Resektion von Narbengewebe unter der Geburt bereits pränatal zu eruieren (WHO, 2001, S. 23). Bei einer Typ-III-Beschneidung ist schon während des ersten Trimenons der Zeitpunkt einer Defibulation sowie das Ausmaß der folgenden Wundrandadaptation zu erörtern (Department of Reproductive Health and Research UK, 2011, S. 28). Der Patientin sollte erklärt werden, dass die den Geburtskanal einengende Narbenbildung die Durchführung der Schwangerschaftsvorsorge erschwert<sup>24</sup> und bei Verdacht auf Schwangerschaftskomplikationen eine vorgeburtliche Defibulation notwendig werden kann.

Im Hinblick auf die Geburt ist eine FGC-spezifische Anamnese erforderlich, um insbesondere folgende Fragen zu ergänzen: Bestehen Schamgefühle angesichts der genitalen Anatomie? Gibt es Hinweise auf Ängste vor erneuter Traumatisierung unter der Geburt, den Geburtsschmerzen oder vor einem Kaiserschnitt? Außerdem sollte u. a. erfragt werden, ob die Anwesenheit des Ehemanns oder weiblicher Familienmitglieder bei Untersuchungen und der Geburt erwünscht ist, ob Teile des Körpers unter der Geburt freiliegen oder bedeckt sein sollen und ob das Kind direkt nach der Geburt auf den Bauch der Mutter gelegt werden darf.

## 5.6 Begleitung bei der Geburt und im Wochenbett

Unter der Geburt sowie bei der Nachsorge der Wöchnerin muss auf einen kultursensiblen Umgang geachtet werden, um einer Traumatisierung vorzubeugen. Vaginale Tastuntersuchungen z. B. sollten so selten wie möglich durchgeführt werden, da diese besonders schmerzhaft sein und zu einer Retraumatisierung führen können. Die Indikation für einen Blasenkatheter während oder nach der Geburt sollte restriktiv gestellt werden (Hohlfeld et al., 2005, S. 11).

Falls der Geburtskanal durch narbiges Gewebe verlegt ist, sollte während der Austreibungsperiode durchgängig Fachpersonal zugegen sein. Bereits in der

---

23 Zusätzlich zu HIV, Hepatitis B- und Syphilis-Screenings in der Schwangerschaftsvorsorge sollte ein Hepatitis-C-Screening erfolgen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 16).

24 Abstriche und vaginale Untersuchungen sowie Urinkontrollen durch Eigenuringewinnung bzw. Katheterisierung können schwer bis gar nicht durchführbar sein.

Eröffnungsphase der Geburt sollte eine Periduralanästhesie angelegt werden, um das Schmerzempfinden und die Wahrnehmung der genitalen Manipulation bei der Defibulation so gering wie möglich zu halten. Für die Durchführung einer mediolateralen Episiotomie nach erfolgter Defibulation gelten die gleichen Indikationen wie bei nicht infibulierten Frauen unter der Geburt (Royal College of Nursery, 2006, S. 17).

Wöchnerinnen brauchen eine angemessene analgetische Behandlung und sollten in stationärer Behandlung bleiben bis sie schmerzfrei Wasser lassen können und sich ein ausreichender Wochenfluss eingestellt hat. Auch sollen sie sich in Ruhe an ihr rekonstruiertes Genital gewöhnen und sich mit Optik, Pflege und Hygiene vertraut machen, dies eventuell auch unter psychologischer Betreuung (Kuckert et al., 2008, S. 27). Eine zusätzliche gynäkologische Nachsorge nach drei bis vier Wochen postnatal wird empfohlen (Hohlfeld et al., 2005, S. 11).

### **5.7 Prävention als medizinethischer Auftrag**

Auch wenn die Formen der Beschneidung und die Motive ihrer Durchführung unterschiedlich und teils plausibel sein mögen, müssen zukünftige Genitalbeschneidungen verhindert werden. Um die Töchter beschnittener Frauen vor Beschneidung zu schützen, darf das Gesundheitssystem nicht nur auf Sekundär- und Tertiärprävention setzen. Um die FGC-Praxis von vornherein zu verhindern, sind Mütter und Familien aus Prävalenzländern über die gesundheitlichen Folgen der FGC aufzuklären. Nach Möglichkeit sollten gemeinschaftliche Erklärungsmuster thematisiert und alternative Ansichten (z. B. dass die FGC sich keiner Religion genuin zuordnen lässt, dass Schaden an der Frau eine Schwächung der Zukunft der Familie bedeutet, dass identitätsstiftende Ersatzrituale denkbar wären) offen besprochen bzw. diskutiert werden.

Um einer möglicherweise bevorstehenden FGC entgegenzuwirken, sollten auch nicht-schwangere, beschnittene Frauen in gynäkologischer Behandlung auf die Thematik angesprochen und nach Töchtern oder anderen weiblichen Familienangehörigen befragt werden. Eine kultursensible Kommunikation beginnt mit Fragen nach den persönlichen Erfahrungen und der Einstellung zu FGC. Sie wird aber auch Informationen über die Rechtslage in Deutschland enthalten und gute Gründe (z. B. Kindeswohl, elterliche Verantwortung) gegen FGC darlegen. Aus ethischer Sicht ist es geboten, über die Patientin in das Familiensystem hineinzuwirken und bei Kindeswohlgefährdung das Jugendamt hinzuzuziehen oder Anzeige zu erstatten.

Zur Primärprävention, aber auch zur Sekundär- und Tertiärprävention sollte im Patientinnenkontakt ein „familiensystemischer“ Ansatz handlungsleitend sein. Kultursensibilität in diesem Zusammenhang bedeutet, zu berücksichtigen, dass der Vater als Familienoberhaupt oft die Entscheidungen innerhalb der Familie trifft. Er sollte daher auch in eine Beratung oder Behandlung einbezogen werden, um Konflikte zu vermeiden. Denn die Patientin wird sich in der Regel vor ihren Familienangehörigen, insbesondere dem Ehemann, erklären müssen.

Allerdings zeigt sich auch deutlich, dass die Partner beschnittener Frauen, sofern sie ebenfalls aus Prävalenzländern stammen, selbst unter dem Druck der sozialen Gemeinschaft stehen, sich also der Tradition verpflichtet fühlen, gleichzeitig aber merken, dass ihre Partnerinnen unter den Komplikationen leiden, Schmerzen haben und eingeschränkt sind (Varol, Turkmani, Black, Hall, & Dawson, 2015, S. 3.) Eine gute Kommunikation mit der Partnerin sowie das Bildungs- und Integrationsniveau scheinen Indikatoren dafür zu sein, wie offen Männer bspw. gegenüber einer Defibulation ihrer Partnerin sind und beeinflussen die Entscheidung, ob sie ihre Töchter beschneiden lassen (Varol et al., 2015, S. 11 ff.).

Sollte eine beschnittene Frau eine Tochter gebären, ist spezielle Primär-Präventionsarbeit der geburtshilflichen Abteilung in Zusammenarbeit mit den PädiaterInnen wichtig. Regelmäßige Besuche von Mutter und Kind durch eine Hebamme, nicht nur zur Unterstützung im Wochenbett, sondern darüber hinaus zum Schutz der Tochter vor Beschneidung, sollten mindestens bis zur U3 gewährleistet sein (Hohlfeld et al., 2005, S. 12). Erfolgt die U2-Vorsorgeuntersuchung des Neugeborenen noch im Krankenhaus, sollte erneut eine Aufklärung der Eltern über FGC und die Relevanz pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen erfolgen. Das erhöhte FGC-Risiko ist zur besseren Kommunikation innerhalb des medizinischen Personals im „Kinderuntersuchungsheft“ zu vermerken. Sofern die Eltern einverstanden sind, könnte die Überleitung zu einer pädiatrischen Praxis initiiert werden, wobei auf die Problematik einer künftigen Beschneidung aufmerksam gemacht würde. Auf diese Weise bieten auch künftige Vorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit, Aufklärungsarbeit zu leisten (Utz-Billing et al., 2011, S. 7 f.). Bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung durch eine drohende/erfolgte FGC an einer Minderjährigen im Rahmen der medizinischen Versorgung von Frauen und Mädchen aus Prävalenzländern sollten Schritte nach § 4 KKG Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz in Abhängigkeit vom Beschneidungsrisiko eingeleitet werden.<sup>25</sup>

Da HausärztInnen häufig Kontakt zu allen Mitgliedern von Familien aus Prävalenzländern haben, sollten sie in jedem Fall über das Vorliegen einer weiblichen Genitalbeschneidung bei ihrer Patientin bzw. Tochter ihrer Patientin durch KollegInnen informiert werden. Durch einen häufigen Kontakt mit unterschiedlichen Familienangehörigen (v. a. Ehemann, Mutter, Großmutter) und anderen Mitgliedern der Gemeinschaft lässt sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen, das einen offenen Diskurs über die weibliche Genitalbeschneidung ermöglicht. So kann erfolgreich zur Primärprävention von FGC und Sekundärprävention von FGC-Komplikationen beitragen werden, da die Möglichkeit zur Aufklärung und zum Gespräch mit den u. U. maßgeblichen BefürworterInnen der FGC-Praxis geschaffen wird.

---

<sup>25</sup> Vgl. die Arbeitshilfe von Starke (2017) zur Risikostratifizierung beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durch drohende/erfolgte FGC in Rückbezug auf § 4 KKG.

Im Umgang mit Familien aus Prävalenzländern kann eine verständliche, respektvolle und kultursensible Informationsvermittlung das Vertrauen der Eltern in das Gesundheitssystem fördern. Da GynäkologInnen in der Regel weder familiensystemisch noch rechtspsychologisch geschult sind, bedarf es spezieller Fortbildungen, die Wege der vermittelten Information und Kommunikation wie auch rechtliche Wege zur Vermeidung einer möglicherweise bevorstehenden FGC aufzeigen.<sup>26</sup> Sinnvoll wäre zudem die inhaltliche Verknüpfung dieser Schulungen mit den wesentlichen medizinischen Inhalten der allgemeinen Weiterbildungen für GynäkologInnen und PädiaterInnen.

## 6 Schluss

Mit zunehmender Einwanderung von Frauen aus Prävalenzländern steigt die Dringlichkeit, sich mit Fragen des kultursensiblen Umgangs mit beschnittenen Frauen und mit der Frage nach Maßnahmen für eine erfolgreiche Primärprävention auseinanderzusetzen. Die Gynäkologie kann einen kultursensiblen, integrativen Beitrag leisten, sofern die Selbstregulierungen für diesen medizinischen Fachbereich hinreichend konkret und insbesondere auf die ÄrztIn-PatientIn-Interaktion bezogen sind.

Die wirksame Selbstregulierung eines Fachbereichs könnte zudem Orientierung für andere medizinische Fachbereiche in Deutschland bieten, die sich auch mit weiblicher Genitalbeschneidung konfrontiert sehen. So finden gynäkologische Untersuchungen bspw. nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus rechtlichen Gründen statt: In der Rechtsmedizin werden Untersuchungen durchgeführt, wenn Frauen den Nachweis einer erfolgten Genitalbeschneidung für die Durchsetzung ihres Asylantrages dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge vorlegen müssen, nachdem sie die Angst vor einer drohenden oder erneuten Genitalbeschneidung als Fluchtgrund angegeben haben. Obwohl der Kontakt rechtlich motiviert und punktuell ist, sollten die erforderlichen Untersuchungen kultursensibel durchgeführt werden, zumal es sich meist um einen Erstkontakt mit dem deutschen Gesundheitswesen handelt. Die Ausarbeitung der Möglichkeiten der Rechtsmedizin und des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zur Vermittlung weiterer Behandlung und zur Primärprävention werden hier als Desiderat deutlich.

Zudem bedarf es auf ärztlicher Seite für einen fachlich und kommunikativ versierten Umgang mit den betroffenen Frauen und zur Primärprävention weiblicher Genitalbeschneidung spezieller Fortbildungen – insbesondere in Städten mit hoher Prävalenz. Es gilt, das Problembewusstsein und die Handlungskompetenzen von GynäkologInnen zu erweitern und das Wissen über Beschneidung von der

---

26 Hier lassen sich empirische Erkenntnisse und bewährte Vorgehensweisen aus der Familienrechtspsychologie (vgl. Kindesmissbrauch, elterliche Gewalt und Vernachlässigung) fruchtbar machen (vgl. Dettenborn & Walter, 2016, bes. S. 287–407).

Prädominanz der BeschneiderInnen hin in die gynäkologischen Praxen zu holen (Denniston, Grassivaro Gallo, Hodges, Milos, & Viviani, 2006, S. XI). Zunehmend rücken so auch interdisziplinäre Erkenntnisse (z. B. aus der Anthropologie und den Sozialwissenschaften) in den Fokus und weiten den Blick auf die vielfältigen Aspekte der Problematik sowie die kontrovers geführte Debatte. So wird z. B. die Frage, ob es sich bei FGC um eine Verstümmelung oder eine zulässige Modifikation handelt, immer noch diskutiert (vgl. z. B. Denniston et al., 2006, S. XI f.; Johnsdotter, 2006, S. 33 f.; Sulkin, 2006).

Das Fachwissen aus den medizinischen Disziplinen um die potenziellen Risiken von FGC sollte mit anderen Diskursen vernetzt werden. Ideal wäre es, wenn staatliche Institutionen Handreichungen mit landes-, kultur- bzw. religionsspezifischen Informationen<sup>27</sup> für ÄrztInnen unterschiedlicher Fachbereiche zur Verfügung stellen würden und ein interdisziplinär ausgearbeitetes, verschiedene Besorgungsbereiche übergreifendes Konzept etabliert werden könnte. Außerdem könnte für den Umgang mit Patientinnen aus Prävalenzländern etwa der Blick auf FGC-kritische Initiativen in ihren Heimatländern ertragreich sein, da MedizinerInnen dort im Umgang mit ihren Patientinnen viel intensiver im Schnittfeld zwischen Tradition und medizinischer Aufklärung agieren.<sup>28</sup> Selbstregulierungen können von Berufsgruppen oder Institutionen entwickelt werden. Ein gesamtgesellschaftliches Problem lässt sich über solche Wege jedoch nur partiell bearbeiten. Um der von Beschneidung bedrohten Frauen und Mädchen willen, aber nicht zuletzt auch zur Unterstützung der gegen FGC engagierten ÄrztInnen ist es erforderlich, dass Regulierungen in verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Bereichen hinzutreten. Die Bemühungen müssen von weiteren medizinischen Fachbereichen, von Sozialarbeit, Bildungseinrichtungen und Arbeitswelt, letztlich einem Integrationskonzept für alle Sektoren der Gesellschaft flankiert werden, um einen adäquaten Umgang mit FGC und eine effektive Prävention zu erreichen. Weil die Selbstregulierung einer Berufsgruppe angesichts des weltweiten Problems weiblicher Genitalbeschneidung zu kurz greift, muss es interdisziplinär konzipierte Schulungen sowie Kooperationen mit Behörden und einschlägigen Institutionen wie spezialisierte Zentren und Beratungsstellen geben. Erkenntnisse und

---

27 Vgl. die informative empirische Studie von Nestlinger et al. (2017), die vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend gefördert worden ist.

28 Gruenbaum (2000) erachtet die westliche Empörung und Kritik an der Praxis als oft zu eindimensional. Die Vielfalt kultureller Kontexte und ihrer komplexen Bedeutungen werde meist nicht richtig eingeschätzt. Ausführlich beleuchtet Hodžić (2017) die zahlreichen staatlichen und nichtstaatlichen Akteure in Ghana, die an Kampagnen gegen die „weibliche Genitalverstümmelung“ mitwirken, wo die Praxis der Genitalbeschneidung allerdings schon vorher rückläufig war. Anstelle eines Kulturimperialismus, der Gesetze entwirft, die zu einem „Problematisieren und Kriminalisieren der Praxis“ führen (S. 13), betont Hodžić die Notwendigkeit, den Wert zu untersuchen, den die Menschen bestimmten Praktiken beimessen und gemeinsam mit ihnen statt über ihre Köpfe hinweg die notwendigen Interventionsmechanismen zu diskutieren. Daher sollten „die Menschen eine Ausbildung erhalten, die es den Menschen ermöglicht, zu entscheiden, welche Bräuche sie behalten und welche sie loswerden möchten“ (S. 22).

Erfahrungen aus den Kultur- und Sozialwissenschaften, dem Bereich „Public Health“, der Sozialarbeit und den mit Migration und Integration befassten Behörden müssen zusammengeführt und vermittelt werden. Fachdiskurse, v. a. aus der Kulturanthropologie und den Politikwissenschaften, sollten ebenso wie Erfahrungen von international tätigen Organisationen stärker als bisher in die behördlichen und praktischen Fragen des Umgangs mit weiblicher Genitalbeschneidung in Deutschland einbezogen werden. Außerdem sollten im Rahmen der Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen Eltern und SchülerInnen über die Hintergründe und Folgen von FGC informiert werden, und darüber, dass diese gesundheitsgefährdende Praxis in Deutschland verboten ist. Jedoch darf nicht verschwiegen werden, dass es derzeit kein eindeutiges „Erfolgsrezept“ zur FGC-Primärprävention gibt. Erkenntnisse aus der Entwicklungsarbeit oder Forschung zu *global health* sind weniger eindeutig als gewünscht. In der Entwicklungspolitik und auf internationaler Ebene müssen Strategien zur Abschaffung der FGC als menschenrechtsverletzender Praxis intensiviert werden mithilfe besonderer Gesundheits- und Bildungsprogramme in Ländern mit hoher FGC-Prävalenz. Außerdem sind Konzepte zu entwickeln und zu verwirklichen, die verstärkt auf Kommunikation mit den FGC-praktizierenden Gemeinschaften setzen, um kultursensibel über die schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen von FGC aufzuklären und z. B. zu Ersatzritualen anzuregen, die zum einen ohne eine faktische Beschneidung auskommen, und zum anderen den besonderen identitätsstiftenden und gemeinschaftlichen Aspekt als wesentlichen Bestandteil der Lebenswelt der Frau berücksichtigen (Abdulcadir & Catania, 2018). Qualitative Studien mit betroffenen Frauen und bedeutenden Mitgliedern ihrer Gemeinschaften deuten zumindest an, dass bei gelingender Integration in Deutschland die weibliche Genitalbeschneidung abnimmt und an Legitimationskraft verliert, weil Mädchen und Frauen neue Lebenswege einschlagen können. Insofern sollten in Deutschland die anfänglichen Bemühungen um die Primärprävention auf allen Ebenen intensiviert und professionalisiert werden.

## Literaturverzeichnis

- Abdulcadir, O. H., & Catania, L. (2018). Alternative rite between medicine and policy. In M. Fusaschi & G. Cavatorta (Hrsg.), *FGM/C: From medicine to critical anthropology* (pp. 173–180). Turin: Meti Edizioni. Abgerufen von <https://mapfgm.eu/>
- Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2007). *Weibliche genitale Beschneidung: Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potenziell involvierte Berufsgruppen*. Abgerufen von <http://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>
- Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O., Bathija, H., & Ali, M. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367(9525), 1835–1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68805-3)
- Berg, R. C., Denison, E., & Fretheim, A. (2014). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, 24, 281–283. Abgerufen von <https://www.fhi.no/en/publ/>

## Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

- Berg, R. C., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Underland, V., & Vist, G. E. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, 542859. <https://doi.org/10.1155/2014/542859>
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4(11), e006316. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>
- Böse, M. (2016). § 226a Verstümmelung weiblicher Genitalien. In U. Kindhäuser, U. Neumann, & H. U. Paeffgen (Hrsg.), *Nomoskommentar: Strafgesetzbuch* (Bd. 2, 5. Aufl.), Baden-Baden: Nomos.
- Bundesärztekammer. (2015). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(31–32), A–1348.
- Bundesärztekammer. (2016). *Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung*. Abgerufen von [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04\\_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf)
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (1990). *General comment No. 14; Subitem 11 and introduction CEDAW*. Abgerufen von <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom14>
- Delespine M., Foldès F., & Piet, E. (2016). *Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines*. Abgerufen von <https://ansfl.org/document/guide-le-praticien-face-aux-mutilations-sexuelles-feminines/>
- Denniston, G. C., Grassivaro Gallo, P., Hodges, F. M., Milos, M. F., & Viviani, F. (Hrsg.). (2006). *Bodily integrity and the politics of circumcision: Culture, controversy, and change*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4916-3>
- Department of Reproductive Health and Research UK. (2011). *Multi-agency practice guidelines: Female genital mutilation*. Abgerufen von <http://www.nottinghamcdp.com/wp-content/uploads/2014/09/FGMmulti-agencyPracticeGuidelines1.pdf>
- Dettenborn, H., & Walter, E. (2016). *Familienrechtspsychologie* (3. Aufl.). München: Reinhard.
- Dinslage, S. (1981). *Mädchenbeschneidung in Westafrika*. München: Renner.
- Engels, D. (2008). *Die islamrechtliche Beurteilung der Mädchenbeschneidung* (Magisterarbeit). Freie Universität Berlin, Berlin.
- Feinberg, J. (1980). The child's right to an open future. In W. Aiken & H. LaFollette (Hrsg.) *Whose child?* (S. 124–153). Totowa: Rowman & Littlefield. <https://doi.org/10.4324/9781315633794>
- Foldès, P., Cuzin, B., & Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: A prospective cohort study. *The Lancet*, 380(9837), 134–141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60400-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60400-0)
- Graf, J. (2013). *Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Medizinethik*. Göttingen: V&R Unipress.
- Gruenbaum, E. (2000). *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gülle, F. J. (1989). *Die weibliche Beschneidung – eine Frage der Sexualmedizin* (Dissertation). Freie Universität Berlin, Berlin.
- Held, V. (2006). *The ethics of care*. New York: Oxford University Press.
- Hicks, E. K. (1987). *Infibulation: Status through mutilation* (Dissertation). Erasmus-Universität Rotterdam, Rotterdam.
- Hillebrand, E. (1999). *Gesellschaftlicher Wandlungsprozess, Soziale und wirtschaftliche Entwicklung. Informationen zur politischen Bildung – Afrika I*. Bonn: BPB.
- Hodžić, S. (2016) *The twilight of cutting: African activism and life after NGOs*. Oakland: University of California Press.

- Hohlfeld, P., Thierfelder, C., & Jäger, F. (2005). Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte. *Schweizerische Ärztezeitung*, 86(16), 951–960. Abgerufen von [https://www.sgg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/2\\_Guidlines/De/Patientinnen\\_mit\\_genitaler\\_Beschneidung\\_2005\\_pdf](https://www.sgg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidlines/De/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung_2005_pdf)
- Hulverscheidt, M. (2002). *Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Johnsdotter, S. (2006). Girls and boys as victims. Asymmetries and dynamics in European public discourses. In M. Fusaschi & G. Cavatorta (Hrsg.), *FGM/C: From medicine to critical anthropology* (S. 31–50). Turin: Meti Edizioni. Abgerufen von <https://mapfgm.eu/>
- Kargl, W. (2016). § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen. In U. Kindhäuser, U. Neumann, & H. U. Paeffgen (Hrsg.), *Nomoskommentar. Strafgesetzbuch* (Bd. 2, 5. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Koso-Thomas, O. (1987). *The circumcision of women. A strategy for eradication*. London: Zed Books.
- Kuckert, A., Sagawe, A., & Weskamm, A. (2008). *Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen – Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegende*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. Abgerufen von <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/DBfK-Broschuere-FGM.pdf>
- Low-Bear, N., & Creighton, S. (2015). Female genital mutilation and its management. In Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Hrsg.), *Green-top Guideline No. 53*. Abgerufen von <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>
- Mulongo, P., Martin, C. H., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of female genital mutilation on girls/women's mental health: A narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), S. 1–17. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.949641>
- Nestlinger, J., Fischer, P., Jahn, S., Ihring, I., & Czelinski, F. (2017). *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten, Zusammenhänge, Perspektiven*. Abgerufen von <https://www.netzwerk-integra.de/app/download/6517789962/Eine+empirische+Studie+zu+Genitalverst%C3%BCmmelung+in+Deutschland.pdf?t=1515665762&mobile=1>
- Obermeyer, C. M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 443–461. <https://doi.org/10.1080/14789940500181495>
- Pechmann, C., Petermann, F., Schmidt, S., Nitkowski, D., Köbach, A., Ruf, M., & Elbert, T. (2016). Belastungsbewältigung bei Frauen mit FGM aus Äthiopien – Zur Rolle der Einstellung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66(11), 421–428. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107803>
- Royal College of Nursery. (2006). *Female genital mutilation. An educational resource for nursing and midwifery staff of the Royal College of Nursery*. Abgerufen von <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005447>
- Schnuell, P., Richter, G., & Piccolantonio, C. (2006). Addressing female genital mutilation in Germany: The work of the women's rights organization Terre des Femmes and the situation in Germany. In G. C. Denniston, P. Grassivaro Gallo, F. M. Hodges, M. F. Milos, & F. Viviani (Hrsg.), *Bodily integrity and the politics of circumcision: Culture, controversy, and change* (S. 133–140). New York: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4916-3\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4916-3_12)
- Sing, A., & Hierl, W. (2015). Gesundheitsuntersuchungen nach dem Asylverfahrensgesetz. *Bayerisches Ärzteblatt*, 9, 422–423. Abgerufen von <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/>
- Sotriadis, G. (2014). Der neue Straftatbestand der weiblichen Genitalverstümmelung, §226a StGB: Wirkungen und Nebenwirkungen. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 7–8, 320–339. Abgerufen von <http://www.zis-online.com/>

## Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

- Starke, H., (2017). *Weibliche Genitalbeschneidung in Europa – eine medizinethische Reflexion zur Entwicklung eines medizinischen Leitlinienkompendiums* (Dissertation). Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg.
- Utz-Billing, I., Kentenich, H., Henzgen, J., Kantelhardt, E., & Riem, K. (2011). *Empfehlungen der Dt. Gesell. für Gynäkologie und Geburtshilfe zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung*. Abgerufen von [https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/archiviert/175\\_Empfehlungen\\_zu\\_m\\_Umgang\\_mit\\_Patientinnen\\_nach\\_Weiblicher\\_Genitalverstuemmelung/175\\_2011.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/archiviert/175_Empfehlungen_zu_m_Umgang_mit_Patientinnen_nach_Weiblicher_Genitalverstuemmelung/175_2011.pdf)
- World Health Organization. (2000). *A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth*. Abgerufen von [http://www.who.int/gender/other\\_health/systreviewFGM.pdf](http://www.who.int/gender/other_health/systreviewFGM.pdf)
- World Health Organization. (2001). *Management of pregnancy, childbirth and postpartum period in presence of female genital mutilation*. Abgerufen von [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/RHR\\_01\\_13/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_13/en/)
- World Health Organization. (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement – OHCHR, U., UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Abgerufen von [http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements\\_missions/Interagency\\_Statement\\_on\\_Eliminating\\_FGM.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf)
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Abgerufen von <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>

### Authors<sup>29</sup>

Prof. Dr. theol. Monika Bobbert, Dipl.-Psych.  
Department of Moral Theology, University of Muenster  
Johannisstraße 8–10, 48143 Münster, Germany  
[m.bobbert@uni-muenster.de](mailto:m.bobbert@uni-muenster.de)

Raina Schreitz, Mag. theol.  
Department of Moral Theology, University of Muenster  
Johannisstraße 8–10, 48143 Münster, Germany  
[schreitz@uni-muenster.de](mailto:schreitz@uni-muenster.de)

Dr. med. Helen Starke  
National Center for Tumor Diseases Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 460, 69120 Heidelberg, Germany  
[helen.starke@med.uni-heidelberg.de](mailto:helen.starke@med.uni-heidelberg.de)

---

<sup>29</sup> The authors, who are listed in alphabetical order, provided equal contributions to the publication.

# SAVE: A Suicide Prevention Program for Schools

Silke Hertel, Anja Lintner, Ulrike Krein, Theresa Rohrbach, Katharina Bockhoff, and Simone Bruder

## 1 Introduction

The development of young people is characterized by upheavals, changes, and crises. Coping with these shifts can be a great challenge. If they are not overcome, such crisis situations can have further consequences, including suicidal thoughts and suicide attempts among young people. This topic is still taboo in society, even though various researchers have highlighted the relevance of addressing this sensitive subject: Suicide among adolescents is a serious issue that is closely linked to social, medical, and health policy aspects. Triggering factors can include the pressure to succeed at school, bullying, and arguments with friends and family (Lohaus & Klein-Heßling, 2008). It is the second most frequent cause of death among adolescents aged 15 to 20 years (Federal Statistical Office, 2018), and studies from the US indicate that almost every tenth child has attempted or threatened to commit suicide (Centers for Disease Control and Prevention, 2016; Hawton, Rodham, & Evans, 2008). Only a very small percentage of adolescents (2.8%) report seeking medical treatment for suicide attempts throughout their life (Center for Disease Control and Prevention, 2016). In Germany, 205 adolescents between the ages of 15 and 20 years committed suicide in 2016 (Federal Statistical Office, 2018). The gender ratio for suicide attempts is approximately two boys for every one girl. While completed suicides are about two times more frequent among boys than among girls, females more frequently carry out suicide attempts in Western cultures (Albrecht, 2012; Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2001).

In the "Heidelberger Schulstudie", 14% of 14- to 15-year-olds reported past thoughts of suicide (Brunner & Resch, 2008). This statistic underlines the high relevance of suicide prevention among adolescents. A possible cause for suicidal behavior among young people is the absence or failure of self-regulation strategies, emotion regulation strategies, or impulse control in dealing with crises. Young people often have a narrower spectrum of effective strategies for coping with stress and problems (Hamann & Schweigert, 2013). In some cases, suicidal behavior is also related to mental illness (e.g., depression, post-traumatic stress disorders, and personality disorders). About 20% of all children and adolescents aged between 3 and 17 years have mental health problems (cf. KIGGS study; Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer, & Mauz, 2014). The promotion of self-regulatory skills can help young people to overcome critical situations and suicidal tendencies more easily and is therefore directly related to suicide prevention.

## **2 Risk of Suicide in Adolescents and the Role of Self-regulation Skills**

Suicidal behavior in children and adolescents is a serious and tragic issue. In a suicidal crisis, however, the person's focus is usually on the "path" away from one's own problems and not on the "way" to death (Deisenhammer, 2012). Verbal and non-verbal expressions of suicidal thoughts can serve as warnings of suicidal intentions. When one has acute suicidal tendencies, the perception of one's own world is so restricted that life is perceived as senseless and that no options for action to overcome the crisis seem to exist.

In the psychiatric classifications of diseases (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 [ICD-10]), there are no clear diagnosis criteria for suicidal actions or symptoms indicating suicidal tendencies. Suicidal tendencies are a multi-dimensional phenomenon and cannot always be clearly attributed to a clinical-psychiatric diagnosis (DGKJP, 2016). The presence of certain psychiatric diseases may be a major risk factor for suicidal tendencies, but this factor is not mandatory (DGKJP, 2016). Accordingly, suicidality can also occur in adolescents without mental disorders. However, children and adolescents suffering from a mental disorder have a suicide risk that is 3 to 12 times higher than that of adolescents without a corresponding diagnosis (Kasper et al., 2011). Groups at risk of suicidal tendencies include youths with low socioeconomic status (Schmidtke, Bille-Brahe, DeLeo, & Kerkhof, 1996) and low school performance (Fortune, Stewart, Yadav, & Hawton, 2007). Frequent parental conflicts or separation (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012), sexual abuse (Hawton et al., 2012), psychological disorders (Resch, Parzer, Brunner, & the BELLA study group, 2008), as well as drug and alcohol abuse are also risk factors for suicidal behavior in adolescents. Moreover, impulsivity and lack of affect regulation are further risk factors for suicidal behavior (DGKJP, 2016). Suicidal adolescents exhibit strong feelings of hopelessness and experience isolation more often than other adolescents do. They often lack social support from parents or peers, leaving them to struggle on their own with the feeling that their lives are meaningless. In adolescence, many teenagers experience difficulties in dealing with changes in their sense of self (Blasczyk-Schiep, 2004). Identity problems and self-esteem crises can occur; in this particular development phase, such issues can be explained primarily by the exaggeration of normal developmental processes. Slight depersonalization, which is a temporary phenomenon, occurs in 30–70% of young adults, and 50% experience suicidal thoughts in the course of adolescence (Remschmidt, 1992). However, a change in self-awareness does not necessarily increase the suicide risk of adolescents. The risk only grows if dysfunctional mental processes are related to other risk factors (e.g. conflicts, sexual abuse, drug and alcohol abuse, low self-regulation strategies).

Appropriate self-regulation processes can be protective factors in crises and stressful situations; they can prevent individuals from slipping into a negative world of thoughts and feelings. *Self-regulation* means the ability to process failures more easily and to

control cognitions, affect, and behaviors more significantly to generate new goals and learn effectively from one's mistakes (Zimmerman & Schunk, 2011). Zimmerman (2000) has emphasized the interaction of three components – the person, the situation, and the behavior – and has defined self-regulation as follows: "Self-regulation refers to self-generated thoughts, feelings, and actions that are planned and cyclically adapted to personal goals" (Zimmerman, 2000, p. 16). In the context of suicide prevention in young people, the aim is for programs to have a positive impact on the health of young people so that they can learn to control their impulses and become acquainted with their personal resources for dealing with crises.

Such a capacity for self-regulation means, first of all, an exact analysis of the situation that has occurred, instead of the rapid suppression of mistakes and discrepancies. Moreover, self-regulation covers the subsequent conscious control of thoughts and feelings. The empirical evidence regarding self-regulation processes in adolescents who were willing to end their lives and survived a suicide attempt shows that self-regulation skills are less efficient in these adolescents than in non-suicidal adolescents (Blasczyk-Schiep, 2004). Due to a lack of self-determination, they tend to carry out other peoples' goals rather than their own goals and often experience strong feelings of senselessness after the execution of such actions because they are unable to implement their own wishes. This lethargy with regard to self-determination results in particularly sensitive reactions to stress and less control of affect to decrease negative emotions (Blasczyk-Schiep, 2004).

Therefore, interventions addressing self-regulation can likely have a preventive effect in terms of protecting adolescents from destabilization. The role of confidant relationships, especially with teachers at schools, is also decisive during periods of destabilization. Teachers can be the primary contact and help young people to cope with crises through an appropriate response and support. If a teacher reacts appropriately by co-regulating or helping to regulate a student's expression of frustration, anger, fear, or discouragement, that response contributes to the student also opting for such a response. This intervention can support to the development of suitable self-regulatory abilities. However, not only teachers but also schools themselves are becoming increasingly important agents for suicide prevention. Against this background, schools should be taken into account in the development and implementation of suicide prevention programs.

### **3 Suicide Prevention in Schools**

The school, as a central learning and living environment for young people, plays an important role in suicide prevention, as the mental health issues of young people can be noticed at an early stage in this setting. In addition, school themselves cannot be completely relieved of responsibility, considering that compulsory grades, disciplinary measures, school suspension, and (cyber-)bullying can favor the development of suicidal

intentions (Bründel, 2004). Nonetheless, the causes of suicide and attempted suicide are often manifold and must always be seen in the overall context of an unfavorable development (Bründel, 2015b). However, schools are not merely sites for the early recognition of warning signals: people involved in school life, such as teachers and peers, can also act as confidants and encourage students at risk to seek help. In addition, they can act as gatekeepers. *Gatekeepers* can be defined as those people who have personal contact with many others in the community and who are able to identify suicide-prone persons and refer them to appropriate care structures (Reis & Cornell, 2008). Thus, teachers can perceive warning signals for students' suicidal behavior (Hamman & Schweigert, 2013).

Moreover, schools provide a suitable framework for suicide prevention programs and preventive measures with regard to the health-promoting processes of young people, as many young people can be addressed at schools. Such measures and programs can inform students about health and illness in general – and about suicidal tendencies in particular – and teach them concrete strategies to better cope with critical situations. Moreover, it is important to address and to increase students' willingness to seek and accept help. Eliminating the taboo on discussing suicide and raising awareness of individual resources and coping strategies are decisive elements in this respect. Schools can carry out such programs to prevent the negative developments that often begin during puberty (Ploeg, Ciliska, Brunton, MacDonnell, & O'Brian, 1999). This statement is also supported by the fact that preventive measures, including suicide prevention programs, are more promising in adolescence than in adulthood since opportunities for change are greater in this age group.

As teachers serving as gatekeepers in school settings are the main contact persons for students, they should be adequately prepared and supported with regard to such sensitive issues such as suicidal behavior in young people. This assumption is reinforced by the growing need for counseling on mental health and suicide in schools: As part of a research project on parental counseling at grammar schools in the greater Heidelberg area, guideline-based interviews with school principals were conducted on counseling occasions and contents. The school principals emphasized the increasing need for counseling for parents and students on mental and psychosomatic illnesses. They pointed to a lack of information and a high need for further training in this area, as the school is the first point of contact for many families with particular needs of support (Hartenstein & Hertel, 2017). According to the school principals, most schools do not have a standardized procedure for dealing with students with mental health problems or the risk of suicide. This not only points to a need for preventive counseling by teachers at schools, but also highlights that counseling can be used as a resource.

Furthermore, the results on counseling situations in everyday school life indicate that teachers in Germany tend to be more reserved with parental counseling appointments at school. They do not feel well prepared for such events (Hertel, 2009; Wild, 2003) and

offer counseling sessions less frequently than teachers in other countries do (Borgonovi & Montt, 2012). One possible reason is that hardly any counseling skills are taught in teacher training in Germany (Wild, 2003). Even though such skills can be gained through comparatively short training programs (Hertel, 2009; Hertel, Larcher, Helmker, Djakovic, & Kerwer, 2014; Gartmeier et al., 2015). Thus far, the focus has been on counseling in learning situations. The need for further training for teachers on topics such as mental health and suicidal behavior in adolescence can be partially met through gatekeeper trainings. These and other suicide prevention approaches are discussed in the following section.

#### **4 Initiatives for Suicide Prevention in Schools**

Approaches to suicide prevention in schools can be divided into four categories: (1) psychoeducational prevention programs, (2) screening procedures, (3) gatekeeper programs, and (4) postventive interventions (Bründel, 2015b). Most existing programs can be classified as psychoeducational prevention (Bründel, 2015b), but only a few have already been evaluated, pointing out the great need for effectiveness studies in this area (Bründel, 2015a). Psychoeducational prevention programs aim at building up knowledge among students and are generally designed for whole classes (group-based prevention). The results have illustrated that after the implementation of a corresponding program, students had significantly more background knowledge on the subject of suicide (e.g., risk factors, signs of crisis). In addition, they showed more appropriate attitudes toward suicide, and reported to commit suicide attempts less frequently. However, their willingness to seek help in a (suicidal) crisis did not increase (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine, James, Schilling, & Glanovsky, 2007; Klimes-Dougan, Klingbeil, & Mueller, 2013).

Screening procedures assessing suicide risk are another possible approach to suicide prevention in schools. Such screenings are carried out with the aid of questionnaires and tests. These methods have proven helpful (Gould, Brunstein, & Batejan, 2009), although there are several objections to using them: Screening the whole student body can lead to a high number of false positive results. These screenings usually have low thresholds for determining the relevance of a clinical investigation, which goes hand in hand with greater security in case of a potential suicidal risk. However, these high rates of false positive results might lead to dissatisfaction among students and their parents. In addition, the need for regular repetition of these screening procedures must be discussed. But even if additional screening entails higher costs, the risk of suicide is not stable and should be carefully re-examined (Bründel, 2015b).

In addition to these pupil-oriented approaches, individual-centered gatekeeper programs are an important component of suicide prevention in schools (Gould et al., 2009). They help teachers and other actors in school life to deal more confidently with students at risk of suicide. The best-known gatekeeper program – Questions, Persuade,

and Refer (QPR) – was developed by Quinnett (2012) and has been evaluated several times (e.g., Reis & Cornell, 2008). Teachers are trained on how to address endangered students, how to persuade them to accept help, and how to refer them to appropriate institutions.

The results show that after training, teachers had more knowledge about risk factors, were more proactive in addressing young people, and recognized endangered students earlier (e.g., Isaac et al., 2009; Gould et al., 2009). Although gatekeeper programs have been integrated into various prevention initiatives (e.g., “Worth Living,” Plöderl & Fartacek, & Fartacek, 2010; the Saving and Empowering Young Lives in Europe [SEYLE] study, Wasserman, Carli, Hoven, Wasserman, & Sarchiapone, 2012), no published results on pure gatekeeper training courses are available for German-speaking countries. In particular, the SEYLE study pointed out that gatekeeper training should also impart knowledge about students’ mental health, precisely because it is an important component for teachers to adequately exercise the role of a gatekeeper (Wasserman et al., 2012).

The fourth type of prevention approach is postventive interventions, which begins after a successful suicide. These interventions form the framework and schedule for the entire mourning work of teachers and students. In addition to supporting fellow students and teachers in mourning and coping with emerging emotions, such approaches also impart knowledge about risk factors and warning signals for preventive purposes. Other potentially endangered students should be identified to motivate them to seek professional help (Bründel, 2015b).

In summary, both group-based and individual-centered approaches are effective in certain respects, but each has specific weaknesses. However, a very important aspect is the continued reluctance of students to seek help. The SAVE project aims to overcome this weakness by drawing on multiple perspectives through the innovative combination of a gatekeeper training, a psychoeducational intervention for students, and the involvement of regional care structures. Combining group-centered approaches and individual approaches is expected to compensate for the weaknesses of the individual elements. In particular, supporting teachers in taking on the role of gatekeepers and building networks with regional care structures should substantially increase the effects of this psychoeducational intervention for students. In the following, the project and the particular elements are presented in more detail.

## **5 SAVE: A Suicide Prevention Program for Teachers and Students**

The project “SAVE: Suicide Prevention in Schools” is a co-operation of the University of Heidelberg and the Darmstadt Children’s Hospital Princess Margaret. Two approaches are represented: At the Heidelberg project location, an educational-psychological approach centered on self-regulation was chosen. A clinical-therapeutic approach is represented at the Darmstadt project site. The general aim of the SAVE project is to

sustainably improve suicide prevention in schools through a combination of individual-centered and group-based prevention measures and integration into regional care structures. Two training programs have been designed for this purpose: a gatekeeper training for teachers and a psychoeducational intervention for students with a focus on promoting self-regulation skills. The interventions presented in this article were developed as part of the educational-psychological approach at the Heidelberg project site. To test the effectiveness of the two planned programs, a scientific study at two locations (Darmstadt and Heidelberg) is planned; that study is described below.

## **6 Methodology: Research Questions and Design**

As only few effectiveness studies on suicide prevention programs in schools exist, the interventions carried out within the scope of the SAVE project are being scientifically monitored. The effectiveness of the preventive approaches will be tested via a randomized intervention study. The three main questions and sub-goals of the project can be concretized as follows:

(1) Can teachers be sensitized to signs of suicidal tendencies through training and acquire counseling skills enabling them to safely and competently make initial contact with students at risk of suicide? (Individual-centered approach, teachers as gatekeepers).

Teachers are trained as gatekeepers within the framework of training courses. After the training, they feel more confident in their advisory skills and in identifying suicidal tendencies and mental health issues among students. They have a professional understanding of their role, develop favorable attitudes towards their role as gatekeepers in preventing suicide among students, and work closely with the regional care structures in crisis situations. From this safety-focused point of view, they initiate counseling interviews with students, during which they evaluate the suicide risk. Students who have taken part in the conversations rate the counseling interviews positively.

(2) Can students be sensitized to signs of suicidal tendencies and acquire strategies for action within the framework of a teaching unit that supports them to deal competently with their own personal stress and crisis situations or with those of fellow students? (Group-based approach, sensitization of students in the classroom by project staff).

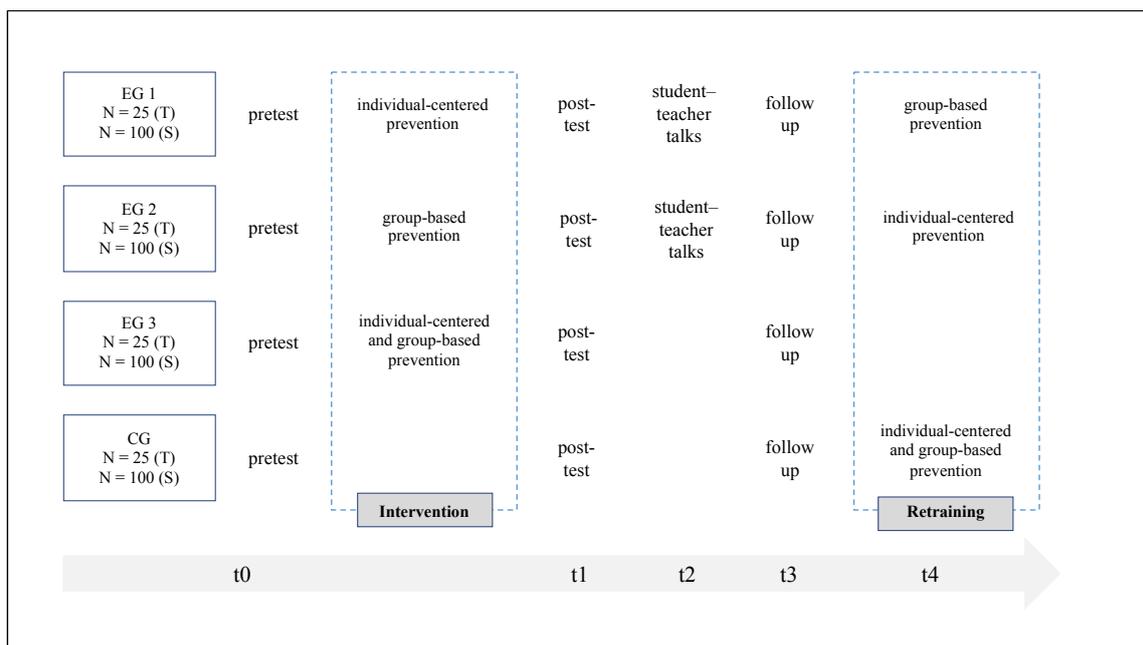
Students are sensitized to signs of suicidal tendencies and acquire action skills for dealing with stress and crisis situations. After the program, they feel more confident in recognizing signs of suicidal behavior in themselves and others and have self-regulation strategies that they can use to deal with critical situations. They are more willing to seek help in the event of a crisis. In addition, the relevance of gender, socio-economic background, and type of school attended are examined.

(3) Do students and teachers perceive the networking with medical care structures helpful and valuable, and what opportunities, challenges, and obstacles arise?

In both trainings, networking with regional care structures takes place. We assume that teachers and students perceive these structures as helpful and supportive. In critical situations, they seek help and turn to the contact persons of the network. In the study, they will also be asked to indicate which opportunities, challenges, and obstacles have arisen. Cooperation between schools and both regional care structures and medical facilities might differ. Some schools might have a close collaboration, whereas others might have rather loose contact. We hypothesize that the intensity of cooperation with regional care structures is an important aspect when it comes to referring students to appropriate institutions and promoting the acceptance of help. Implications for the further dissemination of the approach in everyday school life can be derived from the results of our study.

To pursue these research questions, we have chosen a two-factor experimental design with the factors *individual-centered prevention* (yes/no) and *group-based prevention* (yes/no) (see Figure 1). In addition, a waiting control group will be included. This design results in four study conditions: individual-centered prevention (experimental group [EG] 1), group-based prevention (EG 2), individual-centered prevention and group-based prevention (EG 3, a combination), and one waiting control group (CG). After the follow-up survey, the experimental groups receiving only one intervention component (EG 1 or EG 2) and the waiting control group (CG) will receive follow-up training. The data collection will be multi-methodical and based on multiple perspectives. Data on teachers (T) and students (S) will be collected with questionnaires at three measurement points (t0, t1, and t3). The respective interventions will be carried out between measurement points t0 and t1.

Figure 1: Study design of the project. EG = experimental group, CG = control group, N = sample size, T = teachers, S = students, t = measurement time point.



The sample will be recruited via the regional networks of both project locations in Darmstadt and Heidelberg. A total of 20 schools in the greater Heidelberg and Darmstadt areas will be recruited for the study. From each school – regardless of the school type – at least 5 teachers and one or two school classes (approximately 30 students) should participate in the study, for a total of 100 teachers and 400 students. The schools will be randomly assigned to one of the four study conditions. Since this project focuses on a primary prevention program, suicide screening of the participating students will be carried out as part of the questionnaire survey before the intervention. This step is necessary to exclude acutely suicide-prone students from the program before it starts and to refer them directly to the regional care structures. If individual adolescents exhibit signs of possible suicidal tendencies before or during the intervention, their parents will be informed immediately and contact with regional clinical care structures will be established.

Within the teacher survey, the dependent variables are knowledge of signs of suicide, attitudes toward suicide, understanding of roles, counselling competence, and gatekeeper skills. The student survey covers knowledge of signs of suicide, attitudes toward suicide, strategies for action, and key constructs such as stress factors, self-regulation strategies, coping strategies, and impulse control. At the third measurement point, experiences with the prevention measures; satisfaction with the training, effectiveness of these prevention measures, as well as opportunities, obstacles, and challenges regarding program implementation will also be assessed.

## **7 Preventive Approaches of SAVE**

The main focus of the project “SAVE” is health promotion and health maintenance through the promotion of self-regulation strategies. The aim is to efficiently involve the key actors in school life – teachers and students – to achieve the greatest possible effect in terms of suicide prevention.

Within the scope of the gatekeeper training, the program content will be conveyed on both a theoretical and a practical level. The goals are to train teachers to recognize warning signs of suicidal tendencies in students, to convince students to seek help, and to refer them to suitable resources as needed. In addition, teachers will practice with practical scenarios so that they can learn how to directly address at-risk students in schools and to stabilize them in consultations. A further aim is to reduce restraints regarding addressing at-risk students and offering them help. The aim of the psychoeducational intervention is to help students acquire self-regulation strategies so they can react competently in demanding situations. The psychoeducational intervention is aimed primarily at young people in grades 8–10, aged between 13 and 16 years. Since, as described above, there are gender-specific differences with regard to suicide attempts and the number of deaths, group-based and individual-centered preventive approaches should carefully address these disparities. The basic structure of

the instructions, tasks, questionnaires, and instruments of the preventive programs comprising the SAVE project are covered in the following four modules: “S – Become sensitive,” “A – Become active,” “V – Venture and implement change,” and “E – Encourage.”

The combination of the three prevention approaches – (1) the gatekeeper training, (2) the psychoeducational intervention, and (3) the involvement of regional care structures – is a unique approach of the project SAVE. This innovative multi-perspective initiative is intended to promote synergies, which will increase the effectiveness of the programs. The training programs focus on the main issues described in Figure 2.

Figure 2: Main issues addressed by the gatekeeper training for teachers and the psychoeducational intervention for students.

Gatekeeper Training for Teachers	Modules	Psychoeducational Intervention for Students
...to warning signs, triggers, causes, and risk factors of suicidality among adolescents; removal of taboos, destigmatisation; knowledge about explanatory models.	<b>S</b> Become sensitive...	...to warning signs and risk factors of suicidality and crisis among adolescents (lighter version); removal of taboos, destigmatisation.
...and perceive changes in students. Actively approach students in critical situations with communication and counselling competences.	<b>A</b> Become active...	...and learn about health-promoting effects of self-regulation. Get to know coping strategies to deal with stressful and critical situations.
..., activate resources, expand students perspective, show options for action, strengthen emotional regulatory skills	<b>V</b> Venture and implement change...	... by strengthening self-regulatory skills (control of thoughts, feelings, and actions) with interactive tasks.
...students to seek for (professional) help. Find confidence by building a gatekeeper network and knowing about the regional care structures.	<b>E</b> Encourage...	...help-seeking behaviour for themselves and others. Get to know the regional care structures, fill out an individual emergency card.

Both training programs contain strategies that have been used effectively in clinical work with children and adults at risk of developing suicidal tendencies (Teismann & Dorrman, 2015; von Auer & Bohus, 2017). In the following, the two prevention programs are presented, with the contents outlined in more detail.

**7.2 Gatekeeper Training for Teachers (Individual-centered Approach)**

The SAVE gatekeeper training focuses on imparting gatekeeping skills in teachers. These gatekeeper skills include the ability to recognize at-risk students at an early stage, to evaluate risk factors for suicidal tendencies, to establish supportive relationships with these students, and to address potential suicidal thoughts directly. In addition, skills that teachers can use to persuade these students to seek help and to refer them to appropriate care structures are also included. Such actions require conversation skills, coping skills, and personal resources. Based on the four modules of the project, teachers are first taught warning signals, risk factors, and causes of suicide among adolescents; important information on suicidal behavior in students and myths and

misunderstandings are clarified (module S). The legal issues for teachers dealing with suicidal students are addressed. Another key component of this module is the tackling of taboos and stigma around suicidality. In the following module (A), the teachers receive important information on mental health, resilience, and resources and learn to recognize warning signs in everyday school situations. In module V, participants acquire useful discussion strategies and counseling skills that will help them address students in confidential conversations and to persuade them to seek help. This goal is accomplished by combining theoretical discussions with roleplaying activities. A further focus is on strengthening teachers' emotional regulation as regards dealing with confidential conversations with students in crisis situations. The last module (E) focuses on the creation of a gatekeeper network and the involvement of regional care structures. The participating teachers will complete four 4-hour training units. The methods used in the training are based on a resource-oriented approach. By linking the modules mentioned above, the approach will generate synergistic effects, enabling the participating teachers to improve their knowledge and transfer it to practical contexts.

### **7.3 Psychoeducational Intervention for Students (Group-based Approach)**

The psychoeducational intervention for students focuses on the development and expansion of self-regulation skills and coping strategies. The intervention is divided into six teaching units of 45 minutes each. These will be implemented in the school during regular school operations. The program focuses on an indirect primary prevention approach, and overall, the intervention focusses on the health-promoting effects of self-regulation (module S). It also addresses background knowledge about suicidal behavior in adolescents. The starting point is stress factors for young people, that are collected in a first round of group-discussion and expanded with empirical results on stress factors. In the process, students gain knowledge about the importance of their own self-regulation strategies and resources. They practice controlling emotions, thoughts, and actions in a situation-appropriate way (module A). The training provides a broad theoretical basis as well as practical skills to better cope with difficult situations. By practicing self-regulation strategies (control of thoughts, feelings, and actions), students will further develop their impulse control (module V).

In addition, students can also act as gatekeepers and recognize warning signals of suicidal crises in others and themselves. Students' willingness to approach teachers and confidants and to accept professional help are addressed. Moreover, students will establish a personal support network which can network be activated in case of a crisis (module E). The method underlying the program is based on a resource-oriented approach. Within the scope of the program, students should become aware of their options in crisis situations to be able to expand and improve their strategies in such situations.

## 8 Conclusion

The development of young people is characterized by upheavals, changes, and crises; such major challenges are not always easy to overcome. Crisis situations can lead to suicidal tendencies in adolescents. While suicide is still a taboo subject, it is the second most frequent cause of death among adolescents between the ages of 15 and 20 years (Federal Statistical Office, 2018). Schools, as a key learning and living environment for young people, provide a framework for suicide prevention programs. This highlights the need for further training for teachers in this field. Furthermore, the self-regulation ability of students should be promoted since self-regulation can help one to cope with crises and represent a protective factor guarding against suicidal behavior.

Two possible preventive approaches in the school context are gatekeeper trainings (individual-centered prevention) and psychoeducational programs (group-based prevention). The SAVE project presented in this article aims to address youth suicide and to make a sustainable contribution to the prevention of suicide in schools via these two approaches. The starting point involves imparting gatekeeper skills in teachers and promoting self-regulation among young people. One aim is to train teachers to become gatekeepers so that they can recognize at-risk students and have confidential, trusting conversations with them. Teachers will also receive training on emotional regulation skills so that they can effectively assume the role of gatekeeper and deal with such difficult conversations.

Within the framework of the SAVE project, this study will illustrate whether the combination of individual-centered measures, group-based measures, and close links between schools and clinical networks can improve suicide prevention to a greater extent than the approaches described in the empirical literature. The aim is to examine whether the multi-perspective approach is accepted and effective. The gatekeeper training for teachers and the psychoeducational program for students is implemented and evaluated at both locations (Darmstadt and Heidelberg). Both programs are expected to be effective, but the combination of all three components (programs and integration into regional care structures) is expected to have the greatest impact. It is expected that after the implementation of both programs, participating students and teachers will have more knowledge about warning signals, risk factors, and suicidal tendencies in adolescents.

Furthermore, an increase in students' self-regulatory abilities is anticipated. As an important outcome, students are expected to be more willing to seek help. Teachers are expected to increase their communication competence and gatekeeper skills, as well as their ability to regulate their emotions. They will likely also feel integrated into a regional gatekeeper network and thus feel more secure. Based on the results, the implications regarding the further use of the approach in everyday school life can be derived. In particular, the prevention elements, which have proven effective in scientific evaluations and which are widely accepted by the participating schools, teachers, and

students, will be made available to the public at the end of the project: A manual will be produced and train-the-trainer courses will be conducted to facilitate the transfer into everyday school life according to the projects theme: Be balanced – be save!

## Bibliography

- Albrecht, G. (2012). Suizid. In G. Albrecht & A. Groenemeyer (Eds.), *Handbuch Soziale Probleme* (2nd ed., Vol. 1–2, pp. 979–1173). Wiesbaden, Germany: VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-94160-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-531-94160-8_2)
- Aseltine, H. R., & Demartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health, 94*(3), 446–451.
- Aseltine, H. R., James, A., Schilling, E., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: A replication and extension. *BMC Public Health, 7*(1), 161–161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Borgonovi, F., & Montt, G. (2012). Parental involvement in selected PISA countries and economies. (*OECD Education Working Paper No. 73*). <https://doi.org/10.1787/5k990rk0jsij-en>
- Blasczyk-Schiep, S. (2004). *Selbststeuerung und Suizidrisiko: Persönlichkeitsspezifische Antezedenzen der Suizidalität*. Frankfurt, Germany: Peter Lang.
- Bründel, H. (2004). *Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche*. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Bründel, H. (2015a). Schulbasierte Suizidpräventionsprogramme auf dem Prüfstand. *Report Psychologie, 1*, 8–18. Retrieved from [http://www.report-psychologie.de/fileadmin/user\\_upload/News/Suizidpraeventionsprogramme.pdf](http://www.report-psychologie.de/fileadmin/user_upload/News/Suizidpraeventionsprogramme.pdf)
- Bründel, H. (2015b). *Notfall Schülersuizid: Risikofaktoren – Prävention – Intervention*. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Brunner, R., & Resch, F. (2008). *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Services (HHS) (2016). Youth Risk Behavior Surveillance – United States. *Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report, 65*(6), 1–174.
- Deisenhammer, E. A. (2012). Suizid und Suizidalität. In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Eds.), *Lehrbuch Psychiatrie* (pp. 395-403). Wien, Austria: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-211-89865-9\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-211-89865-9_11)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. (2006). *Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter* (4th revised ed.). Retrieved from <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-031.html>
- Federal Statistical Office (Statistisches Bundesamt). (2018). Suizide nach Altersgruppen (Thematische Recherche: Zahlen & Fakten - Gesellschaft & Staat - Gesundheit - Todesursachen - Dokumentart: Tabelle). Abgerufen von <https://www.destatis.de>
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V., & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders, 100*(1–3), 199–210. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.022>
- Gartmeier, M., Bauer, J., Fischer, M. R., Hoppe-Seyler, T., Karsten, G., Kiessling, C., Möller, G. E., Wiesbeck, A., & Prenzel, M. (2015). Fostering professional communication skills of future physicians and teachers: Effects of e-learning with the video cases and role-play. *Instructional Science, 43*(3), 443–462. <http://dx.doi.org/10.1007/s11251-014-9341-6>
- Gould, M. S., Brunstein, A. K., & Batejan K. (2009). The role of schools, colleges and universities in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 551–560). Oxford, UK: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198570059.001.0001>
- Hamann, S. & Schweigert, N. M. (2013). Ein Praxisbericht aus der Suizidprävention an Schulen mit Beteiligung und Peers. *Suizidprophylaxe, 152*(1), 23–27.
- Hartenstein, A., & Hertel, S. (2017, March). *Beratung im Schulalltag: Perspektiven, Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten von Schulleitern*. Poster session presented at the 5th convention of

- the Society for Empirical Educational Research (Gesellschaft für Empirische Bildungsforschung), Heidelberg, Germany.
- Hawton, K., Rodham, K., & Evans, E. (2008). *Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen: Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention*. Bern, Germany: Huber.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hertel, S. (2009). *Beratungskompetenz von Lehrern. Kompetenzdiagnostik, Kompetenzdiagnostik, Kompetenzförderung und Kompetenzmodellierung*. Münster, Germany: Waxmann.
- Hertel, S., Larcher, S., Helmker, N., Djakovic, S. K., & Kerwer, M. (2014, September). *Wie wirksam sind Beratungskompetenztraining in der Lehrerausbildung? Befunde aus Interventionsstudien in Deutschland und der Schweiz*. Paper session presented at the 49th congress of the German Society for Psychology (Deutsche Gesellschaft für Psychologie), Bochum, Germany.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie: Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(7), 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Holtkamp K., & Herpertz-Dahlmann B. (2001) Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. In B. Koletzko, D. Reinhardt, S. Stöckler-Ipsiroglu (Eds.), *Pädiatrie upgrade 2002* (pp. 176–186). Heidelberg, Germany: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-56123-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-642-56123-8_18)
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., Enns, M. W., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260–268. <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>
- Kasper, S., Kalousek, M., Kapfhammer, H. P., Aichhorn, W., Butterfield-Meissl, C., Fartacek, R., . . . Windhager, E. (2011). Suizidalität. *CliniCum Neuropsy: Konsensus-Statement – State of the Art*, 1–19. Retrieved from <https://oegpb.at/forschung/state-of-the-art-konsensus/>
- Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D. A., & Meller, S. J. (2013). The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(2), 82–97. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000178>
- Lohaus, A. & Klein-Heßling, J. (2008). Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten. In R. K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung. Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (Vol. 5, pp. 663–699). Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Ploeg, J., Ciliska, D., Brunton, G., MacDonnell, J., & O'Brian, M. (1999). *The effectiveness of school-based curriculum suicide prevention programs for adolescents*. Retrieved from [www.ephpp.ca/PDF/1999\\_Adolescents%20Suicide%20Prevention.pdf](http://www.ephpp.ca/PDF/1999_Adolescents%20Suicide%20Prevention.pdf)
- Plöderl, M., Fartacek, H., & Fartacek R. (2010). lebenswert – Ein schulisches Suizidpräventionsprogramm. *Suizidprophylaxe*, 37(4), 149–154. Retrieved from [http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/06\\_heft143\\_2010-2.pdf](http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/06_heft143_2010-2.pdf)
- Quinnet, P. (2012). *QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, theory and research*. Retrieved from [www.qprinstitute.com/uploads/main/qpr-theory-2017.pdf](http://www.qprinstitute.com/uploads/main/qpr-theory-2017.pdf)
- Reis, C., & Cornell, D. (2008). An evaluation of suicide gatekeeper training for school counselors and teachers. *Professional School Counseling*, 11(6), 386–394. <https://doi.org/10.5330/PSC.n.2010-11.386>
- Remschmidt, H. (1992). *Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Resch, F., Parzer, P., Brunner, R., & the BELLA study group (2008). Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 92–98. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1010-3>
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., & Kerkhof, A. (1996). Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327–338. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x>

- Teismann, T. & Dorrman, W. (2015). *Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- von Auer, A. K. & Bohus, M. (2017). *Interaktives Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A). Das Therapeutenmanual*. Stuttgart, Germany: Schattauer.
- Wasserman, D., Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., & Sarchiapone, M. (2012). SEYLE final report of the European commission deliverable 1.4. Retrieved from [www.y-a-m.org/wp-content/uploads/2014/09/SEYLE-REPORT\\_2012-1.pdf](http://www.y-a-m.org/wp-content/uploads/2014/09/SEYLE-REPORT_2012-1.pdf)
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13–39). New York, NY: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50031-7>
- Zimmerman, B. J., & Schunk, D. H. (Eds.) (2011). *Educational psychology handbook series: Handbook of self-regulation of learning and performance*. New York, NY: Routledge.

## Authors

Prof. Dr. rer. nat. Silke Hertel  
Ruprecht Karls University of Heidelberg  
Akademiestraße 3, 69117 Heidelberg, Germany  
[hertel@ibw.uni-heidelberg.de](mailto:hertel@ibw.uni-heidelberg.de)

Anja Lintner  
Ruprecht Karls University of Heidelberg  
Akademiestraße 3, 69117 Heidelberg, Germany  
[lintner@ibw.uni-heidelberg.de](mailto:lintner@ibw.uni-heidelberg.de)

Ulrike Krein  
Ruprecht Karls University of Heidelberg  
Akademiestraße 3, 69117 Heidelberg, Germany  
[save@ibw.uni-heidelberg.de](mailto:save@ibw.uni-heidelberg.de)

Theresa Rohrbach, M.Sc.  
Ruprecht Karls University of Heidelberg  
Akademiestraße 3, 69117 Heidelberg, Germany  
[rohrbach@ibw.uni-heidelberg.de](mailto:rohrbach@ibw.uni-heidelberg.de)

Katharina Bockhoff, M.Sc.  
Darmstadt Children's Hospital Princess Margaret  
Dieburger Straße 31, 64287 Darmstadt, Germany  
[Katharina.Bockhoff@kinderkliniken.de](mailto:Katharina.Bockhoff@kinderkliniken.de)

Dr. Simone Bruder  
Darmstadt Children's Hospital Princess Margaret  
Dieburger Straße 31, 64287 Darmstadt, Germany  
[Simone.Bruder@kinderkliniken.de](mailto:Simone.Bruder@kinderkliniken.de)



# Determinanten des Lokalen-Agenda-21-Erfolgs in Heidelberg

Stefan Wurster und Alexandra Michel

## 1 Einleitung

Im Rahmen der UNO-Umweltkonferenz in Rio de Janeiro 1992 wurde für alle Mitgliedsstaaten das Ziel gefasst, auf Ebene der jeweiligen Städte und Gemeinden, Lokale-Agenda-21-Prozesse anzustoßen, um die Verwirklichung nachhaltiger Entwicklungsziele auf lokaler Ebene voranzutreiben (Born & Kreuzer, 2002). Unter dem Motto „Global denken – lokal handeln!“ sind seither alle Kommunen dazu aufgerufen, neue Formen der Kooperation zwischen lokaler Politik, Verwaltung, Bürgerschaft sowie zivilgesellschaftlichen Organisationen anzuregen, mit dem Ziel, eine Dimensionen übergreifende Nachhaltigkeitsstrategie für ihre Kommune zu entwickeln. Im Rahmen der Projekte der Lokalen-Agenda-21 sollen Veränderungsprozesse in den Kommunen initiiert werden, die zukunftsverantwortliches Handeln in ökonomischer, sozialer sowie ökologischer Hinsicht begünstigen und entsprechende Lernprozesse in der Bevölkerung anregen (von Ruschowski, 2002).

Die kommunale Ebene der Städte und Gemeinden bietet sich für ein Mehr an BürgerInnenbeteiligung dabei besonders an, weil hier ein hohes Sensibilisierungs- und Mobilisierungspotenzial besteht (vgl. Grunwald & Kopfmüller, 2012; Wolf, 2005). BürgerInnen als „ExpertInnen ihrer Lebenswelt“ können einen besonders wertvollen (Informations-)Input zur Problembearbeitung beisteuern (vgl. Wurster, 2013). Die Lokale-Agenda-21 kennzeichnet dabei ein komplexes Handlungsfeld, das sowohl durch Selbstregulationsprozesse zivilgesellschaftlicher Gruppen und ihrer Mitglieder (*Governance* von unten) als auch durch regulative Eingriffe der kommunalen Verwaltung und politischen Führung (*Government* von oben) geprägt wird (Rogall, 2004, 2012; Schuppert & Zürn 2008).

Betrachtet man heute, mit einigem zeitlichen Abstand, die empirische Entwicklung, die dieses Programmvorhaben in den deutschen Kommunen genommen hat, so zeigt sich nach Ende einer Boom-Periode zu Beginn der 2000er Jahre, in der es in zahlreichen deutschen Gebietskörperschaften gelang, entsprechende Initiativen zu starten, dass viele Städte und Gemeinden letztendlich überfordert waren, dieser ressourcenaufwendigen und komplexen Aufgabe dauerhaft gerecht zu werden. In vielen Kommunen gelang es, nach mitunter vielversprechendem Beginn nicht, die Prozesse auf ein dauerhaft tragfähiges Fundament zu stellen.<sup>1</sup> Dies wirft die Frage auf, welche

---

1 Z. T. wurden sie von Seiten der Politischen Führung oder der kommunalen Verwaltung nicht konsequent weiterverfolgt, z. T. schiefen sie aber auch wegen zu geringem zivilgesellschaftlichem Engagement wieder ein (vgl. Geißel, 2006a, S. 47; von Ruschowski, 2002).

Voraussetzungen gegeben sein müssen, um eine Lokale-Agenda-21-Strategie in einer Kommune langfristig erfolgreich umzusetzen. Um das hierfür notwendige, überaus komplexe Zusammenspiel unterschiedlicher struktureller, institutioneller sowie akteursbezogener Faktoren genauer analysieren zu können, erscheint es sinnvoll, in einer qualitativ angelegten Einzelfallstudie, einen der eher seltenen „Erfolgsgfälle“ gelungener Lokaler-Agenda-21-Entwicklung genauer unter die Lupe zu nehmen. Die schon seit langen Jahren etablierte und mehrfach international ausgezeichnete Lokale-Agenda-21-Strategie der Stadt Heidelberg stellt einen solchen Fall dar und wird daher im Fokus der weiteren Untersuchung stehen. Diese verbindet im Sinne eines interdisziplinär angelegten Forschungsdesigns, politikwissenschaftliche, organisationssoziologische sowie gruppenpsychologische Ansätze. Im Zentrum steht die Beantwortung folgender Forschungsfragen:

1. Welche Faktoren waren für die bis heute weitgehend erfolgreiche Umsetzung der Lokalen-Agenda-21-Strategie in Heidelberg verantwortlich? Welche Bedeutung kommt dabei dem strukturellen Umfeld, der institutionellen Einbettung sowie den Interaktionsbeziehungen und (Selbst-)regulationsprozessen der am Agenda-Prozess beteiligten öffentlichen und privaten Akteuren (Politische Führung, öffentliche Verwaltung, zivilgesellschaftliche Gruppen) zu?
2. Worin bestehen – trotz erfolgreicher Gesamtentwicklung – bis heute die wichtigsten Probleme und Hindernisse im Hinblick auf eine weiter erfolgreich voranschreitende Lokale-Agenda-21-Strategie in Heidelberg?

Nach Ausführungen zum methodischen Vorgehen und Forschungsdesign (Abschnitt 2) zum besseren Verständnis des interdisziplinären Ansatzes soll in Abschnitt 3 der aktuelle politikwissenschaftliche, organisationssoziologische sowie gruppenpsychologische Theorie- und Forschungsstand zum Thema dargestellt und für die Arbeit nutzbar gemacht werden. Hierbei stehen Erklärungsansätze im Fokus, die einen unmittelbaren Bezug zum Thema der Lokalen-Agenda-21 aufweisen. Hieran unmittelbar anknüpfend können in Abschnitt 4 dann die wichtigsten Wegmarken des Lokalen-Agenda-21-Prozesses in Deutschland und Heidelberg aufgezeigt werden. Auf Grundlage einer systematischen Auswertung der mit zentralen Heidelberger Agenda-Akteuren geführten Interviews (Abschnitt 5), lassen sich dann in Abschnitt 6 wesentliche Faktoren des „Agenda-Erfolgs“ in Heidelberg nachzeichnen. Zentrale Hindernisse und Problemzusammenhänge werden ebenfalls in den Blick genommen, bevor in Abschnitt 7 ein Gesamtfazit gezogen und ein Ausblick gegeben wird.

## **2      Forschungsdesign**

Die Studie ist als eine theorieüberprüfende und -spezifizierende Einzelfalluntersuchung des Lokalen-Agenda-21-Prozesses in Heidelberg konzipiert. Ziel ist es, zu analysieren, welche Faktoren dazu beigetragen haben, zentrale Ziele des Lokalen-Agenda-21-

Prozesses in der Kommune Heidelberg erfolgreich umzusetzen. Für eine Untersuchung der komplexen Wirkmechanismen auf Gruppen- wie gesamtkommunaler Ebene erscheint dabei ein interdisziplinärer Forschungszugang aus politikwissenschaftlicher, organisationssoziologischer und organisationspsychologischer Richtung besonders zielführend. Auf diese Weise lassen sich nicht nur gruppenspezifisches und politisches (Steuerungs-)Handeln getrennt voneinander betrachten, sondern auch in ihrer Interdependenz genauer erfassen. Um die wechselseitigen Interaktionsbeziehungen zwischen den Akteuren der Lokalen-Agenda-21 besser verstehen zu können, werden dabei sowohl der Einfluss politisch-administrativer Steuerungseingriffe auf die zivilgesellschaftlichen Nachhaltigkeitsakteure (Government von oben) als auch (Rückkopplungs-)Effekte gruppenspezifischer Interaktionsprozesse systematisch untersucht (vgl. Abbildung 1; siehe dazu auch Wolf, 2005).<sup>2</sup>

Abbildung 1: Wechselseitige Interaktionsbeziehungen zwischen den Akteuren der Lokalen-Agenda-21



Um bei der Untersuchung der Heidelberger Agenda-Strategie detailgenau und differenziert vorgehen zu können, wurde auf ein qualitatives Analysedesign zurückgegriffen. Neben einer Sekundärliteratur- sowie Dokumentenanalysen wesentlicher schriftlicher Abhandlungen und Verlautbarungen konnten zentrale Akteure der Heidelberger „Agenda-Community“ mit Hilfe halbstandardisierter Interviewleitfäden befragt werden. Ein halbstandardisiertes Interviewformat mit insgesamt zehn an zentraler Stelle am Heidelberger Agenda-21-Prozess beteiligten Personen erschien angemessen, da dies durch ein gewisses Maß an Strukturierung zu

2 Diese sollten sowohl Einfluss auf die Problemwahrnehmung der BürgerInnen haben (Bewusstseinswandel in Richtung Nachhaltigkeit) als auch Rückwirkungen auf die politische Entscheidungsebene zeitigen (Governance von unten).

einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse beiträgt und zeitgleich durch gewisse Freiheiten des Interviewenden einen natürlichen Gesprächsverlauf ermöglicht. Im Einzelnen wurden sowohl drei Akteure aus Politik und Verwaltung (ein Mitglied des Gemeinderats von der Grünen Alternativen Liste, ein Beschäftigter des Heidelberger Agenda Büros, ein Mitarbeiter des Amts für Klimaschutz und Energie), sechs Vertreter zivilgesellschaftlicher (Agenda-)Gruppen (Ökostadt Rhein-Neckar, Eine-Welt-Zentrum Heidelberg, Weltladen Heidelberg, BUND, Sportkreis Heidelberg, Mieterverein Heidelberg) sowie ein Mitarbeiter einer wissenschaftlichen Beratungsinstitution (Institut für Energie- und Umweltforschung Heidelberg; ifeu), im Zeitraum von November bis Dezember 2013 befragt. Zudem fand im Januar 2015 ein Workshop mit den befragten Akteuren statt, bei dem Kernergebnisse diskutiert und mit Hilfe einer SWOT-Analyse nochmals validiert und vertieft werden konnten. Die qualitative Auswertung der Interviews erfolgte gemäß der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach (Mayring, 2010), unterstützt durch das Programm MAXQDA. Vier Fragenkategorien wurden dabei in allen Interviews systematisch erfasst: Allgemeine (politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche) Rahmenbedingungen, Arbeitsweise der Agenda-Akteure, Interaktionsbeziehungen zwischen Politischer Führung, Verwaltung und zivilgesellschaftlichen Gruppen, Evaluation des Agenda-Prozesses (Gesamtevaluation, Veränderungsorientierung, Wertewandel, Best Practice; vgl. Tabelle 1).

*Tabelle 1:* Kategorien des halbstandardisierten Interviewleitfadens und Beispielfragen

Kategorie	Beispielfragen
Politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche <b>Rahmenbedingungen</b> des Lokalen-Agenda-21-Prozesses in Heidelberg	Wie würden Sie die politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Ihre Arbeit beschreiben? Wie laufen Entscheidungsprozesse bzgl. der Lokalen-Agenda-21 in Heidelberg ab?
<b>Arbeitsweise</b> der <b>Agenda-Akteure</b>	Würden Sie kurz die Struktur und die Arbeitsweise Ihrer Organisation/Behörde/Gruppe erläutern?
Interaktionsbeziehungen zwischen Politischer Führung, Verwaltung und zivilgesellschaftlichen Gruppen	Wie informieren Sie andere über Ihre Aktivitäten? Fühlen Sie sich über die Aktivitäten aller Beteiligten gut informiert? Mit wem tauschen Sie sich über die Lokale-Agenda-21 aus? Inwiefern arbeiten Sie mit dem Bürgermeisteramt, dem Gemeinderat anderen Teilen der Verwaltung zusammen? Fühlen Sie sich in alle relevanten Entscheidungsprozesse eingebunden? Arbeiten die Agenda-Akteure regelmäßig aktiv zusammen? Wie gestalten Sie Interaktionsbeziehungen innerhalb und zwischen zivilgesellschaftlichen Gruppen?

**Evaluation** des Agenda-Prozesses in Heidelberg

Wie würden Sie die Umsetzung der Lokalen-Agenda-21 in Heidelberg auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen?  
 Ist es leicht in Heidelberg Ideen für Veränderungen zu realisieren?  
 Gibt es bei Veränderungsvorhaben generell viel/wenig Gegenwind?  
 Ein wichtiges Ziel der Lokalen-Agenda-21 ist es, dass die BürgerInnen vor Ort den Lokalen-Agenda-21-Prozess aktiv mitgestalten. Ist dies Ihrer Meinung nach in Heidelberg gelungen? Was waren wesentliche Faktoren hierfür?  
 Hat im Zuge des Agenda Prozesses ein Wertewandel der BürgerInnen in Heidelberg stattgefunden?

**3 Theorien und Stand der Forschung**

Die Lokale-Agenda-21 kennzeichnet ein komplexes Handlungsfeld, das sowohl durch Governance von oben wie von unten geprägt wird (Rogall, 2012). Im Gegensatz zu Nachhaltigkeitsinitiativen auf nationaler und internationaler Ebene, die oftmals *top-down* initiiert werden, kommt der Anstoß auf kommunaler Ebene, außer von Seiten der Stadtverwaltung, sehr häufig auch von zivilgesellschaftlichen Gruppen oder einzelnen BürgerInnen (Wolf, 2005). Betrachtet man den Forschungsstand zu Lokalen-Agenda-21-Prozessen in Deutschland, so fällt auf, dass ein Großteil der Beiträge in der Hochphase der Agenda-Euphorie zu Beginn der 2000er Jahre entstanden ist (Nolte, 2006; Wolf, 2005) und überwiegend von sehr optimistischen Annahmen geprägt war. Der erfolgte Niedergang zahlreicher Agenda-Prozesse wurde dagegen von der Forschung nicht mehr voll antizipiert (als Ausnahme siehe Geissel, 2009). Im Rahmen international vergleichender Metanalysen jüngerer Datums (Barrutia, Echebarria, Paredes, Hartmann, & Apaolaza, 2015; Echebarria, Barrutia, Eletxigerra, Hartmann, & Apaolaza, 2018) wird zwar auf die Bedeutung einzelner, insbesondere struktureller Faktoren für das Scheitern Lokaler-Agenda-21-Prozesse, hingewiesen. Insgesamt bleibt die Erkenntnislage, insbesondere, wenn auf die Besonderheiten der Situation in Deutschland rekuriert wird, weiterhin unbefriedigend. Unser Beitrag versucht vor diesem Hintergrund eine zweifache Lücke in der vorhandenen Forschung zu schließen, indem er zum einen die neueren Entwicklungen anhand eines verbliebenen „Erfolgsfalles“ antizipiert und zugleich ein interdisziplinärer Zugang gewählt wird, der strukturell, institutionell und akteursbezogene Aspekte gleichermaßen berücksichtigt (vgl. Geißel, 2006b, S. 18).

Aus dem Fundus der politikwissenschaftlichen Theorieangebote wird dabei zum einen auf Ansätze zurückgegriffen, die auf die Bedeutung sozioökonomischer und struktureller Faktoren (wirtschaftliches Entwicklungsniveau, Sozialstruktur) verweisen (vgl. Schmidt & Ostheim, 2007, S. 29–39). Diese bilden den allgemeinen Rahmen für Nachhaltigkeitsprozesse auf kommunaler Ebene, indem sie auf der einen Seite helfen,

Ressourcen (in Form von finanziellem und sozialem Kapital) für einen Agenda-Prozess zu identifizieren, zugleich aber auch auf spezifische Problemkonstellationen in einer Kommune verweisen. Basierend auf den ausgebauten Fundus dieser Theorieschulen lässt sich als Hypothese formulieren: *Ein hohes ökonomisches Wohlstandniveau wie auch ein hohes allgemeines Bildungsniveau (als Indikator der Sozialstruktur) in einer Kommune begünstigt die erfolgreiche Umsetzung einer Lokalen-Agenda-21-Strategie (H1).*

Zum anderen spielen aber auch die konkrete institutionelle Einbettung und die einen Agenda-Prozess prägenden Interaktionsbeziehungen zwischen Akteuren eine wichtige Rolle. Governance- und Netzwerktheorien, die zum einen Regulierungs- und Steuerungsinstrumente von oben (vgl. u. a. Grunwald & Kopfmüller, 2012; Rogall, 2012) aber auch *Bottom-up*-Initiativen von unten (Pfenning & Benighaus, 2008) in den Blick nehmen, werden daher als weiterer theoretischer Analysestrang berücksichtigt. Aus diesem Theoriestrang lässt sich die Bedeutung einer langfristigen, institutionellen Verstetigung und Strukturierung gesellschaftlicher Veränderungsprozesse ableiten. Als Hypothese im Hinblick auf die Lokale-Agenda-21 lässt sich dabei formulieren: *Für den Erfolg Lokaler-Agenda-21-Prozesse ist eine langfristige, institutionelle Einbettung in bestehende kommunale Institutionen und die Schaffung sowie Verstetigung neuer Institutionen vorteilhaft (H2).*

Daneben sollten die Lokalen-Agenda-21-Prozesse auch so gestaltet sein, dass sie offen bleiben für die Partizipationswünsche unterschiedlicher Gruppen. Als ein Strukturierungsmodell zur Einordnung von Lokalen-Agenda-21-Prozessen (insbesondere in ihrer Initialisierungsphase) hat sich der organisationssoziologische Ansatz von de Haan, Kuckartz und Rheingans-Heintze (2000) erwiesen. Dabei werden insgesamt vier idealtypische Organisationsmodelle Lokaler-Agenda-21-Prozesse unterschieden (Kooperations-, Initiations-, Verwaltungs- und Netzwerkmodell; vgl. de Haan et. al., 2000; Speier et al., 2000; Wolf, 2005), wobei als Differenzierungsgrundlage die Organisationsstruktur von Kommunikations- und Entscheidungsprozessen zwischen Agenda-Akteuren aus Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft berücksichtigt werden. Während Agenda-Prozesse, die nach einem „Kooperationsmodell“ funktionieren, sich dadurch auszeichnen, dass Planung und Durchführung von Innovationen in den Händen der gesamten aus haupt- und ehrenamtlichen Kernakteuren bestehenden Gruppe verbleiben und dass trotz einer starken Selbstbezüglichkeit und eher diskontinuierlichen Arbeitsfortschritts so erheblich Kreativitätspotenziale genutzt werden können, sind Agenda-Prozesse nach dem „Initiationsmodell“ deutlich hierarchischer geprägt. Eine kleine Kernsteuerungsgruppe (Projektmacher, zumeist Hauptamtliche) hat hier die Leitlinienkompetenz, während eine größere Restgruppe für die Umsetzung zuständig ist. Aufgrund der vergleichsweise zentralisierten Funktionen und effizienten Organisationsstrukturen können rasch sichtbare Erfolge erzielt werden. Allerdings bleibt dabei häufig nur wenig Raum für Innovationen, Experimente und Visionen. „Auffällig ist, dass in der ‚Philosophie‘ dieses Modells Wunsch- und Machbarkeitsprojektionen

gleichgesetzt werden: Gewünscht wird zumeist nur, was auch machbar erscheint“ (Speier et al., 2000, S. 155). Herrscht das „Verwaltungsmodell“ vor, so wird die inhaltliche Arbeit von Arbeitsgruppen geleistet, die sich zwecks Interessenbündelung zumeist zu einem Agenda-Forum zusammenschließen und von Seiten der Politik und Kommunalverwaltung finanziell, fachlich und personell unterstützt werden. Die inhaltliche Arbeit und das Verwaltungshandeln bleiben in diesem Modell organisatorisch getrennt.

Dadurch können durchaus strukturelle Brüche auftreten; durch die öffentliche Ressourcenunterstützung der Kernakteure wird aber ein Rahmen geboten, innerhalb dem auch anderen Akteure Initiativen entwickeln können (ebd., S. 155–156). Das „Netzwerkmodell“ schließlich besteht aus eher losen, ad-hoc gebildeten Verbänden, die sich projektbezogen bilden und dabei die Tendenz haben, sich in laufende kommunale Projekte zu integrieren. Zentrale Bedeutung kommt dabei einzelnen engagierten und einflussreichen Persönlichkeiten zu, die als „Motoren“ und „Netzwerkknotenpunkte“ fungieren, wobei durch direkte Kontakte ein Zugang auch für neue Akteure relativ leicht möglich ist (ebd., S. 156). Inwiefern dieser Ansatz ein Strukturierungspotenzial nicht nur für gerade gestartete, sondern auch für langfristig etablierte Agenda-Prozesse bietet, kann im Zuge der weiteren Untersuchung geprüft werden. Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die Akteurskonstellation folgende Hypothese formulieren: *Neben einer möglichst großen Anzahl sich selbsttragender zivilgesellschaftlicher Initiativen wirkt sich auch ein hoher, auf einem Grundkonsens basierender Vernetzungsgrad zwischen den am Lokalen-Agenda-21-Prozess beteiligten Akteuren positiv auf dessen Entwicklung aus (H3).*

Für die Analyse der Interaktionsbeziehungen innerhalb und zwischen Lokalen-Agenda-21-Gruppen bieten sich schließlich soziologische und organisationspsychologische Ansätze an. Zum einen spielt dabei die Sozialkapitaltheorie (Hanke, 2011), die auf die Bedeutung interpersonalen Vertrauens fokussiert, eine wichtige Rolle. „Unter dem Begriff des sozialen Kapitals werden drei Elemente zusammengefasst: (1) soziales, d. h. zwischenmenschliches Vertrauen, (2) Reziprozitätsnormen, d. h. Normen der Gegenseitigkeit im Sinne von ‚Geben und Nehmen‘ und (3) ‚Netzwerke zivilen Engagements‘“ (Schophaus, 2001, S. 18). Während „Bonding“-Sozialkapital das Vertrauen und die Identität innerhalb einer Gruppe stärken, aber auch zur Abgrenzung nach außen führen kann (dunkles Sozialkapital, Abkapslung und Vetternwirtschaft), hilft „Bridging“-Sozialkapital Kontakte nach außen aufzubauen und zu stärken (vgl. Geißel, 2006b, S. 7). Daneben können Ansätze der psychologischen Change-Forschung (Michel, Stegmaier, & Sonntag, 2010; Oreg, Michel, & By, 2013) dazu herangezogen werden, um zentrale Faktoren für grundlegende Wandlungsprozesse, wie sie im Zuge der Lokalen-Agenda-21 anvisiert werden, auf der Ebene von Gruppen und einzelnen Individuen zu identifizieren. Zentraler Faktor ist hierbei, dass prozedurale Gerechtigkeitsnormen eingehalten werden. Auf dieser Basis lässt sich eine vierte Hypothese formulieren: *Gelingt es in einer Kommune, ein hohes Maß an („Bonding“ und „Bridging“-)*

*Sozialkapital aufzubauen und Veränderungsprozesse auf Basis prozeduraler Gerechtigkeitsnormen zu gestalten, so erleichtert dies die erfolgreiche Umsetzung einer Lokalen-Agenda-21-Strategie (H4).*

#### **4 Wegmarken des Lokalen-Agenda-21-Prozesses in Deutschland und in Heidelberg**

War Deutschland auf internationaler Ebene eine der treibenden Kräfte bei den UN-Klimaverhandlungen in Rio 1992 gewesen, in deren Rahmen auch das globale Agenda-21-Programm verabschiedet wurde, tat man sich auf nationaler Ebene zunächst sehr schwer, den Agenda-21-Prozess in Gang zu setzen. Die deutsche Nachzügler-Position in der Phase von 1992 bis ca. 1998 resultierte aus einem erkennbaren *Mismatch* zwischen den sehr anspruchsvollen Kooperations- und Querschnittsaufgaben, wie sie in einer lokalen Agenda-21 angelegt sind, und einer eher auf Trennung der Ressortzuständigkeiten basierenden deutschen Verwaltungstradition. Erst Ende der 1990er Jahre begann, von den Kommunen ausgehend, eine zweite, von quantitativen Wachstum geprägte Aufhol- und Boom-Phase (1998 bis 2002), an deren Ende bis zu 20 % der deutschen Städte und Gemeinden einen Ratsbeschluss zur Aufnahme einer lokalen Agenda-21 gefasst hatten. Die damit einhergehenden z. T. sehr euphorischen Erwartungen über die weitere Entwicklung und Ausbreitung der Lokalen-Agenda-21 in Deutschland erwiesen sich dann aber in mehrfacher Hinsicht als trügerisch. Zum einen zeigte sich, dass ein Lokaler-Agenda-Beschluss allein noch kein Erfolgskriterium an sich darstellt. Neben dem damit zum Ausdruck gebrachten politischen Willen müssen auch konkrete Umsetzungsschritte erfolgen (Born & Kreuzer, 2002, S. 13).

Es zeigte sich, dass viele Städte und Gemeinden letztendlich damit überfordert waren, so dass der Schwung, der die Agenda-Initiativen zunächst getragen hatte, wieder verpuffte und sich deutliche „Ermüdungserscheinungen“ zeigten (Weber, 2003, S. 2). Wenn sie nicht vollständig zum Erliegen kamen, wurden sie zumeist auf einzelne Themenbereiche beschränkt und in modifizierter Form (häufig unter anderem Namen) fortgeführt (vgl. Geißel, 2006b, S. 12). Nach dieser Phase der Ernüchterung und des Niedergangs setzte erst zu Beginn der 2010er Jahre wieder eine neue, insbesondere von Städtenetzwerken verbliebener Agenda-Kommunen getragene, Dynamik ein (vgl. Kern 2019), die basierend auf gegenseitigen Lernprozessen den Fokus auf eine noch stärker integrierte Stadtentwicklungsplanung legt.

Betrachtet man die Entwicklung des Lokalen-Agenda-21-Prozesses in Heidelberg, so wurde schon im Jahr 1994, auf Beschluss des Heidelberger Gemeinderats, ein Arbeitskreis eingerichtet, um einen Nachhaltigkeitsprozess anzustoßen. „Ziel war es, eigenverantwortliche Aktivitäten zu unterstützen und in einem gesellschaftlichen Dialog zwischen allen Akteuren gemeinsame Ziele und Handlungsoptionen zu erarbeiten und umzusetzen“ (Böhme, Reimann, & Schuleri-Hartje, 2006, S. 20). Auch wenn erst 1999,

fünf Jahre später, mit dem Beschluss für einen „Stadtentwicklungsplan Heidelberg 2010“ (STEP) der offizielle Agenda-Prozess in Heidelberg startete (Umweltamt, 2006, S. 25), so gab es im Vorfeld schon zahlreiche, insbesondere ökologische Initiativen, die eine hohe Strahlkraft sowohl in die Bürgergesellschaft Heidelbergs hinein als auch auf nationaler und selbst internationaler Ebene entfalteten. Hier stach neben einer starken Bürgerbeteiligungsorientierung als Leitmotiv (1995 Energie-Tisch Heidelberg, Verkehrsforum) die nationale und internationale Vernetzung ins Auge. So unterzeichnete Heidelberg 1994 die „Charta von Aalborg“, erlangte 1996/1997 den Titel „Bundeshauptstadt für Natur- und Umweltschutz“ und verabschiedete die „Heidelberg-Deklaration“ für kommunalen Klimaschutz.

Der offiziellen Einsetzung der Lokalen-Agenda in Heidelberg ging dann ebenfalls ein umfangreicher Beteiligungs- und Dialogprozess voraus (runder Tisch), der von verwaltungsinternen Reformen mit dem Ziel einer besseren Koordination innerhalb der Verwaltung (Orientierung an Nachhaltigkeitskriterien) flankiert wurde (Weber, Schaller, & Zirkwitz, 1998, S. 150–151). Von entscheidender Bedeutung war, dass die damalige Oberbürgermeisterin von Heidelberg Beate Weber (SPD) – zuvor u. a. Vorsitzende des Ausschusses für Umweltfragen, Gesundheits- und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments – Nachhaltigkeit, Umweltschutz und Bürgerbeteiligung zu Kernelementen ihres Wahl- und späteren „Regierungsprogrammes“ erklärte. Ihr gelang es dabei, bis weit in die bürgerliche Opposition im Gemeinderat hinein, Unterstützung für Projekte im Umweltschutz und der Nachhaltigkeit zu organisieren und hier zu einer umfassenden Konsensbildung beizutragen (Schneider, 1997). Einer in diese Richtung ausgestalteten, sorgfältigen Leitbild- und Stadtentwicklungsplanung wurde mit dem im Gemeinderat 1999 schließlich im Konsens gefassten Beschluss „quasi ex-post das Etikett ‚Lokale Agenda 21‘“ aufgesetzt (Diefenbacher, 2001, S. 283).<sup>3</sup> Für die institutionelle Absicherung der Heidelberger Agenda-21 erwies sich als wegweisend, dass im März 1999 ein Lokale-Agenda-Büro eingerichtet werden konnte, das direkt im Referat der Oberbürgermeisterin angesiedelt wurde und so „nachhaltige Entwicklung zum einen Chefsache und zum anderen ein Querschnittsthema“ für Heidelberg wurde (Böhme et al., 2006, S. 20).

Neben den seit 2000 im zweijährigen Turnus durchgeführten Agenda-Tagen, die mit zahlreichen Einzelveranstaltungen die BürgerInnen zum Thema Nachhaltigkeit informieren, wurden mit der Einführung einer regelmäßigen Nachhaltigkeitsberichterstattung (seit 2004) und der zwingenden Nachhaltigkeitsprüfung von Ratsvorlagen (seit 2005) weitere wichtige Meilensteine für

---

3 In seiner Funktion als Heidelbergs Lokale-Agenda-21 fließen im Stadtentwicklungsplan alle kommunalpolitisch wichtigen Zielbereiche zusammen, wobei eine Gleichwertigkeit von „Sozialer Verantwortung“, „Umweltverträglichkeit“ und „Wirtschaftlichem Erfolg“ hingewiesen wird. Die aktive Beteiligung der Öffentlichkeit am Diskussions- und Entscheidungsprozess ist dabei ein wichtiges Querschnittsanliegen. Neben den Schwerpunkten Klimaschutz und -anpassung, Kinder und Jugendliche, Nachhaltigkeitsbildung und nachhaltiger Konsum wird auch eine Verbesserung des Nachhaltigkeitsmanagement in der Verwaltung angestrebt.

eine strukturierte Entwicklung des Agenda-Prozesses erreicht. Im Jahr 2006 erfolgte die Teilfortschreibung des Stadtentwicklungsplanes zu STEP 2015, wobei STEP insbesondere um den Zielbereich „Demographischer Wandel“ ergänzt wurde. Dies konnte wiederum einstimmig im Gemeinderat beschlossen werden. Zur breiten Zustimmung dürften dabei auch die zahlreichen nationalen und internationalen Preise (2003 European Sustainable City Award, 2005 deutscher Solarpreis) beigetragen haben, die Heidelberg in der Zwischenzeit im Rahmen des eingeschlagenen Nachhaltigkeitsprozesses erringen konnte. Diese preisgekrönte „Erfolgsgeschichte“ konnte Heidelberg auch danach fortsetzen (2007 Bundeshauptstadt im Naturschutz, 2010 Klimaschutzkommune, 2010 Fairtrade-Stadt), wobei der Aspekt der Nachhaltigkeitsbildung eine immer größere Bedeutung erlangte.<sup>4</sup> Die enge Verknüpfung der Kernakteure des Heidelberger Nachhaltigkeitsprozesses wurde 2012 durch die räumliche Zusammenführung im „Welt Haus Heidelberg“ weiter befördert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Heidelberg zu einem sehr frühen Zeitpunkt (schon vor Beginn des eigentlichen Agenda-Prozesses) mit einer nachhaltigkeitsorientierten Stadtentwicklungspolitik begonnen wurde. Neben einem von Anfang an sehr breiten thematischen Spektrum, das kontinuierlich ausgeweitet wurde, fällt das sehr strukturierte Vorgehen im Rahmen des Agenda-Prozesses ins Auge (Bestandsaufnahme, Aktionsplan STEP, regelmäßige und ergebnisorientierte Evaluation). Neben einer frühzeitigen institutionellen Verankerung (Agenda-Büro bei der Oberbürgermeisterin angesiedelt), profitierte der Agenda-Prozess in Heidelberg auch von einer Vielzahl an sich selbsttragenden zivilgesellschaftlichen Initiativen, die immer wieder die Umsetzung von (z. T. mit Preisen ausgezeichneten) Einzelprojekten ermöglichte.

## 5 Ergebnisse der Akteursbefragung in Heidelberg

Die erste Fragenkategorie der Interviewauswertung umfasst die allgemeinen Rahmenbedingungen für den Lokalen-Agenda-21-Prozess in Heidelberg. Dabei lässt sich über alle befragten AkteurInnengruppen (Politik, Verwaltung, zivilgesellschaftliche Gruppen) hinweg ein breiter Konsens identifizieren, der auf die günstigen sozioökonomischen und -kulturellen Bedingungen verweist. Dies betrifft die Bewertung sowohl der spezifischen Heidelberger Milieustruktur (aufgeschlossenes Bildungsbürgertum, junges Akademikermilieu),<sup>5</sup> der starken lokalen Identität und

---

4 So wurde Heidelberg für sein umfassendes Konzept im Bereich der Bildung für Nachhaltigkeit wiederholt als Kommune der UN-Dekade Bildung für nachhaltige Entwicklung ausgezeichnet (Büttner & Kneipp, 2010, S. 24).

5 Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer SINUS-Studie, die eine spezifische Milieustruktur Heidelbergs (im Vergleich zu Bundesdurchschnitt) als „Akademiker-Stadt“ identifiziert. So sind laut dieser Studie in Heidelberg sowohl das „konservativ-etablierte Millieu“ (16 %, Bund 10 %), das „sozialökologische Millieu“ (15 %, Bund 7 %), das „Millieu der Performer“ (9 %, Bund 7 %), das „Millieu der Liberal-Intellektuellen“ (12 %, Bund 7 %) als auch das „Millieu der Expeditiven“ (8 %, Bund 6 %) klar überrepräsentiert (Stadt Heidelberg 2012, S. 9).

Verwurzelung breiter Bevölkerungsteile (positive Identifizierung mit „ihrem Heidelberg“),<sup>6</sup> der günstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der wohlhabenden Universitätsstadt als auch das als hoch eingestufte formale Bildungsniveau sowie die große wissenschaftliche Expertise vor Ort. Daneben wird auch der für Teile der Stadtbevölkerung als weit vorangeschritten identifizierte postmaterialistische Wertewandel hervorgehoben („Milieu der Weststadt“).

Neben der als vorbildlich wahrgenommenen institutionellen Verankerung des Agenda-Prozesses wird die politische Rahmenbedingung eines prinzipiell sehr weitgehenden Konsenses zwischen den im Rat vertretenden Parteien beim Thema Lokale-Agenda 21 gelobt. So wurde der Agenda-Prozess trotz kleinerer Konflikte (zwischen rot-grünen Ratsfraktionen und von den bürgerlichen Parteien gestützten Oberbürgermeister) weitgehend unabhängig von der politischen Couleure von einer breiten Ratsmehrheit unterstützt, „was mich manchmal wundert“ (Interview Agenda Büro, 2013).

„Also, von daher sind diese/ich merke gerade, wenn ich das so erzähle, das ist wirklich auch ein Phänomen, diese ganz großen Konfliktlinien, die man auch so, ich sage mal, zwischen links und rechts dann ausgemacht hat, und dann kamen vor vielen Jahren die Grünen noch mit eigenen Themen dazwischen oder so – gibt es hier nicht mehr so“ (Interview Gemeinderat, 2013).

Neben der Arbeit des Umweltausschusses des Stadtrats, in dem Konsens organisiert und viel Raum für Agenda Themen geschaffen werden konnte, war die kontinuierliche Unterstützung der OberbürgermeisterInnen für das Thema aus Sicht zahlreicher InterviewpartnerInnen von zentraler Bedeutung.

„Also ich glaube in Heidelberg hatten wir das Glück, dass wir zwei Oberbürgermeister hatten bzw. haben, die das Thema unterstützen“ (Interview Agenda-Büro, 2013).

Die Agenda 21 wurde sowohl von Oberbürgermeisterin Beate Weber (SPD, 1990–2006) als auch von Oberbürgermeister Eckart Würzner (parteilos, seit 2006) zur „Chefsache“ erklärt. Als integraler Bestandteil ihres jeweiligen „Regierungsprogrammes“ konnten sie dabei nicht nur von den gewonnenen Preisen und Auszeichnungen profitieren; diese setzten sie auch immer wieder unter Zugzwang, das Thema weiter voranzutreiben (Interview Gemeinderat, 2013).

Sowohl von Seiten der Politik wie von Seiten der zivilgesellschaftlichen InterviewpartnerInnen wurde die frühe Einrichtung eines Agenda-Büros, das direkt bei der Oberbürgermeisterin angesiedelt wurde und über einen kurzen Draht verfügt, gewürdigt. Als vergleichsweise gut ausgestattete und weit oben in der Administration angesiedelte Institution konnte es, in der Wahrnehmung der InterviewpartnerInnen, von Anfang an als wichtiger Knotenpunkt zwischen politischer Führung, Verwaltung und zivilgesellschaftlichen Gruppen agieren. So bewertet eine Mehrzahl der interviewten

---

6 Wiederum im Einklang zur SINUS-Studie, die konstatiert, dass sich acht von zehn Heidelbergern mit ihrer Stadt sehr stark verbunden fühlen (Stadt Heidelberg, 2012, S. 15).

zivilgesellschaftlichen Akteure die Zusammenarbeit mit der städtischen Verwaltung positiv. Die Stadt Sorge nicht nur für Kooperation, Austausch und Netzwerkbildung zwischen zentralen Akteuren der Lokale-Agenda-21 (Interview BUND, Sportkreis, ifeu, 2013),<sup>7</sup> sondern helfe auch bei der Koordinierung mitunter sehr komplexer Einzelprojekte (Interview Ökostadt, 2013).

Als besonders gelungenes Beispiel langfristig institutionalisierter Zusammenarbeit zwischen der Stadt Heidelberg und einem Agenda-Verband wird dabei das „Heidelberger Kooperationsmodell“ in der Umweltberatung angesehen. Der BUND Heidelberg übernimmt hier die eigentlich kommunale Aufgabe der Bürgerberatung in Sachen Umwelt- und Naturschutz, wozu er von der Gemeinde einen Zuschuss für die Grundausstattung erhält.<sup>8</sup>

Neben der Kooperation zwischen staatlichen Akteuren und zivilgesellschaftlichen Gruppen sind die zentralen zivilgesellschaftlichen Verbände aber auch untereinander eng verknüpft und seit langem in intensivem Austausch.

„Wir arbeiten viel in Kooperationen mit anderen Umweltschutzvereinen, aber auch mit der Einen Welt zusammen, also dem Eine-Welt-Zentrum“ (Interview Ökostadt, 2013).

Diese Netzwerke erlauben eine intensive Kooperation bei einzelnen Projekten, die dann als gemeinsames Anliegen verschiedener Agenda-Gruppen vorangetrieben werden:

„Auch ein Blick fürs Ganze, nicht sich in seiner eigenen Vereinswelt und Kleinwelt verzetteln, sondern gucken, dass man auch die Interessen der anderen sieht und damit ein Projekt auch für die Sache zum Abschluss bringt“ (Interview Ökostadt, 2013).

Als besondere Stärke wird dabei die gebündelte Expertise vor Ort durch die professionalisierten Akteure gesehen, was eine gemeinsame Planung der Projekte erleichtern würde (Interview Sportkreis, 2013).

Aus den Reihen der Agenda-Akteure kann so eine große Vielzahl an Initiativen vorangetrieben werden (Ergebnisse der SWOT-Analyse, 2015). Die in der Wahrnehmung der InterviewpartnerInnen so erzeugte Dynamik, die auch durch Anreize von außen beflügelt wird, hat aus Sicht einiger Akteure aber auch negative Seiten. So wird mitunter eine zu geringe Kontinuität der Einzelprojekte bemängelt.

---

7 Als konkretes Beispiel für die organisatorische und koordinierende Unterstützung der Stadt wurde der Aufbau und Betrieb des Welt Hauses am Hauptbahnhof, in dem nun mehrere Agenda-Gruppen ihren Sitz haben, genannt.

8 „Tatsächlich ist es nicht selbstverständlich, dass solch eine längerfristig angelegte Zusammenarbeit einer Kommune mit einem Umweltverband funktioniert. Voraussetzung muss sein, dass die Kommune so frei ist, keinen Einfluss auf die Beratungsinhalte zu nehmen, obwohl sie die Hauptfinanzierung der Einrichtung übernimmt. Im Gegenzug leistet der BUND eine sehr engagierte, freie und unabhängige Bürgerberatung, die darüber hinaus sehr kosteneffizient ist. Außerdem wird klar getrennt zwischen der Beratungstätigkeit und der umweltpolitischen Arbeit des BUND Heidelberg, bei der auch sachliche Kritik an der Stadt geübt wird“ (BUND Heidelberg, 2001, S. 7).

„Denn Gelder gibt es immer nur, wenn man sich tolle Projekte ausdenkt. . . . Aber dann heißt es wieder, dann muss ich ja auch dieses Projekt ja durchführen, also, em, . . .“ (Interview Weltladen/Eine-Welt-Zentrum, 2013).

„Mir wäre manchmal das nächste tolle Projekt, das man jetzt ins Leben ruft, nicht so wichtig wie eine Verstetigung“ (Interview Gemeinderat, 2013).

Zum anderen fehlt es laut der Interviewergebnisse mitunter die inhaltliche Verklammerung und Kohärenz der einzelnen Agenda-Projekte. Eine Gesamtstrategie, welche die einzelnen Säulen nachhaltiger Entwicklung systematisch miteinander verbindet, ist schwierig zu verwirklichen, da zum einen konkurrierende Programme existieren,<sup>9</sup> und in den Projekten zumeist nur einzelne Agenda-Aspekte adressiert werden.

„Agenda 21 so vom Anspruch her, eh, so ein übergeordneter Prozess, eh, ist oder der Versuch eben, so integral, eh, naja, eben die drei Säulen – Wirtschaftlichkeit, Soziales und, eh, und Ökologie – zu behandeln. Aber wenn man dann eben eine konkrete Institution vor Ort oder Struktur vor Ort hat, dann/dann greift die sich doch eben wiederum Teile heraus, schon gar, wenn sie eben mit anderen, eh, Institutionen oder anderen schon verteilten Aufgabenstell-/feldern in der Stadt zusammenarbeitet“ (Interview Amt für Klimaschutz und Energie, 2013).

Das Agenda-Büro konstatiert dann auch ein Informationsdefizit, das durch die eigenständige Arbeit der Gruppen entsteht (Interview Agenda-Büro, 2013).

Dies liegt laut mehreren Interviewten auch daran, dass im Zweifel jeder Gruppe doch primär für ihr Nachhaltigkeitsanliegen kämpft (keine übergeordnete Beachtung von STEP; Interview Amt für Klimaschutz und Energie, 2013). Darüber hinaus sei bei den Kernagenda-Akteuren auch eine klare Schwerpunktsetzung auf ökologische Themen erkennbar. Ökonomische Nachhaltigkeit spiele, auch aufgrund der geringeren Einbindung wirtschaftlicher Akteure,<sup>10</sup> ebenso wie soziale Nachhaltigkeit eine eher untergeordnete Rolle. So wird es zumindest von Gruppen, die diese Dimensionen besonders bearbeiten, wahrgenommen.

„Und im Bereich der Agenda, die ja einen Schwerpunkt hat bei Ökologie, wenn man so will, auch wenn sie versucht, einigermaßen komplett zu sein, da sind wir eigentlich noch zu schwach beteiligt“ (Interview Mieterverein, 2013).

Sie fühlen sich unterrepräsentiert und zu wenig in die Informationsflüsse eingebunden. In der Selbstwahrnehmung zahlreicher befragter Kernagenda-Akteure wird die

---

9 „In Heidelberg wird beispielsweise als ein wesentlicher hemmender Faktor herausgestellt, dass – auch wenn in Heidelberg die Stadtentwicklungsplanung einen Rahmen für die verschiedenen Programme biete – Lokale Agenda 21, Gesunde Stadt und Soziale Stadt mit ihren zuständigen Verwaltungen „konkurrierende Systeme“ mit eigenen Programmlogiken, eigenen Verantwortungsbereichen und eigenen, an die Programme und deren Eigenständigkeit gebundenen Stellen seien“ (Böhme et al., 2006, S. 123).

10 Die wirtschaftliche Dimension wird oft vergessen oder unter „ökologischen“ Mitgliedern nicht gerne gesehen, denn Wirtschaft wird mit Wachstum in Verbindung gesetzt, was deren ökologischen Zielen widerspricht (SWOT-Analyse, 2015).

Exklusivität und zu geringe Einbindung bestimmter potenziell Agenda-affiner Gruppen auch durchaus gesehen und problematisiert. So wurde im Rahmen der SWOT Analyse moniert, dass v. a. die „üblichen Verdächtigen“ eingebunden und informiert sind, und auf die so erzeugten negativen Auswirkungen verwiesen:

„Bitte kein Klassentreffen der bereits Aktiven; wir frustrieren uns gegenseitig“ (SWOT-Analyse, 2015).

Explizit wird das Fehlen eines breit angelegten „Runden Tisches Lokale-Agenda“ bemängelt, an dem auch Gruppen, die im Schwerpunkt nicht unmittelbar mit Themen der Lokalen-Agenda beschäftigt sind, niedrigschwellig eingebunden und beteiligt werden könnten (Interview Amt für Klimaschutz und Energie, 2013).

Sehr zwiesgespalten fällt die Einschätzung der InterviewpartnerInnen schließlich auch im Hinblick auf die öffentlichen Beteiligungsprozesse im Rahmen der Lokalen-Agenda-21 in Heidelberg aus. Der in der Literatur vorfindbaren Einschätzung eines geradezu mustergültig organisierten öffentlichen Diskussions- und Beteiligungsprozesses (ifeu, 1997) zu Beginn, aber auch im weiteren Verlauf der Lokalen-Agenda-21, widersprechen einige InterviewpartnerInnen grundlegend. Während von wissenschaftlicher Seite die institutionelle Einbettung weiterhin positiv gewürdigt wird (Interviewpartner ifeu, 2013), bezweifeln mehrerer zivilgesellschaftliche Akteure, ob in den bisherigen Beteiligungs- und Mitwirkungsforen eine „echte“ Bürgerbeteiligung ermöglicht wurde, die über eine reine Show-Veranstaltung mit primär Informations- aber kaum Entscheidungscharakter wirklich hinausging. Sehr scharf formuliert es der Interviewpartner vom Weltladen/Eine-Welt-Zentrum:

„Und, eh, auf der anderen Seite, wenn ich dann erlebe, auf der einen Seite wird es hochgejubelt, das heißt, die Leute kommen von anderen Städten und gucken sich jetzt dieses tolle Musterbeispiel Heidelberg an, weil es so tolle Bürgerbeteiligung ist, auf der anderen Seite, wenn ich das jetzt hier erlebe in der Südstadt, also als Bewohner dieses Stadtteils, auch Mitglied im Vorstand vom Stadtteilverein, eh, welche Einfluss ich jetzt tatsächlich hier nehmen können soll, eh, dann wird sich es darauf reduzieren, dass ich sagen kann, also, dieser Parkplatz, der soll so oder so irgendwie gemacht werden, also, da sehe ich im Moment noch nicht wirklich die, eh, die Bürgerbeteiligung, ne?“ (Interview Weltladen/Eine-Welt-Zentrum, 2013).

Mehrere InterviewpartnerInnen deuten eine virulente Insider-/Outsiderproblematik an, die an der echten Bürgerbeteiligung in der Breite deutliche Zweifel erkennen lassen. Bei diesen Akteuren herrscht der Eindruck vor, dass die Beteiligungsveranstaltungen primär der Außenwirkung und fallweise der Kriseneindämmung dienten, kaum aber systematisch eine breite Einbindung der BürgerInnen in den Agenda-Prozess erlauben würden. Auch werden die Beteiligungsprozesse nicht immer als kohärent und einheitlich wahrgenommen.

„Und soll einfach heißen, so Dinge haben unterschiedliche Wahrnehmungen und, eh, ähnlich wie sie unterschiedliche Wahrnehmungen haben, laufen eben

auch Beteiligungsprozesse . . . nicht immer einheitlich.“ (Interview Amt für Klimaschutz und Energie, 2013)

Bei der Gesamtevaluierung des Heidelberger Agenda-Prozesses, zeichnen die InterviewpartnerInnen trotz alledem überwiegend ein positives Bild, das sich zumindest in Teilen mit der (Selbst-)Darstellung Heidelbergs als Erfolgsfall der Lokalen-Agenda-21 deckt.<sup>11</sup> Neben den wiederkehrenden Verweisen auf gewonnenen Auszeichnungen und Preise wird die enorme Vielzahl und Vielfalt an Initiativen von allen InterviewpartnerInnen gewürdigt. Dies erhöhe insgesamt den Stellenwert, das dem Thema in der Stadt beigemessen wird. Allerdings finden sich auch kritische Stimmen, die auf die Ambivalenz der Situation hinweisen:

„Auf der einen Seite finde ich vieles hier wirklich unglaublich gut gelungen, auf der anderen Seite frage ich mich manchmal, ob die Perspektive Lokale Agenda nicht vielleicht mehr auf, . . . – wenn ich jetzt böse bin, sage ich mal, dadurch, dass wir zum Teil, glaube ich, wirklich gut sind – auf Preisen und Ehrungen liegt, weil wir schon wieder ein tolles Projekt gemacht haben und stattdessen vielleicht aber mehr wieder auf dieses Lokale Agenda. . . . Wie kriege ich es vor Ort denn noch besser implementiert?“ (Interview Gemeinderat, 2013).

Zudem wurde in der SWOT-Diskussion mit den Interviewteilnehmern die zu starke Fokussierung auf relativ einfach umzusetzende Win-Win-Projekte kritisiert. Eine echte Suffizienzorientierung (Selbstbegrenzung und Konsumverzicht), die auch mit schmerzhaften Einschnitten einhergehe, würde dagegen in den meisten Agenda-Projekten nicht erreicht. Gerade weil die Rahmenbedingungen in Heidelberg insgesamt so günstig sind (Wohlstand und hohe städtische Lebensqualität), scheint der Leidensdruck für echte Veränderungen einzutreten, (noch) zu niedrig und das Thema Genügsamkeit und Konsumverzicht zu schwach besetzt zu sein (SWOT-Analyse, 2015). Neben der Frage der langfristigen Aufstellung einzelner Projekte wurde von mehreren InterviewpartnerInnen zudem deren Zersplitterung und die damit einhergehende begrenzte Reichweite sowie die zu geringe breitenöffentliche Wahrnehmung moniert. Während regelmäßige LeserInnen der regionalen „Rhein-Neckar-Zeitung“ noch hinreichend gut informiert seien, würden andere Gruppen (insbesondere auch Studierende) nur punktuell erreicht (Interview Agenda-Büro, 2013). Die Vermittlung des komplexen Anliegens einer ausdifferenzierten Agenda-Strategie würde darüber hinaus auch durch eine z. T. ungeschickte Vermittlungsstrategie (Umbenennung des Lokalen Agenda-Prozesses, verändertes Logo auf Homepage) behindert.

---

11 In ihrer Nachhaltigkeitsberichterstattung konstatiert die Stadt über die Jahre in fast allen Zielbereichen eine Verbesserung. Während im Zielbereich Mobilität die größten Fortschritte erzielt worden seien, werden die größten Problem weiterhin im Bereich identifiziert. Im Zuge der Agenda-Entwicklung sei nicht nur die Zahl der internationalen Eine-Welt-Projekte mit Beteiligung der Stadt, sondern auch die Anzahl der Eine-Welt-Gruppen im Eine-Welt-Zentrum Heidelberg deutlich angestiegen (Stadt Heidelberg, 2011).

## 6 Entscheidende Einflussfaktoren der Heidelberger Agenda-Strategie

Die Analyse der durchgeführten Interviews und weiterer einschlägiger Dokumente zeigt, dass der Erfolg der Heidelberger Lokalen-Agenda-21 auf mehreren Säulen ruht. Für den Fall der Kommune Heidelberg lässt sich dabei eindeutig der positive strukturelle Einfluss eines hohen ökonomischen Wohlstandniveaus gepaart mit einem hohen allgemeinen Bildungsniveau bestätigen (H1). Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen international vergleichender Studien zur Bedeutung hoher Ressourcenverfügbarkeit für den Erfolg Lokaler-Agenda 21-Projekte (vgl. Barrutia et al., 2015, S. 602; Geißel & Heß, 2018, S. 258). Neben den günstigen allgemeinen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zeichnete sich die Heidelberger Agenda-Strategie von Anfang an durch ein hohes Maß an institutioneller Verstetigung (frühe Etablierung eines gut ausgestatteten Agenda-Büros), ein hochgradig strukturiertes Vorgehen (Aktionsplan STEP, umfangreiche Nachhaltigkeitsprüfung, regelmäßige, indikatorenbasierte Nachhaltigkeitsberichterstattung; Plawitzki, 2010, S. 56) sowie durch eine kontinuierliche thematische Ausweitung aus (breites thematisches Spektrum, wenn auch schwächer im Hinblick auf soziale Nachhaltigkeit). Dies bestätigt die in Hypothese 2 (H2) formulierten Erwartungen und deckt sich mit den Ergebnissen weiterer, vergleichend angelegter Studien (Geißel & Heß 2018, S. 259). Die frühen Erfolge bei Wettbewerben sorgte für eine hohe Motivation bei den Agenda-Kernakteuren, legitimierte den Prozess nach außen und erzeugte eine Sogwirkung, immer weitere (auszeichnungsfähige) Projekte anzugehen.

Die prinzipiell sehr Agenda-affine Akteurskonstellation in Heidelberg fußt auf einem breiten parteiübergreifenden Konsens, die Lokale-Agenda-21 nicht als politisch einseitig eingefärbtes Projekt zu sehen, sondern als ein prioritär umzusetzendes gesamtstädtisches Vorhaben (Lokale-Agenda-21 als durch die/den OberbürgermeisterIn getragene Chefsache).<sup>12</sup> Darüber hinaus profitiert die Heidelberger Nachhaltigkeitsstrategie von einer großen Anzahl sich weitgehend selbsttragender zivilgesellschaftlicher Initiativen (H3) und einem starken Kern an hochprofessionalisierten, hervorragend organisierten Agenda-Kernakteuren, die durch langjährige formelle und informelle Kooperationsbeziehungen ein hohes internes „Bonding“-Sozialkapital akkumulieren konnten (H4). Dies deckt sich wiederum mit den Ergebnissen anderer Studien zur Bedeutung systematisch aufgesetzter Koordinationsbeziehungen für den Agenda-Erfolg (Echebarria et al. 2018, S. 1298). In Heidelberg erlaubt dies ein relativ reibungsarmes, hocheffizientes Arbeiten basierend auf hohem internem Know-How-Transfer.

---

12 International vergleichende Studien zeigen, dass tendenziell links gerichtete Stadtregierungen Lokale-Agenda-21-Prozesse eher vorantreiben als rechte Stadtregierungen (vgl. Echebarria et al., 2018, S. 1309). Die in der Literatur lange Zeit als wichtig angenommene Rolle der Unterstützung durch die/den BürgermeisterIn für den Lokalen-Agenda-21-Prozess, welche sich auch für Heidelberg belegen lässt, wird in einer aktuellen Vergleichsstudie für mehrere deutsche Städte etwas relativiert (vgl. Geißel & Heß, 2018, S. 260).

Die Kehrseite dieses primär auf die Arbeit von Hauptamtlichen oder langjährigen Ehrenamtlichen setzenden Modells ist, dass ein spontanes Engagement von Unten für das Funktionieren nicht mehr zwingend notwendig ist. Die Professionalisierungsfalle scheint zuzuschnappen und erzeugt In- und Outsider. Während die etablierten Agenda-Kernakteure eng vernetzt sind, findet eine breitere Beteiligung über sie hinaus – trotz erheblicher Potenziale – zu wenig statt. Basierend auf dem organisationssoziologischen Ansatz von de Haan et. al. (2000) weist der Lokale-Agenda-21-Prozess in Heidelberg somit sowohl Merkmale eines Verwaltungs- als auch eines Kooperationsmodells auf. Gestützt auf eine starke institutionelle Verankerung in der Stadtverwaltung und Politik, hat sich eine Agenda-Kerngruppe zivilgesellschaftlicher Akteure herausgebildet, die den Agenda-Prozess maßgeblich vorantreibt.

Dieses Netzwerk zivilgesellschaftlicher Akteure eröffnet die Möglichkeit, eine kaum überschaubare Vielzahl einzelnen Projekten auch parallel voranzutreiben. Nur in einem scheinbaren Widerspruch zur Existenz dieser eng verwobenen Kerngruppe steht dabei die Erkenntnis vieler Akteure, dass die Koordinierung der einzelnen Projekte, im Sinne einer kohärenten Agenda-Gesamtstrategie nur punktuell gelingt. Mit der Entscheidung, die Agenda-Arbeit v. a. auf einzelne konkrete Projekte aufzubauen, und dabei immer auch auf externe Auszeichnungen zu setzen, hat trotz vorbildlicher institutioneller Verankerung eine Agenda-Gesamtstrategie in den Hintergrund treten lassen. Die Existenz „konkurrierender Systeme“ mit eigenen Programmlogiken hat zusätzlich dazu beigetragen, eine zentralisierte Koordination der zersplitterten Einzelprojekte zu erschweren.

Die Koordinierung frantzt dabei insbesondere an den Rändern der Agenda aus, wobei das Fehlen eines Runden Tisches gerade mit zivilgesellschaftlichen Gruppen, die nur am Rande mit der Agenda beschäftigt sind, die bloße Aneinanderreihung von Einzelprojekten ohne strategische Klammer befördert hat. Die großen Erfolge beim Initiieren immer neuer hochinnovativer, überregional sichtbarer und preiswürdiger Einzelprojekte mit breiten Zustimmungskarakter (siehe zu den Vorteilen dieser internationalen Sichtbarkeit Kern, 2019, S. 132; Wurzel, Liefferink, & Torney, 2019) birgt dabei noch weitere Risiken. Es lässt sich ein in Teilen von außen getriebenes „Projekt-Hopping“ konstatieren, das einer Verstetigung schon laufender Projekte erschwert. Die als Teil der vorherrschenden Konsensstrategie priorisierte Umsetzung von Win-Win-Projekten, bei denen der Eindruck verstärkt wird, dass immer jeder gewinnen und niemand verliert wird, erschwert die Umsetzung von mitunter sehr schmerzhaften, auf echte Suffizienz ausgerichteten Vorhaben. Diese Strategie, wenn möglich den Weg des geringsten Widerstands zu gehen, lässt sich mithilfe der psychologischen Change-Forschung gut erklären, die aufzeigt, dass ein zentraler Erfolgsfaktor von Veränderungsprozessen prozedurale Gerechtigkeit bildet, die insbesondere die Gestaltung fairer (auch komplexer) Entscheidungsprozesse beschreibt (z. B. Leventhal, 1980; Leventhal, Karuza, & Fry, 1980). Gerade wenn Nachhaltigkeitsprärogative heftige Proteste durch die (einseitige) Belastungen einzelner BürgerInnen (NIMBY-Problematik)

auslösen,<sup>13</sup> fehlt in Heidelberg bis heute eine glaubwürdige Dissens-Strategie, die diese Konflikte konstruktiv aufgreift und den Grundsätzen prozeduraler Gerechtigkeit folgt (Michel et al., 2010). Dies wäre aber dringend notwendig, um echten Wandel auszulösen (H4).

Das beschriebene Agenda-Modell erschwert – trotz erfolgreicher Einzelprojekt – schließlich eine Breitenwirkung über die Kernklientel der Lokalen-Agenda hinaus. Auch wenn der Wertewandel hin zu einem stärker nachhaltigkeitsorientierten Lebensstil aufgrund der aufgezeigten, strukturellen Vorteile in Heidelberg schon relativ weit vorangeschritten ist, und mit der inhaltlichen Schwerpunktsetzung auf die Nachhaltigkeitsbildung an Schulen, Universitäten etc., sicherlich weiterbefördert wird, so bleibt die Lokale-Agenda-21 in Heidelberg in ihrer Wirkung hier doch hinter den potenziellen Möglichkeiten zurück. Die Probleme in der Außenkommunikation waren in dieser Hinsicht sicher ebenfalls nicht hilfreich.<sup>14</sup>

### **7 Fazit: Was lässt sich vom Heidelberger Fall lernen?**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Heidelberger Agenda-Prozess als eine spezifische Mischung aus einem Kooperationsmodell, mit starker Verankerung in einer Agenda-Kerngruppe zivilgesellschaftlicher Akteure (hohe Interaktionsorientierung und Sozialkapitalbildung innerhalb Kerngruppe), und einem Verwaltungsmodell (starke institutionelle Verankerung in der Stadtverwaltung und Politik) verstanden werden kann.

Neben schon aus früheren Forschungsarbeiten bekannten förderlichen Einflussgrößen (kontinuierliche, Unterstützung durch die politische Führung, Agenda 21 Prozess als bei der/dem OberbürgermeisterIn angesiedelte Chefsache, breiter parteiübergreifender Konsens, institutionelle Verankerung in einem Agenda-Büro, Rolle überregionaler Auszeichnungen) lassen sich im Rahmen dieser speziell für den „Erfolgsfall Heidelberg“ konzipierten Studie, weitere begünstigende Faktoren an der Schnittstelle zwischen einzelnen Akteursgruppen aufzeigen. So scheinen kurze (größtenteils informelle) Kommunikations- und Kooperationswege zwischen einzelnen zivilgesellschaftlichen Kerngruppe und der öffentlichen Verwaltung sehr wichtig zu sein. Die Untersuchung deckte für den Fall Heidelberg aber auch Herausforderungen und Probleme auf, die einer stringenten Weiterentwicklung der Agenda-Strategie im Wege stehen. So mahnte eine Mehrzahl der im Rahmen der Studie befragten zivilgesellschaftlichen Agenda-Akteure weitere Maßnahmen zur Verstetigung schon laufender Einzelprojekte, eine bessere Koordination der zahlreichen Einzelinitiativen im Sinne einer Agenda-

---

13 Wie heftig diese Auseinandersetzungen auch in Heidelberg werden können, lässt sich dabei am Beispiel der Diskussion um die US-Konversionsflächen und die Umsetzung des neuen, „nachhaltigen“ Stadtviertels Bahnstadt zeigen.

14 Die Präsentation einzelner Leuchtturmprojekte schien in der Vergangenheit gerade auch für die politische Führung oft wichtiger gewesen zu sein als breiter angelegte Informations- und Aufklärungskampagnen.

Gesamtstrategie sowie eine Ausweitung über reine Win-Win-Projekte, die häufig keine langfristige Tiefenwirkung entfalten, an. Die Weiterentwicklung des Konzepts der nachhaltigen Entwicklung auf internationaler Ebene im Hinblick auf eine immer stärkere Ausweitung und Ausdifferenzierung der Sustainable Development Goals (United Nations General Assembly, 2015) macht dabei auf zusätzliche Herausforderungen für den „Erfolgsfall Heidelberg“ aufmerksam. Um den Erfolgsstatus weiter aufrechterhalten zu können, wird es neben der kontinuierlichen thematischen Ausweitung insbesondere darum gehen müssen, nun auch Themenfelder erfolgreich anzugehen, in denen keine einfachen und schnell umsetzbaren Win-Win-Ergebnisse zu erwarten sind. Hierbei wird sich zeigen, ob das Heidelberger Mischmodell aus Kooperations- und Verwaltungsorientierung erfolgreich sein kann, oder an seine Grenzen stößt.

Als weiterer Schwachpunkt des insgesamt erfolgreichen Agenda-21-Prozesses in Heidelberg kann das Fehlen einer koordinierten Informationsstrategie identifiziert werden. Es zeigt sich, dass ein komplexer Balance-Akt zwischen erfolgreicher Binnenentwicklung und systematischer Einbindung weiterer Akteure und Bevölkerungsgruppen (ausbaufähige Breitenwirkung) vonnöten ist. Dies sind Faktoren, die in der aktuellen Diskussion zur Frage der Erfolgsbedingungen Lokaler-Agenda-21-Prozesse (Barrutia et al. 2015; Echebarria et al. 2018; Geißel & Heß, 2018) noch nicht in hinreichender Weise aufscheinen. Inwiefern diese für den Einzelfall der Kommune Heidelberg gesammelten neuen Erkenntnisse verallgemeinerungsfähig sind, kann nur durch ein vergleichendes Forschungsdesign, das mehrere Kommunen einschließt, weiter eruiert werden. Um die Robustheit der auf einer Einzelfallstudie basierenden Ergebnisse zu erhöhen, sollte im Rahmen weiterer Untersuchungen eine zeitliche wie räumliche Ausweitung vorgenommen werden.

### **Acknowledgment**

Für die Durchführung und Transkription der Interviews danken wir Freyja Hauke. Für die weitere Aufbereitung der Interviewinhalte Irina Krivoruk.

Der Beitrag entstand im Rahmen des durch Drittmittel des „Heidelberg Centers for the Environment“ (HCE) geförderten interdisziplinären Forschungsprojektes: „Ergebnisse des Lokalen-Agenda-21-Prozesses in Heidelberg – (Selbst-) Regulationsprozesse, Einstellungsveränderung und Performanzentwicklung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene“ und des im Rahmen der Exzellenzinitiative II, durch das Field of Focus 4 geförderte interdisziplinäre Forschungsprojekt „Determinanten Lokaler-Agenda-21-Prozesse – (Selbst-)Regulation, Einstellungsveränderung und Performanzentwicklung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene“.

### **Literaturverzeichnis**

Barrutia, J. M., Echebarria, C., Paredes, M. R., Hartmann, P., & Apaolaza, V. (2015). From Rio to Rio+ 20: Twenty years of participatory, long term oriented and monitored local planning? *Journal of Cleaner Production*, 106, 594–607. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2014.12.085>

## Determinanten des Lokalen-Agenda-21-Erfolgs in Heidelberg

- Böhme, C., Reimann, B., & Schuleri-Hartje, U.-K. (2006). *Lokale Agenda 21 – Umwelt und Gesundheit* (Forschungsbericht 204 61 218/01). Abgerufen von <http://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/3005.pdf>
- Born, M. & Kreuzer, K. (2002). *Nachhaltigkeit Lokal: Lokale Agenda 21 in Deutschland. Eine Zwischenbilanz 10 Jahre nach Rio*. Abgerufen von [http://www.rio-10.de/rioprozess/bilanzpapiere/bilanzpapier\\_agenda21.PDF](http://www.rio-10.de/rioprozess/bilanzpapiere/bilanzpapier_agenda21.PDF)
- BUND Heidelberg. (2001). *10 Jahre BUND-Umweltberatung: Dokumentation, Analyse, Erfahrungen*. Heidelberg: Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland.
- Büttner, H., & Kneipp, D. (2010). *Gemeinsam Fahrt aufnehmen! Kommunale Politik- und Nachhaltigkeitsprozesse integrieren*. Berlin: IFOK.
- Brunold, A. (2004). *Globales Lernen und Lokale Agenda 21: Aspekte kommunaler Bildungsprozesse in der „Einen Welt“*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- de Haan, G., Kuckartz, U., & Rheingans-Heintze, A. (2000). *Bürgerbeteiligung in Lokale Agenda 21-Initiativen: Analysen zu Kommunikations- und Organisationsformen*. Opladen: Leske + Budrich. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-93335-5>
- Diefenbacher, H. (2001). *Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit: Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Echebarria, C., Barrutia, J. M., Elexigerra, A., Hartmann, P., & Apaolaza, V. (2018). Local sustainability processes worldwide: A systematic review of the literature and research agenda. *Journal of Environmental Planning and Management* 61(8), 1289–1317. <https://doi.org/10.1080/09640568.2017.1342611>
- Geißel, B. (2006a). Langer Weg zum Wandel. Lokale Agenda 21: Impulsgeber, aber kein Allerheilmittel. *WZB-Mitteilungen*, 114, 46–47. Abgerufen von <https://bibliothek.wzb.eu/artikel/2006/f-13189.pdf>
- Geißel, B. (2006b). Nachhaltige, effektive und legitime Politik durch Netzwerke? Fallbeispiel Lokale Agenda 21. *Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft „Umwelt und Politik“*, 479–498.
- Geissel, B. (2009). Participatory governance: Hope or danger for democracy? A case study of Local Agenda 21. *Local Government Studies* 35(4), 401–414. <https://doi.org/10.1080/03003930902999522>
- Geißel, B., & Heß, P. (2018). Determinants of successful participatory governance: The case of Local Agenda 21. In H. Heinelt (Hrsg.), *Handbook on participatory governance* (S. 246–266). Cheltenham: Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781785364358>
- Grunwald, A., & Kopfmüller, J. (2012). *Nachhaltigkeit: Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Hanke, M. (2011). *Sozialkapital in partizipativer Stadtentwicklung am Beispiel der Lokalen Agenda 21* (Diplomarbeit). Abgerufen von <http://othes.univie.ac.at/>
- Institut für Energie- und Umweltforschung Heidelberg (1997). *Nachhaltiges Heidelberg: Für eine lebenswerte UmWelt. Darstellung und Bewertung bisheriger Aktivitäten der Stadtverwaltung und Vorschläge für eine „Lokale Agenda 21“*. Heidelberg: Institut für Energie und Umweltforschung.
- Kern, K. (2019). Cities as leaders in EU multilevel climate governance: Embedded upscaling of local experiments in Europe. *Environmental Politics* 28(1), 125–145. <https://doi.org/10.1080/09644016.2019.1521979>
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? In K. Gergen, M. S. Greenberg, & R. S. Willis (Hrsg.), *Social exchange: Advances in theory and research* (S. 27–55). New York: Plenum. [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3087-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3087-5_2)
- Leventhal, G. S., Karuza, J., & Fry, W. R. (1980). Beyond fairness: A theory of allocation preferences. In G. Mikula (Hrsg.), *Justice and social interaction* (S. 167–218). New York: Springer.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.

- Michel, A., Stegmaier, R., & Sonntag, K. (2010). I scratch your back—you scratch mine. Do procedural justice and organizational identification matter for employees' cooperation during change? *Journal of Change Management*, 10(1), 41–59. <https://doi.org/10.1080/14697010903549432>
- Nolte, F. (2006). *Lokale Agenda 21 zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Nachhaltige Entwicklung, ihre Aufnahme in Recht und Praxis*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Oreg, S., Michel, A., & By, R. T. (2013). *The psychology of organizational change: Viewing change from the recipients' perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Pfenning, U., & Benighaus, C. (2008). Partizipativer Wandel – methodischer Wandel: Neue und klassische Formen der Bürgerbeteiligung im Vergleich. In A. Vetter (Hrsg.), *Erfolgsbedingungen lokaler Bürgerbeteiligung* (S. 195–216). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-09026-9\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-531-09026-9_9)
- Plawitzki, J. K. (2010). *Welcher Voraussetzungen bedarf es in deutschen Kommunen für die Erstellung eines Nachhaltigkeitsberichtes? Eine explorative Untersuchung in sechs Fallstudien* (Bachelor-Arbeit). Abgerufen von <https://www.leuphana.de/institute/infu/forschung/politik-nachhaltige-entwicklung/nachhaltigeverwaltung/publikationen-vortraege.html>
- Rogall, H. (2004). *Ökonomie der Nachhaltigkeit: Handlungsfelder für Politik und Wirtschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rogall, H. (2012). *Nachhaltige Ökonomie: Ökonomische Theorie und Praxis einer Nachhaltigen Entwicklung*. Marburg: Metropolis.
- Schmidt, M. G., & Ostheim, T. (2007). Die Sozioökonomische Schule. In M. G. Schmidt, T. Ostheim, N. A. Siegel, & R. Zohlnhöfer (Hrsg.), *Der Wohlfahrtsstaat: Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich* (S. 29–39). Wiesbaden: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-90708-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-531-90708-6_2)
- Schneider, H. (1997). *Stadtentwicklung als politischer Prozess: Stadtentwicklungsstrategien in Heidelberg, Wuppertal, Dresden und Trier*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schophaus, M. (2001). *Bürgerbeteiligung in der Lokalen Agenda 21 in Berlin* (WZB Discussion Paper, Nr. FS II 01–306). Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB), Forschungsschwerpunkt Technik, Arbeit, Umwelt, Abteilung Normbildung und Umwelt. Abgerufen von <http://www.econstor.eu/bitstream/10419/48975/1/337927693.pdf>
- Schuppert, G. F., & Zürn, M. (Hrsg.). (2008). *Governance in einer sich wandelnden Welt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91066-6>
- Speier, F., Fiederer, H. J., & Klee, G. (2000). *Nachhaltige Entwicklung und kommunale Verwaltungsmodernisierung: Entlastungspotenziale und Durchsetzungschancen eines integrativen Ansatzes* (Gutachten des Tübinger Instituts für Angewandte Wirtschaftsforschung im Auftrag des Ministeriums für Umwelt und Verkehr Baden-Württemberg). Abgerufen von <http://www.fachdokumente.lubw.baden-wuerttemberg.de/servlet/is/40101/BWA99005Sber.pdf?command=downloadContent&filename=BWA99005Sber.pdf&FIS=203>
- Stadt Heidelberg. (2011). *Heidelberger Nachhaltigkeitsbericht 2011*. Amt für Stadtentwicklung und Statistik: Heidelberg. Abgerufen von [https://www.heidelberg.de/site/Heidelberg\\_ROOT/get/documents/heidelberg/PB5Documents/pdf/12\\_pdf\\_Nachhaltigkeitsbericht2011.pdf](https://www.heidelberg.de/site/Heidelberg_ROOT/get/documents/heidelberg/PB5Documents/pdf/12_pdf_Nachhaltigkeitsbericht2011.pdf)
- Stadt Heidelberg. (2012). *Klimaschutz in Heidelberg. Heidelbergstudie 2012*. Der Oberbürgermeister der Stadt Heidelberg, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie: Heidelberg.
- United Nations General Assembly. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development, 21 October 2015 (A/RES/70/1)*. Abgerufen von <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>

- von Ruschowski, E. (2002). Lokale Agenda 21 in Deutschland – eine Bilanz. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 31–32, 17–24. Abgerufen von <http://www.bpb.de/apuz/26785/lokale-agenda-21-in-deutschland-eine-bilanz?p=all>
- Weber, B. (2003). *Challenger Report für den Rat für Nachhaltige Entwicklung. Nachhaltigkeit und Lokale Agenda: Statt einer Epoche bürgerschaftlichen Engagements nur eine Episode einzelner Gruppen?* Abgerufen von [http://www.nachhaltigkeitsrat.de/fileadmin/user\\_upload/dokumente/studien/Challenger\\_Report\\_Weber\\_01-10-03.pdf](http://www.nachhaltigkeitsrat.de/fileadmin/user_upload/dokumente/studien/Challenger_Report_Weber_01-10-03.pdf)
- Weber, B., Schaller, T., & Zirkwitz, H. (1998). Nachhaltiges Heidelberg – Vom Klimaschutzmanagement zum umfassenden Agendaprozeß. In S. Kuhn, G. Suchy, & M. Zimmermann (Hrsg.), *Lokale Agenda 21 – Deutschland. Kommunale Strategien für eine zukunftsbeständige Entwicklung* (S. 145–153). Berlin: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-72061-1\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-642-72061-1_19)
- Wolf, H. (2005). *Partizipation und Lokale Agenda 21: Ein interkommunaler Vergleich aus organisationssoziologischer Perspektive*. Marburg: Tectum.
- Wurster, S. (2013). Staatstätigkeit II: Neue Formen politischer Steuerung. In M. G. Schmidt, F. Wolf, & S. Wurster (Hrsg.), *Studienbuch Politikwissenschaft* (S. 351–377). Wiesbaden: Springer VS.
- Wurzel, R., Liefferink, D., & Torney, D. (2019). Pioneers, leaders and followers in multilevel and polycentric climate governance. *Environmental Politics* 28(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/09644016.2019.1522033>

### Authors

Prof. Dr. Stefan Wurster  
Hochschule für Politik an der Technischen Universität München  
Richard-Wagner-Straße 1, 80333 Munich, Germany  
[stefan.wurster@hfp.tum.de](mailto:stefan.wurster@hfp.tum.de)

PD Dr. Alexandra Michel  
Psychologisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Hauptstraße 47–51, 69117 Heidelberg, Germany  
[alexandra.michel@psychologie.uni-heidelberg.de](mailto:alexandra.michel@psychologie.uni-heidelberg.de)

## Abstracts

**Monika Bobbert, Raina Schreitz und Helen Starke<sup>1</sup>**

### **Abstract**

GynäkologInnen in Deutschland sehen sich zunehmend mit beschnittenen Frauen und Mädchen konfrontiert. Entsprechenden Selbstregulierungen medizinischer Fachgesellschaften zur Behandlung beschnittener Frauen lassen sich zwar medizinische und berufsethische Orientierungen entnehmen, doch reichen diese für einen kultursensibel gestalteten ÄrztIn-PatientIn-Kontakt nicht aus. Daher werden auf der Basis kultureller und religiöser Hintergrundinformationen Handlungsempfehlungen für eine fachgerechte und kultursensible Betreuung betroffener Frauen und Mädchen vorgestellt. Aus ethischer Sicht ist weibliche Genitalbeschneidung (FGC) als nicht-einwilligungsfähiger Eingriff, der gravierend und u. U. irreversibel die körperliche und psychische Integrität und Gesundheit berührt, nicht vertretbar. Um weitere FGCs zu vermeiden, sollten GynäkologInnen „familiensystemisch“ vorgehen und zudem nach Geburt eines Mädchens die Zusammenarbeit mit der Pädiatrie anbahnen. Bei Vorliegen einer FGC sind die Folgen zu behandeln und eine Rekonstruktion des Genitals anzubieten. Nach der Geburt den FGC-Ausgangszustand wiederherzustellen, untersagt das Nicht-Schadens-Prinzip. Die vorliegende kultursensible Ergänzung einschlägiger Selbstregulierungen zeigt, dass nur konkrete Selbstregulierungsmaßnahmen zu Akzeptanz und Wirksamkeit führen können. Flankierend sollten das Gesundheitswesen, der Bildungssektor und die Sozial- und Entwicklungshilfepolitik gemeinsam mit den Sozial- und Kulturwissenschaften Konzepte zur Prävention von FGC entwickeln und erproben.

### **Keywords**

Weibliche Genitalbeschneidung, Gynäkologie, Kultursensibilität, Prävention

---

1 Die Autorinnen, die in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt sind, haben alle gleichermaßen zur Publikation beigetragen (geteilte Erstautorenschaft).

**Silke Hertel, Anja Lintner, Ulrike Krein, Theresa Rohrbach, Katharina Bockhoff, and Simone Bruder**

**Abstract**

Suicide is the second most frequent cause of death among young people aged 15 to 20 years. However, it is unfortunately a taboo topic in today's society (Federal Statistical Office, 2018). Suicide prevention among adolescents therefore is of high relevance. Schools, as an important learning and living environment for young people, offer a framework for suicide prevention initiatives such as gatekeeper trainings and psychoeducational programs. Persons involved in school life can act as gatekeepers, perceiving warning signals of suicidal behavior and encouraging students at risk of suicide to seek help (Hamann & Schweigert, 2013). The main focus of the project "SAVE" is health promotion and health maintenance through the promotion of self-regulation strategies. The aim is to efficiently involve the key players in school life – teachers and students – to achieve the greatest possible effect in terms of suicide prevention. Against this background, gatekeeper trainings and psychoeducational prevention programs are combined and a cooperation with regional care structures is established. This multi-perspective approach, based on an innovative combination of these three components, is intended to overcome weaknesses in previous preventive approaches. The program will be evaluated within the scope of an intervention study at two locations (Darmstadt and Heidelberg). The results will allow conclusions to be drawn about the further development of suicide prevention approaches and their implementation in schools. Training materials will be made available to the public at the end of the project.

**Keywords**

Suicide in adolescents, suicide prevention in schools, self-regulation, gatekeeper training, psychoeducational prevention program

## **Stefan Wurster und Alexandra Michel**

### **Abstract**

Unter dem Motto „Global denken – lokal handeln!“ wurde 1992 im Rahmen der UNO-Umweltkonferenz in Rio de Janeiro das Lokale-Agenda-21-Programm zur Verwirklichung nachhaltiger Entwicklungsziele beschlossen. Alle Kommunen sind seither dazu aufgerufen, neue Formen der Kooperation zwischen lokaler Verwaltung, Bürgerschaft und zivilgesellschaftlichen Organisationen anzuregen, mit dem Ziel, eine langfristige Nachhaltigkeitsstrategie für ihre Kommune zu entwickeln und dabei nachhaltige Entwicklungs- und Lernprozesse anzustoßen. Nach einer Boom-Periode zu Beginn der 2000er Jahre, in der es in zahlreichen deutschen Kommunen gelang, entsprechende Initiativen zu starten, zeigte sich bald, dass viele Städte und Gemeinden letztendlich überfordert waren, dieser ressourcenaufwendigen und komplexen Aufgabe dauerhaft gerecht zu werden. Dies wirft die Frage auf, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um eine Lokale-Agenda-21-Strategie in eine Kommune langfristig umzusetzen. Wie am „Erfolgsfall“ der Stadt Heidelberg gezeigt werden kann, spielen hierfür neben günstigen strukturellen Gegebenheiten und institutionellen Vorkehrungen v. a. kooperationsorientierte Akteurskonstellationen und Interaktionsbeziehungen eine zentrale Rolle. Auf Basis halbstandardisierter Interviews mit zentralen Akteuren der Lokalen-Agenda-21 in Heidelberg lassen sich die komplexen Interaktionsbeziehungen zwischen Politik, Verwaltung und zivilgesellschaftlichen Akteuren nachzeichnen und Faktoren für einen langfristigen Agenda-Erfolg identifizieren.

### **Keywords**

Lokalen-Agenda-21-Prozesse, Heidelberg, Erfolgsfaktoren, Agenda-Akteure, Interaktionsbeziehungen

The *Journal of Self-Regulation and Regulation* is an open-access peer-reviewed online-journal serving as a outlet for edge-cutting interdisciplinary research on regulatory processes in individuals and organizations. It is published by the research council of Field of Focus 4 (FoF4) of Heidelberg University. The research council (RC) stimulates and coordinates interdisciplinary activities in research and teaching on self-regulation and regulation as part of the university's institutional strategy of a comprehensive research university. Heidelberg University is one of ten individual universities and one university consortium that will receive funding as Universities of Excellence within the framework of the Excellence Strategy of the Federal and State Governments.

The *Journal of Self-Regulation and Regulation* publishes regular volumes containing selected articles on different topics as well as special issues. In addition, regular volumes will inform the reader about the diverse activities of FoF4, uniting scientists of the faculty of behavioral and empirical cultural studies, the faculty of social sciences and economics, as well as the faculty of law.

Any opinions of the authors do not necessarily represent the position of the research council of FoF4. All copyright rights and textual responsibilities are held exclusively by the authors.

## **Imprint:**

*Journal of Self-Regulation and Regulation Volume 06 (2020)*

Research Council of Field of Focus 4, Heidelberg University  
Forum Self-Regulation and Regulation  
Hauptstr. 47–51  
69117 Heidelberg, Germany

E-mail: [fof4@uni-heidelberg.de](mailto:fof4@uni-heidelberg.de)  
Internet: <https://www.uni-heidelberg.de/fof4>

Publisher: Research Council of Field of Focus 4, Heidelberg University  
Editorial Team: Sabine Falke, Julia Liss

You can download the volumes of the Journal of Self-Regulation and Regulation free of charge at:  
<http://journals.ub.uni-heidelberg.de/index.php/josar/index>.





# Contents

Vorwort der Herausgeber

p. 5

## Original Articles

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie:  
Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

*Monika Bobbert, Raina Schreitz und Helen Starke*

p. 7

## Project reports

SAVE: A Suicide Prevention Program for Schools

*Silke Hertel, Anja Lintner, Ulrike Krein, Theresa Rohrbach,  
Katharina Bockhoff, and Simone Bruder*

p. 31

Determinanten des Lokalen-Agenda-21-Erfolgs in Heidelberg

*Stefan Wurster und Alexandra Michel*

p. 47

Abstracts

p. 69

## Publisher

*Research Council Field of Focus 4: Self-Regulation and Regulation, Heidelberg University*