

## **Abschlussarbeit**

zur Erlangung der Magistra Artium  
im Fachbereich Sprach- und Kulturwissenschaften

der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie

# **Von den Anfängen eines „neuen“ Präventionsangebotes. Die HPV-Impfung – eine kulturanthropologische Studie zu Meinungen junger Mädchen und Eltern**

1. Gutachterin: Prof. Dr. Gisela Welz
2. Gutachter: Prof. Dr. Manfred Faßler

vorgelegt von: Anne Schönberg (anneschoenberg@gmx.de)  
aus: Bergisch Gladbach

Einreichungsdatum: 22. Februar 2008

<b>1.</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Theorie.....</b>	<b>6</b>
2.1	Kulturanthropologische Perspektiven .....	6
2.2	Die HPV-Impfung als „neues“ Präventionsangebot.....	11
2.2.1	Entwicklung und Einführung der Impfung.....	11
2.2.2	Wirkung und Wirksamkeit .....	15
2.2.3	Risiken .....	16
2.2.4	Ansatzpunkte der Kritiker und offene Punkte .....	16
2.2.5	Vermarktung, Kampagnen und Präsentation in den Medien.....	18
2.2.6	Diskussion und Situation im europäischen und außereuropäischen Ausland .....	20
2.2.7	Prävention(en) des Gebärmutterhalskrebses.....	22
2.2.8	Neue Ansätze und Dynamiken in der Krebsforschung.....	23
2.2.9	Zukunft der Impfung.....	25
2.3	Theorie zu den Themen: Risiko, Wissen, Prävention .....	26
2.3.1	Der Risikodiskurs aus kulturanthropologischer Sicht und seine Anwendung auf das Feld „Gesundheit“ .....	26
2.3.2	Wissen, Wissensgesellschaft und Verwissenschaftlichung .....	30
2.3.3	Prävention und Eigenverantwortung .....	32
2.3.4	Ko-Produktion .....	35
2.3.5	Zusammenfassung und These.....	36
<b>3.</b>	<b>Forschungsfeld und methodisches Vorgehen.....</b>	<b>39</b>
3.1	Feld - Dynamik und Offenheit .....	39
3.2	Annäherungen an das Feld .....	43
3.3	Interviews .....	44
3.3.1	Experteninterviews .....	44
3.3.2	Laieninterviews und die Rolle der Informanten .....	44
3.4	Beobachtungen .....	48
3.5	Teenageransichten und Forschen in einem sensiblen Feld.....	50
3.6	Interpretation des Materials .....	53
<b>4.</b>	<b>Prozess der Meinungsbildung .....</b>	<b>54</b>
4.1	Information(en).....	54
4.2	Verstehen .....	59
<b>5.</b>	<b>Der Übergang zum Entscheiden und Handeln .....</b>	<b>72</b>
5.1	Meinungen und Entscheidungsfindungen .....	72
5.2	Entscheiden und Verantworten.....	83
<b>6.</b>	<b>Kritische Würdigung und Zusammenfassung.....</b>	<b>86</b>
<b>7.</b>	<b>Schlussbetrachtung und Ausblick.....</b>	<b>99</b>
<b>8.</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>102</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>115</b>

# 1. Einleitung

„Drei Piekser für die Ewigkeit“ (Schnitt 2007a), „Impfen gegen Krebs - in der Apotheke wird ein Traum wahr“ (Müller-Jung 2006), „Nur geimpft zum ersten Sex“ (Wahdat 2007). Solche oder ähnliche Schlagzeilen begegnen dem Zeitungsleser bzw. Mediennutzer seit etwa zwei Jahren in erheblichem Umfang. In vielen Veröffentlichungen wird auch, wie im Titel meiner Arbeit, von der „HPV-Impfung“, so die medizinische Bezeichnung, gesprochen. Was verbirgt sich hinter diesem Kürzel? Und: „Wieso kann man gegen Krebs impfen?“ (Feldforschungstagebuch<sup>1</sup> 2007, 50). Diese Fragen stellen sich viele Laien, und diese Fragen stellte auch ich mir zu Beginn meiner Forschung. Was hat es auf sich mit diesem „innovativen Angebot der Krebsprävention“, das von einigen Wissenschaftlern „als Meilenstein in der Medizingeschichte“ (vgl. Schuh 2006) gepriesen wird?

Bereits in den 70er Jahren hat der Virologe und später langjährige Leiter des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), Harald zur Hausen, die Hypothese aufgestellt, dass andauernde Infektionen mit den weit verbreiteten Humanen Papilloma Viren<sup>2</sup> potentielle Auslöser für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs sind (vgl. Bachmann 2007, 439). Diese Annahme wurde in den folgenden Jahren der Forschung bestätigt und mündete durch die Identifizierung des entscheidenden Gens schließlich Anfang der 90er-Jahre in die Entwicklung eines Impfstoffes (vgl. Grosse 2007). Im Juni 2006 wurde das erste von der Firma Merck & Co. entwickelte Präparat in den USA, Mexiko und Australien zugelassen.<sup>3</sup> Die Zulassung in der Europäischen Union für das unter dem Namen „Gardasil“ oder „Silgard“ vertriebene Produkt (Europa: Sanofi Pasteur MSD) erfolgte im September 2006<sup>4</sup>. Der Impfstoff soll die (Erst-)Infektion mit zwei der gefährlichsten, im Sinne von „krebserregend“ sexuell übertragbaren HP-Virentypen verhindern. In der EU gilt die Zulassung sowohl für Mädchen und Frauen (neun bis 26 Jahre) als auch für Jungen (neun bis 16 Jahre), in den USA nur für Mädchen und Frauen. Als Hauptzielgruppe sind in Deutschland laut STIKO-Empfehlung<sup>5</sup> vom 23. März 2007 junge Mädchen zwischen zwölf und 17 Jahren möglichst vor dem ersten Geschlechtsverkehr ausgewiesen. Die Kosten für die Impfung in dieser Altersklasse werden ab

---

<sup>1</sup> Bei Verweisen auf Einträge in meinem Feldforschungstagebuch verwende ich die Abkürzung: FFT.

<sup>2</sup> HP-Viren sind Viren, die ausschließlich die menschliche Haut und Schleimhaut befallen.

<sup>3</sup> Die Zulassung wurde von den amerikanischen Behörden in einem beschleunigten („Fast-Track“) Verfahren akzeptiert (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 20).

<sup>4</sup> Im September 2007 wurde der zweite Impfstoff „Cervarix“ (GlaxoSmithKline) für Mädchen/Frauen von zehn bis 25 Jahren zugelassen (nur gegen die Typen 16 und 18). GSK und Sanofi haben sich gegenseitig Kreuzlizenzen erteilt, die beiden die Nutzung der Patentrechte erlauben (vgl. Hirte 2007).

<sup>5</sup> Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut, STIKO, gibt jährliche Impfempfehlungen heraus, die in Zukunft Grundlage für einen bundeseinheitlichen Katalog der Impfleistungen sein sollen (vgl. KV Hessen).

dem 1. Juli 2007 von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, da die Impfeempfehlungen der STIKO seit der Verabschiedung der aktuellsten Gesundheitsreform bundeseinheitlich als verbindlich gelten.

Mit dem beschriebenen Ansatz und Anspruch, als primäre Krebsprävention zu fungieren, stellt die HPV-Impfung, so der Tenor der Berichterstattung und Forschung, eine neuartige und bisher einzigartige Möglichkeit dar, auf direkte und unkomplizierte Weise das Risiko einer bestimmten Krebserkrankung zu vermindern<sup>6</sup>.

Ausgehend von der ersten Lektüre verschiedenster Medienberichte und der skizzierten Situation stand für mich am Anfang der Forschung die Frage: Wie reagieren eigentlich die Adressaten, die Mädchen bzw. jungen Frauen und Eltern auf dieses neue Angebot und das Wissen um die implizierten Zusammenhänge? Wie erfahren sie von der Impfung und wie informieren sie sich? Wer fühlt sich angesprochen? Und welche Faktoren beeinflussen zum jetzigen Zeitpunkt die Entscheidung, die Impfung für sich oder sein Kind wahrzunehmen? Wer trifft letztendlich die Entscheidung?

Entsprechend eines kulturanthropologischen Erkenntnisinteresses soll das Hauptaugenmerk meiner Arbeit somit auf den Sichtweisen und Praxen der von der Impfung betroffenen Akteure liegen. Eine Besonderheit der HPV-Impfung ist, dass sie nicht nur für medizinischen Laien, sondern auch für viele der betroffenen ‚Experten‘ ein Novum darstellt. Auf breiter Ebene sind Kinder- und Jugendärzte<sup>7</sup>, Gynäkologen und auch Hausärzte dazu aufgefordert, sich in ihrer alltäglichen Praxis mit der Komplexität des neuen Präventionsangebotes auseinanderzusetzen. Im Fokus meiner Forschung wird jedoch vornehmlich die Seite der Laien stehen, wenn auch zu betonen ist, dass die Praxen der Experten und Laien durch das Arzt-Patienten-Verhältnis eng miteinander verwoben sind.

In sechzehn Interviews mit jungen Mädchen und Eltern und durch teilnehmende Beobachtung in Schulen sowie auf Informationsabenden versuche ich, dem momentanen Meinungsbild, aber auch dem Kenntnisstand der ausgewiesenen Zielgruppe nachzuspüren. Mein Interesse gilt somit sowohl den Motiven, die Ausschlag gebend sind oder sein könnten für die Wahl der Handlungsoption Impfung, als auch spontanen, mit ihr verbundenen Assoziationen. Mit welchen Erwartungen ist das Angebot belegt und wie wird es in seiner Wirkung und Wirksamkeit

---

<sup>6</sup> An dieser Stelle sei auf die Tatsache hingewiesen, dass ein großer Teil (fast 80%) der weltweiten Leberkrebsfälle neben Alkoholmissbrauch auf chronische Virusinfektionen (mit Hepatitis B und C) zurückzuführen sind und dass zumindest die Impfung gegen Hepatitis B diesem Risikofaktor entgegenwirken kann (vgl. Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) a).

<sup>7</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text durchgängig die männliche Form gewählt.

verstanden? Wie kommen meine Gesprächspartner zu ihrer Einstellung? Und nimmt die Auseinandersetzung mit dem Thema Einfluss auf vorhandene Vorstellungen vom eigenen Körper, der Sexualität oder der Krankheit Krebs?

Die Aussagen meiner Interviewpartner, meine Beobachtungen im Forschungsprozess, aber auch die Bearbeitung der vorhandenen Veröffentlichungen sollen dazu dienen, eine analytische Annäherung an das Entstehen und die Wirkmächtigkeit des Konzepts der „Krebsimpfung“ zu liefern. Mich interessiert, wie die ihm zugrunde liegende Idee vermittelt und verbreitet wird und ob das Phänomen einen veränderten Umgang mit dem Risiko „Krebs“ hervorbringt (vgl. Holmberg 2005a, 13-17). Ich möchte weiterhin herausarbeiten, ob und wie das Konzept des Präventionsangebotes und die Art, wie ihm begegnet wird, sich einpasst in die sich immer (nicht nur im Gesundheitssystem) etablierenden Leitbilder der „Selbstverantwortung“ (vgl. S. Beck 2004, 24).

Gemäß der Aktualität des von mir gewählten Themas konzentriert sich diese Arbeit speziell auf die Besonderheit der Anfangssituation, in der es um die Vorstellung und Einführung des Impfstoffes geht. Ich betrachte die Auseinandersetzung mit dem Thema als einen offenen Prozess. Dies gilt für mich als Forscherin als auch für meine Interviewpartner. Es wird somit der Anspruch verfolgt, durch meine Ergebnisse eine ausschnittshafte Momentaufnahme des dynamischen Anfangsgeschehens zu präsentieren (vgl. S. Beck 2007, 124).

Mit den aufgezeigten Ansätzen ordne ich meine Arbeit als Beitrag zu einer kultur- bzw. medizinanthropologischen Präventionsforschung ein, wie sie z.B. im Forschungsschwerpunkt „Präventives Selbst“ an der Berliner Humboldt-Universität verfolgt wird. Die beteiligten Wissenschaftler der interdisziplinär angelegten Teilprojekte untersuchen hier die Wirksamkeit verschiedener Herz-Kreislaufpräventionsprogramme und gehen der Frage nach, „wie sich Körper, Psyche und das soziale Umfeld von Patienten nach der Diagnose [der Gefährdung] im Wechselspiel miteinander verändern“ (Beier 2007; vgl. CSAL). Die hier fokussierte Frage, wie medizinische Wissenschaft und Technologie und das menschliche Selbst in Beziehung zueinander stehen, wird den Hintergrund meiner Arbeit bilden (vgl. Niewöhner 2007, 36).

Ich sehe mein empirisches Material weiterhin als wertvolle anthropologische Ergänzung der sehr begrenzten Anzahl amerikanischer Studien und medizinischen Literatur, die sich bisher

mit der praktischen Implementierung der Impfung und vorhandenem Wissen und Einstellungen bezüglich HPV befasst haben (vgl. Kimmel 2006).<sup>8</sup>

Als Theoried Hintergrund dienen mir, wie vielen medizinanthropologischen Studien, die sich mit der Auswirkungen der modernen Biomedizin beschäftigen, der Risikodiskurs aus kultur- anthropologischer Sicht, Ansätze der Wissensanthropologie sowie Konzepte der Science and Technology Studies.

Die Arbeit gliedert sich in sieben Teile. Nach dem einleitenden ersten Teil werde ich im folgenden (Teil 2) zunächst einen kurzen Überblick über kultur- anthropologische Forschungen und Beiträge anderer Disziplinen zu den mit der HPV- Impfung verknüpften Themenfeldern geben. Es folgen weitere medizinische und formelle Informationen zu der Impfung und ihrem Stellenwert in der Krebsmedizin, anschließend daran Vorstellung meiner Thesen und Annahmen. Der dritte Teil der Arbeit beinhaltet eine genaue Skizzierung meines Forschungsfeldes und die Erläuterung meines methodischen Vorgehens. Im Hauptteil meiner Arbeit (Teil 4 und 5) werde ich die Ergebnisse meiner empirischen Forschung darlegen. Dem schließt sich eine kritische Würdigung des Materials (Teil 6) an, gefolgt (Teil 7) von einer Schlussbetrachtung und einem Ausblick auf zukünftige Fragen an das Forschungsfeld.

---

<sup>8</sup> Die hier aufgeführten Untersuchungen beziehen sich alle auf die Zeit vor der Markteinführung von Gardasil.

## 2. Theorie

### 2.1 Kulturanthropologische Perspektiven

Aktuelle medizinanthropologische Forschungen<sup>9</sup>, wie sie z.B. die Europäischen Ethnologen Stefan Beck und Michi Knecht in den Berliner Blättern beschreiben (vgl. S. Beck/Knecht 2003) und zu denen ich auch meine Arbeit zähle, gehen von der Grundannahme aus, dass Biologie (bzw. Natur) und Kultur nur in Wechselwirkung zu betrachten sind<sup>10</sup>. Diese Annahme bedeutet für die Forschung zunächst, dass bei jeglicher Betrachtung und Konzeptualisierung von Gesundheit, Krankheit und Medizin der jeweilige (lokale) soziale, kulturelle und historische Kontext mitberücksichtigt werden muss (vgl. Brown/Barrett/Padilla 1998, 11).

Somit ist auch die moderne Biomedizin als „soziales und kulturelles Phänomen“ aufzufassen (Holmberg 2005a, 15). Gerade in diesem Bereich, in dem seit einiger Zeit ein enormer Wissenszuwachs zu verzeichnen ist, lässt sich laut Beck und Knecht auch besonders gut ablesen, dass und wie die bisherige Gegenüberstellung von Natur und Kultur ihre Gültigkeit verliert bzw. dass das Verhältnis neu verhandelt wird (S. Beck/Knecht 2005, 381). Ziel der Forschung ist es, diese neuen Grenzziehungen und die Auswirkungen für den Menschen, der samt seiner Körperlichkeit Teil und Produkt (vgl. Sperling 2004, 4) von beidem ist, zu untersuchen. Konkret bedeutet dies, dass der Mensch z.B. einerseits als Genforscher neue Erkenntnisse hervorbringt, andererseits sich aber auch durch die Folgen dieser Erkenntnisse - etwa neue Diagnose-, und Eingriffsmöglichkeiten und medizinische Behandlungsverfahren - verändert vorfindet. So wenden sich medizin- bzw. wissensanthropologische Arbeiten speziell in der jüngeren Zeit beidem zu<sup>11</sup>. Sie machen – unter einer sozialkonstruktivistischen Perspektive - den Entstehungsprozess des biomedizinischen Wissens (z.B. im Labor) und dessen Darstellung in der Öffentlichkeit zum Forschungsgegenstand (vgl. S. Beck 2004, 19; Rabinow 1996). Und sie verfolgen den Anspruch, den Auswirkungen des Wissenszuwachses für die alltägliche Lebenswelt nachzuspüren (vgl. S. Beck 2004, 19).

Im Zentrum der Analyse steht bei beiden Ansätzen der Mensch als „individueller“ Akteur<sup>12</sup>, sei es in seiner forschenden Funktion als Wissenschaftler oder mit seinen Vorstellungen vom

---

<sup>9</sup> Für einen Überblick über das große und uneinheitliche Forschungsgebiet der ‚Medical Anthropology‘ verweise ich auf Brown/Barrett/Padilla 1998.

<sup>10</sup> Diese „konstruktivistische Interpretationsrichtung“ ist die Grundlage heftiger Debatten und verlangt nach einer interdisziplinären Kooperation zwischen Natur- und Kulturwissenschaften (S. Beck/Knecht 2005, 381). Das hier angedeutete Konzept der Koproduktion wird später ausführlicher aufgegriffen.

<sup>11</sup> Stefan Beck sieht in einem solchen symmetrischen Ansatz die Möglichkeit die Wissenschaft als „bedingender Kontext der Lebenswelt“ analysierbar zu machen (Beck 2004, 19).

<sup>12</sup> Hier sei angemerkt, dass in den „Laborstudien“, bzw. in der Technowissenschaft mit ihrem Ansatz der Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) eine „Erweiterung des Akteursbegriff auf nicht-humane Faktoren“ vorgenommen wird (Süßbrich 2004, 17). Siehe auch Punkt 2.3.4.

eigenen (gesunden oder kranken) Körper und seinem Umgang mit den Technologien. Bei der zweiten Dimension, die in meiner Forschung im Vordergrund steht, geht es darum zu zeigen, wie den vielen neuen Informationen, (riskanten) Handlungsoptionen und Verantwortlichkeiten im Alltag begegnet wird (vgl. S. Beck 2004, 24). Hier sollen anders als in einer einfachen „Technikfolgenabschätzung“, so Beck, auch die „weit reichenden kulturellen wie sozialen Transformationen“ durch die Freisetzung des neuen Wissens in den Blick genommen werden (vgl. S. Beck 2004, 2). Um diesem breiten Analyseansatz gerecht zu werden, wird neben der Subjektivität und den sozialen Praxen der Akteure ebenfalls die enge Verbindung zu vorherrschenden Diskursen und Machtpraktiken thematisiert (vgl. Holmberg 2005a, 14). Durch diese Perspektive können sowohl die „manipulativen Seiten von [Medizin]Technologien“, aber auch der kreative Umgang mit ihnen aufgezeigt werden, und die Beobachtungen können in einen übergreifenden (gesellschaftlich und historischen) Kontext gesetzt werden (vgl. Holmberg 2005a, 14).

Als Beispiele für aktuelle medizinanthropologische Forschungen seien die mittlerweile recht zahlreichen Arbeiten zu den modernen reproduktionsmedizinischen Technologien und Angeboten der Gendiagnostik genannt<sup>13</sup>. An diesen medizinischen Sektoren lässt sich besonders gut verdeutlichen, wie sehr molekularbiologische und gentechnologische Erkenntnisse bzw. Forschung zu Innovationen geführt haben, die „das Ende des Körpers, wie wir ihn kannten“ (vgl. Martin 1994) bedeuten und die die bisher nicht gekannten Flexibilisierungs- und Gestaltungsfreiräume veranschaulichen (vgl. S. Beck 2003, 11; S. Beck 2000).

Das von mir vorgestellte Präventionsangebot der HPV-Impfung stellt als Produkt der modernen Biomedizin ebenfalls eine neue Technologie und somit Herausforderung an die (gesundheitsbewussten) Laien dar. Ich werde den Schwerpunkt meiner Analyse auf die Aneignungsprozesse der Akteure legen. Die oben erwähnten Machtpraktiken, diskursiven Aspekte und die Wissensproduktion in der Forschung werden im medizinischen Teil zur Impfung angedeutet, stehen aber bei der Analyse meines empirischen Materials weniger im Vordergrund. Die Frage, ob der Impfung als Innovation ebenfalls ein epochaler, transformierender Charakter zugewiesen werden kann, soll im Hintergrund mitlaufen und wird später aufgegriffen.

---

<sup>13</sup> Vgl. hier S. Beck u.a. 2007, Franklin 1997, Hauser-Schäublin u.a. 2001 und Samerski 2002.

Wie meine einleitenden Ausführungen zeigen, verschränken sich in dieser Arbeit viele komplexe Themenbereiche. Es geht es sowohl um das Krankheitsbild Krebs, den Bereich der Infektionskrankheiten und Impfungen als auch um das Thema Sexualität oder den Einfluss der Medien im Gesundheitssektor. Durch die aufgezeigte Aktualität des Impfangebotes existiert bisher meines Wissens (noch) keine direkt vergleichbare kultur- bzw. medizinanthropologische Studie. Auch eine Zuordnung zu vorhandenen anderen Forschungsarbeiten und Theoriekontexten ist nicht ganz einfach. Im Folgenden soll dennoch ein kurzer Überblick über einzelne Arbeiten gegeben werden, die sich mit den angelehnten Themen beschäftigen.

Neben dem erwähnten Forschungsverbund „Präventives Selbst“ diene mir vor allem die kulturanthropologische Magisterarbeit von Gesa Heinbach als Anregung und Orientierung. Heinbach untersucht in ihrer Studie „Differenziertes Impfen“ (Heinbach 2005) die „Situation junger Eltern, die vor der Entscheidung stehen, ihre Kinder impfen zu lassen oder nicht“ (Heinbach 2005, 4). Sie betont den Variantenreichtum der Entscheidungsfindungen und arbeitet heraus, dass sowohl die individuellen Körperbilder der von ihr interviewten Eltern, das Verpflichtungsgefühl gegenüber dem betroffenen Kind als auch, unabhängig von einer grundsätzlichen Positionierung, der Alltag Einfluss auf die Impfscheidung haben (vgl. Heinbach 2005, 117-119). Speziell wenn es im Rahmen meiner Forschung um bestehende Impferfahrungen oder die Frage geht, wie sich die neue Impfung im ‚Jugendalter‘ von den bisherigen Kinderimpfungen unterscheidet, boten mir Heinbachs Ergebnisse wertvolle Anknüpfungspunkte.

Eine weitere ethnographische Untersuchung zum Thema Impfen<sup>14</sup> (im Jugendalter) ist die Arbeit: “The Ethnographic Evaluation of Michigan’s High-Risk Hepatitis B Vaccination Program“ (Adams 2007) der Anthropologin Inez F. Adams, die jedoch explizit dem Forschungszweig der “Applied Medical Anthropology“<sup>15</sup> zuzuordnen ist. Ihr Befund, dass junge Erwachsene hauptsächlich aus Gründen des fehlenden Wissens über Hepatitis B und Impfungen und aus praktischen Umständen nicht am kostenlosen Impfprogramm des Staates teilnehmen, soll dennoch kurz erwähnt werden.

---

<sup>14</sup> Ich verweise weiterhin auf die medizinsoziologische Doktorarbeit von Norbert Wirtz (Wirtz 1990), der sich mit dem Kenntnis- und Bewusstseinsstand junger Mädchen und Eltern bezüglich der Rötelnimpfung befasst hat.

<sup>15</sup> Dieser Zweig der Medizinanthropologie verfolgt einen anwendungsbezogenen und problemorientierten Ansatz. Im Gegensatz dazu nimmt die Kritischen Medizinanthropologie auch die „Macroebene der politischen und wirtschaftlichen Kräfte“, die auf das medizinische System einwirken in den Blick (zu den Hauptansätzen: vgl. Sperling 2004 und Heinbach 2005).

Bei der Suche nach Arbeiten, die speziell Gebärmutterhalskrebs und diesbezügliche Präventionsmaßnahmen zum Thema hatten, stieß ich auf einige (amerikanische) Studien<sup>16</sup>, von denen ich zwei kurz umreißen möchte. Leo R. Chavez und seine Kollegen von der University of California arbeiten in ihrem Aufsatz: “Beliefs Matter: Cultural Beliefs and the Use of Cervical Cancer-Screening Tests“ (Chavez u.a. 2001) die komplexen Zusammenhänge zwischen strukturellen Faktoren - wie Bildung, Krankenversicherung und Sprachkenntnisse - und kulturellen Überzeugungen im Bezug auf das Wahrnehmen von Krebsvorsorgeuntersuchungen (PAP-Test<sup>17</sup>) in den USA heraus. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass es immer eine Kombination der Faktoren ist, die die Frauen beeinflusst und dass keine eindeutigen oder linearen Zusammenhänge bestehen. So gehen, laut Chavez, vor allem die anglo- aber auch die lateinamerikanischen Frauen eher zur Vorsorge, die das Risiko für Gebärmutterhalskrebs nicht mit Sexualität in Verbindung bringen bzw. die Verbindung herunterspielen (vgl. Chavez u.a. 2001, 1125). Lateinamerikanische Frauen hingegen, die vaginalen Infektionen und wechselnde Sexualpartner als wichtige Risikofaktoren für den Krebs benennen, tun dies nicht aus medizinischen Gründen, sondern aus moralischen (vgl. Chavez u.a. 2001, 1125). Verkehr mit wechselnden Partnern gilt, nach ihren kulturellen Überzeugungen, als riskantes, nonkonformes und unmoralisches Verhalten und führt deswegen öfter zu Gebärmutterhalskrebs. Der erwähnte PAP-Test wird ebenfalls mit diesem fragwürdigen moralischen Verhalten in Verbindung gebracht und gilt daher als implizites Eingeständnis der eigenen sexuellen Aktivität, was Scham- und Schuldgefühle hervorruft (vgl. Chavez u.a. 2001, 1125).

Die amerikanische Anthropologin und Medizinerin Jessica L. Gregg fokussiert in ihrer Dissertation: *Virtually Virgins: Sexual Strategies and Cervical Cancer in Recife*<sup>18</sup>, Brazil (Gregg 2003), ebenfalls den kulturellen Einfluss auf Krankheitsansichten und –entstehen. Sie arbeitet heraus, wie die von ihr interviewten Frauen in einer brasilianischen Favela, durch ihre kreative Reinterpretation der dominanten biomedizinischen Modelle der Krankheit und ihrem Verständnis von weiblicher Sexualität, einerseits ihren „sense of agency“, andererseits auch ihr Risiko, den Krebs zu bekommen signifikant erhöhen (vgl. Gregg 2003, 4). So deuten sie beispielsweise den PAP-Test zu einem Therapiemittel oder Werkzeug gegen jegliche Art von sexuell übertragbaren Erkrankungen um und legitimieren so für sich ungeschützten Verkehr.

---

<sup>16</sup> Vgl. Chavez u.a. 2001, Clarke/Casper 1996, Gregg 2003 und Markovic/Manderson/Quinn 2004; für eine kritische Analyse der bestehenden Screening-Methoden siehe Patricia Kaufert 2000.

<sup>17</sup> Als PAP-Test bezeichnet man die 1928 von dem griechischen Arzt George Papanicolaou entwickelte Methode zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses.

<sup>18</sup> Die Stadt Recife im Nordosten Brasiliens weist eine der weltweit höchsten Mortalitätsraten bezüglich Gebärmutterhalskrebs auf.

Auch wenn die beiden Arbeiten meine spezielle Problem- und Fragestellung nur in Ansätzen berühren, so geben sie doch brauchbare Hinweise. Sie deuten einerseits die globalen und sozialen Dimensionen des durch die Impfung zu verhindern gesuchten Krankheitsbildes an, weisen andererseits aber auch auf mögliche mit ihr verbundene moralische, sexuelle und normative Aspekte hin. Vor allem werfen sie für mich die Frage nach den bisher in Deutschland anzutreffenden Erklärungsmustern bezüglich der fokussierten Krebsart auf. Wie verstehen und sehen Frauen hierzulande ihr Erkrankungsrisiko und ihren Gang zur Vorsorge? Gibt es auch hier eine explizite Kontextualisierung mit Fragen der Moral und Sexualität? Und wenn ja, könnte diese Auswirkungen auf dem (elterlichen) Umgang mit dem Impfangebot haben?

Insgesamt mangelt es bisher an anthropologischen Arbeiten, die sich mit dem Verständnis des Konzeptes Prävention und dem kulturellen Einfluss auf die Wahrnehmung von Krankheitsrisiken befassen (vgl. Niewöhner 2007; Dein 2006, 35; Trostle 2005, 164). Dieser Befund bezieht sich auch auf die Krankheit Krebs. Einige Beispiele und Hinweise (aus den USA und Großbritannien) liefert das Buch des Anthropologen Simon Dein: „Culture and Care. Anthropological Insights in Oncology“ (Seiten 35-54)<sup>19</sup>. Der Schwerpunkt dieser und anderer Arbeiten (vgl. Moore 2004) liegt jedoch meist auf dem Krankheitserleben und der Therapie (die natürlich eng mit den Vorstellungen der Ursache verbunden sind). Auf diese Aspekte und die Lebenswelt der diagnostisierten Frauen konzentriert sich auch Christine Holmberg in ihrer ethnographischen Studie: „Diagnose Brustkrebs“ (Holmberg 2005a). Holmberg arbeitet heraus, durch welche Praktiken das „Subjekt“ der krebskranken Patientin geschaffen wird (vgl. Holmberg 2005a, 210), setzt sich aber auch kritisch mit dem auf diesen Krebs bezogenen Früherkennungsstrategien und –praktiken der sekundären Krebsvorsorge auseinander.<sup>20</sup>

Die angedeutete enge Verknüpfung der medizinanthropologischen Forschung mit dem Feld der Wissensanthropologie ließ mich insbesondere hier wertvolle Anknüpfungspunkte finden. Bevor ich auf diese in dem Theoriekomplex Risiko, Wissen und Prävention eingehe, wende ich mich jetzt der Impfung selbst zu.

---

<sup>19</sup> Siehe für Amerika auch: Diane Weiner (1999) Preventing and Controlling Cancer in North America.

<sup>20</sup> Eine Kritik, die Holmberg auch in ihrem Aufsatz: „Die Interdependenz von Statistik und Krankheitserfahrung als Gegenstand der Europäischen Ethnologie“ (vgl. Holmberg 2005b) aufgreift.

## **2.2 Die HPV-Impfung als „neues“ Präventionsangebot**

Wie bei allen medizinanthropologischen Forschungen sind Kenntnisse der wichtigsten medizinischen Grundlagen und Zusammenhänge auch bei meinem Thema essentiell. Einerseits für mich als Forscherin, um entsprechende Fragen zu stellen oder auf Fragen reagieren zu können, andererseits aber auch für Leser dieser Arbeit, um die Kritikpunkte, Missverständnisse und Entscheidungsfindungen meiner Interviewpartner besser nachvollziehen und einordnen zu können. Ein Überblick über die vorhandenen Informationen zu gewinnen, ist insbesondere wichtig, zumal eben dieser Prozess der Aneignung im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht und die meisten „Fakten“ als Ergebnisse aktuellster Forschungen wenig bekannt und präsent sind. Ich stütze mich bei meiner Darstellung der wichtigsten Studienergebnisse und Daten sowohl auf Artikel in der Laienpresse als auch auf die ihnen zu Grunde liegenden Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften<sup>21</sup>.

### **2.2.1 Entwicklung und Einführung der Impfung**

„Primäres“ Ziel des neuen Präventionsangebotes der HPV-Impfung ist, laut STIKO, „eine Reduktion der Krankheitslast durch den Gebärmutterhalskrebs“ (STIKO, 97). Gemäß diesem Anspruch werde ich, bevor ich auf die Viren und den Impfmechanismus<sup>22</sup> selbst eingehe, einige Informationen zu der zu vermeidenden gesuchten Krebsart anführen.

#### *Gebärmutterhalskrebs*

Das untere Drittel der Gebärmutter, welches die Gebärmutterhöhle mit der Scheide verbindet, wird als Gebärmutterhals bezeichnet. Bösartige Wucherungen der dortigen Schleimhaut nennt man Gebärmutterhalskrebs. In der Regel entwickelt sich dieser Krebs sehr langsam und es vergehen ca. zehn bis 15 Jahre von den ersten Wachstumsstörungen weniger Zellen bis zu einem bösartigen Tumor (vgl. Plietzsch 2006, 10).

Als Erkrankung ist Gebärmutterhalskrebs weltweit vertreten und stellt eine der häufigsten krebsbedingten Todesursache bei Frauen dar. Laut WHO entfallen über 80%<sup>23</sup> der jährlich etwa 500.000 erkrankten Frauen und der ca. 260.000 Todesfälle auf die ‚Entwicklungsländer‘. Verantwortlich hierfür sind u.a. fehlende Krebsvorsorgeprogramme und Therapiemaßnahmen (vgl. WHOa). In Deutschland lag die Neuerkrankungsrate im Jahre 2002 bei ca. 6.500 (3,2%

---

<sup>21</sup> Zur besseren Lesbarkeit verzichte ich an manchen Stellen auf Hinweise zu Originalquellen.

<sup>22</sup> Für ausführliche Hintergrundinformationen zum Thema Impfen und Impfdiskussionen verweise ich auf die oben genannte Magisterarbeit von Gesa Heinbach (Heinbach 2005).

<sup>23</sup> Im ‚medizinischen‘ Teil der Arbeit werde ich das Zeichen: % verwenden, in meinen eigenen Ausführungen werde ich die ‚ausgeschriebene‘ Variante wählen.

aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen), die Sterberate machte mit 1.763 Todesfällen insgesamt 1,9% der an Krebs verstorbenen Frauen aus (vgl. Robert Koch-Institut b). Mit diesen Werten liegt Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld (vgl. Rosenbrock 2007b).

Seit Einführung der jährlichen kostenlosen Früherkennungsuntersuchung im Jahre 1971, bei der mittels eines Abstriches vom Gebärmutterhals dessen Schleimhautzellen mikroskopisch auf Veränderungen untersucht werden, konnten die Zahl der Neuerkrankungen und der Todesfälle hierzulande um mehr als zwei Drittel gesenkt werden (vgl. Kimmig 2007, 28). Eine Besonderheit dieses Krebses ist, dass er im Vergleich zu anderen Arten deutlich häufiger bei jungen Frauen auftritt. In der Altersklasse bis 45 Jahre stellt er in Europa nach Brustkrebs die zweithäufigste Krebsart bei Frauen dar - ein Wert, auf den oft Bezug genommen wird (vgl. Bachmann 2007).

Statistiken aus Großbritannien entnimmt der Public-Health-Experte Rolf Rosenbrock, dass Frauen in der Unterschicht ein dreimal höheres Sterberisiko haben als in der Mittel- und Oberschicht. Ähnliche Daten aus Deutschland sind mir nicht bekannt, eine „sozial ungleiche Inanspruchnahme“ der Vorsorgemaßnahmen gibt es aber auch hierzulande (Rosenbrock 2007b).

Als Hauptrisikofaktor wird die chronische Infektion mit bestimmten HP-Virustypen benannt. Zur Hausen und andere Forscher hatten deren DNA (bzw. die des Typs 16) weltweit in über 90%<sup>24</sup> der Gewebeproben von Krebspatientinnen isolieren können (vgl. STIKO, 98). Wichtige Ko-Faktoren<sup>25</sup>, die das Entstehen einer Krebserkrankung begünstigen, sind vor allem Rauchen (vgl. Ärzteblatt 2006b), die Einnahme der „Pille“, andere vaginale Infektionen, Störungen der Immunabwehr oder eine genetische Veranlagung (vgl. pro familia; Hillemanns 2007, R11). Bei frühzeitiger Entdeckung der bösartigen Tumore besteht durch verschiedene Therapieangebote eine Heilungschance von über 90% (vgl. Kimmig 2007).

---

<sup>24</sup> Der überwiegende Anteil der Medienberichte spricht von ca. 99% (vgl. auch Schmidt-Petruschkat 2007).

<sup>25</sup> HPV-Infektionen gelten als „Initialzündung“ aber nicht als alleiniger Grund für das Entstehen bösartiger Tumore (vgl. Pietzsch 2006). Es steht weiterhin zur Diskussion, ob es sich bei den aufgeführten Faktoren, um eigenständige Risikofaktoren oder „nur“ um Ko-Faktoren handelt.

### *Humane Papilloma Viren*

Von den über 100 verschiedenen HP-Virentypen<sup>26</sup>, die sowohl die menschliche Haut als auch die Schleimhäute infizieren können, treten ca. 40 im Genitalbereich und am After auf (vgl. Hillemanns 2007, R 2). Von diesen 40 wird ca. 15 ein „krebserregendes“ Potenzial zugeschrieben („high-risk“). Speziell die Typen 16 (50%) und 18 (20%) werden für 70% der Gebärmutterhalskrebskrankungen verantwortlich gemacht (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 19). Bzw. es wird aus dem Auffinden der Virus-DNA in den Gewebeproben auf einen ursächlichen Zusammenhang ‚zurückgeschlossen‘. Eine Übertragung des Virus erfolgt durch direkten Hautkontakt<sup>27</sup> (mit infizierten Körperregionen) beim Geschlechtsverkehr (oral, vaginal, anal), nicht durch den Austausch von Körperflüssigkeiten (vgl. pro familia).<sup>28</sup> HPV-Infektionen sind weltweit ein häufiges Phänomen, wenn auch die Prävalenz<sup>29</sup> schwankt (3% bis 50%), je nach Sexualverhalten und Alter (vgl. Hillemanns 2007, R2) und in den verschiedenen Weltregionen unterschiedliche Typen vorherrschen (vgl. Hirte 2007). Verschiedene Studien bzw. Schätzungen haben ergeben, dass 70% bis 80% aller sexuell aktiven Frauen (und natürlich auch Männer) irgendwann einmal in ihrem Leben mit den genitalen HPV in Berührung kommen (vgl. STIKO, 98). Als Zeitraum mit der höchsten Infektionsgefahr und den höchsten Raten werden die Jahre vom ersten Geschlechtsverkehr an bis zum 30. Lebensjahr ausgewiesen. Die Wahrscheinlichkeit, bereits in den ersten fünf Jahren nach dem „ersten Mal“ infiziert zu sein, soll bei über 50% liegen (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 21). Im Gegensatz zu sinkenden Sterbezahlen bezüglich des Gebärmutterhalskrebses nahm die Zahl der Krebsvorstufen in den letzten 30 Jahren „insbesondere bei jungen Frauen im gebärfähigen Alter um bis zum Vierfachen zu“ (Kimming 2007, 28).

In den meisten Fällen (bis 90%) verlaufen die Infektionen jedoch unerkant und symptomlos. Körpereigene (zelluläre) Abwehrmechanismen bekämpfen den Virus und nach ein bis zwei Jahren ist er (bzw. die HPV-DNA) nicht mehr nachweisbar (vgl. STIKO, 14). Diese starken Selbstheilungstendenzen gelten vor allem für junge Frauen (vgl. Friese 2003, 98). Verbleibt der Virus (vom „high-risk“-Typ) jedoch (länger) in den Wirtszellen, kann er diese bzw. deren

---

<sup>26</sup> Viren sind winzige Teilchen meist bestehend aus einer Eiweißhülle und einem Nukleinsäurefaden (RNS oder DNS= die Erbsubstanz). Sie haben keinen eigenen Stoffwechsel und nutzen daher fremde (Wirts-)Zellen, um sich zu vermehren und auszubreiten (vgl. Schülerduden). Im Falle einer HPV-Infektion am Gebärmutterhals heftet sich die Eiweißhülle an der Zellmembran der Hautzelle an und die Erbsubstanz der Viren wandert durch die Zelle zum Zellkern, wo sie sich in deren Erbsubstanz eingliedert.

<sup>27</sup> - oder den Kontakt mit infizierten Gegenständen: Sexspielzeuge, Handtücher oder Zahnbürsten.

<sup>28</sup> Eine Penetration bzw. ein Eindringen ist dafür nicht die Bedingung.

<sup>29</sup> Die Prävalenz gibt die zu einem bestimmten Zeitpunkt erkrankten Personen an.

Erbgut verändern und sich selbst vermehren.<sup>30</sup> Eine Folge dieses Prozesses können später unregelmäßige Wucherungen der Schleimhaut sein (vgl. Hillemanns 2007, R 2). Diese Zellveränderungen werden in verschiedene Schweregrade eingeteilt (CIN I-III<sup>31</sup>), können sich aber in jedem Stadium wieder zurückbilden. Als Krebsvorstufen sind sie, so die Theorie, notwendige Voraussetzungen für einen späteren Gebärmutterhalskrebs (vgl. Abholz 2007, 58). Bei aber nur etwa einem Prozent der Frauen<sup>32</sup> mit lang anhaltenden Infektionen entwickelt sich, wenn diese unerkannt bleiben, aus den Wucherungen ein bösartiger Tumor (vgl. AKF). Warum dies passiert, ist bis heute nicht ganz geklärt (vgl. Krebsgesellschaft c).

Eine (antivirale) Therapie gegen die HPV-Infektionen gibt es nicht, nur die Symptome sind behandelbar. So werden die ebenfalls durch sie hervorgerufenen harmlosen, aber unangenehmen Warzen im Genitalbereich mit Medikamenten und Laser behandelt. Veränderte Zellen werden beobachtet, und in fortgeschrittenem Stadium wird das infizierte Gewebe gegebenenfalls entfernt (vgl. Hillemanns 2007, R 17).

Es besteht weiterhin die Möglichkeit, sich zusätzlich zum Abstrich durch einen HPV-Test auf vorhandene Viren testen zu lassen. Dieser Test ist in Deutschland jedoch nicht Teil der Kassenleistung. Per DNA-Nachweis kann er eine Unterscheidung liefern in Niedrig- und Hochrisikoviren. Tests, die eine Identifikation der einzelnen Typen ermöglichen, sind bisher nur in der Forschung und etwa in den Impfstudien im Einsatz (vgl. Hillemanns 2007, R 10). Auf Grund der hohen Infektionsraten und Selbstheilungsquoten in jungen Jahren empfehlen viele Experten den Test erst ab 30 Jahren, um einer „Überdiagnostik und –therapie“ vorzubeugen (vgl. pro familia).

Kondome bieten, so eine amerikanische Studie, in Anbetracht des Übertragungsweges<sup>33</sup> zwar keine sicheren Schutz vor HP-Viren, dafür kann durch ihren Gebrauch eine Risikominimierung von etwa 70% erreicht werden (vgl. Ärzteblatt 2006b).

Außer mit Gebärmutterhalskrebs werden HPV-Infektionen noch mit den vergleichsweise seltenen bösartigen Tumoren an Vulva, Penis, After sowie im Mund- und Rachenraum in Verbindung gebracht (vgl. DGKa).

Die Erkenntnis über die aufgeführten Zusammenhänge, für die bisher, laut Experten, in der Bevölkerung wenig Bewusstsein vorhanden ist (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 21), führten zur Entwicklung mehrerer Impfstoffe.

---

<sup>30</sup> Die befallenen Zellen weisen eine höhere Teilungsaktivität auf, welche mikroskopisch gut zu erkennen ist.

<sup>31</sup> CIN: Zervikale intraepitheliale Neoplasien

<sup>32</sup> Dies ist auch der Grund, warum die Forschung lange keinen ursächlichen Zusammenhang gesehen hat.

<sup>33</sup> HP-Viren können „auch von den nicht durch ein Kondom abgedeckten Stellen auf den Schambereich übertragen werden“ (vgl. Bundesverband der Frauenärzte 2007).

### 2.2.2 Wirkung und Wirksamkeit

Der erste zugelassene Impfstoff „Gardasil“ beinhaltet gentechnisch hergestelltes Material (Proteine) der „gefährlichen“ Typen 16 und 18, aber auch der Niedrigrisikotypen sechs und elf, die für 90% der erwähnten Warzen verantwortlich sind (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 19). Präziser gesagt handelt es sich um leere Virushüllen (virus-like-particles) ohne genetisches Material, aber mit einer Oberfläche für eine neutralisierende Antikörperbildung. Der aus der Impfung resultierende Antikörpertiter<sup>34</sup> erwies sich in Studien um ein 100-faches höher als der natürliche, wobei die natürliche Immunantwort<sup>35</sup> meist nicht vor einer erneuten Infektion schützt (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 20). Zur Erlangung eines vollständigen Impfschutzes sind drei Spritzen notwendig. Diese werden im Abstand von mehreren Monaten, innerhalb eines halben Jahres (null, zwei und sechs Monaten) intramuskulär, meist in den Oberarm, verabreicht. Die Dauer des Impfschutzes, der von Gardasil ausgeht, wird gemäß dem maximalen Beobachtungszeitraum in den Zulassungsstudien bei mindestens 4,5 Jahren angesetzt. Vermutet wird jedoch ein weitaus längerer Schutz (Stand Mai 2007; vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 20). Wann und ob eine Auffrischung erfolgen muss ist noch offen.

Insgesamt nahmen an den verschiedenen Studien<sup>36</sup>, die teilweise noch andauern, bisher etwa 25000 Frauen im Alter von 16 bis 26 Jahren teil (vgl. Ärztezeitung 2007). Nahezu alle der Teilnehmerinnen hatten bereits sexuelle Kontakte.<sup>37</sup> Die jüngsten Teilergebnisse der Studien zur Wirksamkeit (Future II) und zum Nutzen (Future III) wurden Ende Mai 2007 veröffentlicht. Hier bestätigte sich die Beobachtung, dass bei (fast) keiner der geimpften Probandinnen Zellveränderungen oder Warzen auftraten, die auf die im Impfstoff enthaltenen Typen zurückzuführen sind (Arznei-Telegramm 2007)<sup>38</sup>. Dieser Befund wird von den Befürwortern als entscheidend herausgestellt und begründet die Tatsache, dass der Impfschutz an vielen Stellen als nahezu 100%ig beschrieben wird.

Auf Grund der langen Entstehungsdauer von Gebärmutterhalskrebs, aber vor allem aus ethischen Gründen, wird in den Studien auf die Krebsvorstufen (CIN I-III) als Ersatzparameter zurückgegriffen. Bösartige Tumore traten bisher weder in der Impfgruppe noch in der Placebogruppe auf. Bei Frauen, die schon infiziert sind, so die neuesten Erkenntnisse, zeigt die

---

<sup>34</sup> Titer: Menge eines Antikörpers, bzw. Maß für dessen Konzentration.

<sup>35</sup> Bei nur ca. 60% der Infizierten ist ein „natürlicher Serumentiter“ induziert (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 20).

<sup>36</sup> - zu den verschiedenen Impfstoffen und der vorhergehenden Prototypen. Von den 20000 wurden aber, laut Kritikern, bisher nur „160 geimpfte Probandinnen länger als 4,5 Jahre nachbeobachtet“ (AKF).

<sup>37</sup> Die Vorgabe war: nicht mehr als vier verschiedene Partner.

<sup>38</sup> ... „sofern sie bis zum Abschluss der Grundimmunisierung nicht mit den entsprechenden Typen infiziert waren“ (Arznei-Telegramm 2007). Dieser Nachweis wurde in den Studien durch den HPV-(Gen-)Test erbracht.

Impfung keine Wirkung mehr (vgl. Ärzteblatt 2007c). Auch ein erhoffter therapeutischer Nutzen lässt sich, laut Experten, aus den Daten nicht erkennen, wenn auch weiterhin intensiv an diesen Fragen geforscht wird (vgl. Arznei-Telegramm 2007).

### **2.2.3 Risiken**

Die Impfung wird allgemein als gut verträglich und sehr sicher beschrieben. Da die Impfstoffe keine Erbinformationen enthalten, haben sie auch kein onkogenes Potenzial. Schwerwiegende Reaktionen, die direkt auf die Impfstoffe zurückzuführen sind, tauchten, laut STIKO, bisher nicht auf (vgl. STIKO, 99). Die bei über 80% der Impfungen (in den Studien) auftretenden Lokalreaktionen, wie Schmerzen, Rötung, Schwellung und Juckreiz an der Einstichstelle und auch das bei etwa 14% beobachtete Fieber (vgl. Arznei-Telegramm 2007) sind vorübergehend und gemäß des Tenors der Kommentatoren als typisch und unproblematisch einzuschätzen.

### **2.2.4 Ansatzpunkte der Kritiker und offene Punkte**

Dem ersten Anschein nach finden sich in der ‚Laienpresse‘ wenige kritische Stimmen. Es sind vor allem einzelne medizinische Fachartikel oder Stellungnahmen verschiedener Verbände und Gesellschaften, denen Hinweise auf offene Punkte und Unklarheiten zu entnehmen sind.<sup>39</sup> Das Frauengesundheitszentrum in Graz/Österreich und der AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.) betonen zunächst, dass es angesichts der „massiven Propagandierung“ der Impfung und der großen „Marketingkampagne“ der Hersteller schwer ist, unabhängige Informationen zu finden und dass evidenzbasierte Daten bisher völlig fehlen. Die tendenziöse Berichterstattung in den Medien, so der AKF, erzeuge vor allem unterschwellig Ängste und wecke gleichzeitig falsche Hoffnungen (vgl. AKF). Es werden somit sowohl Zweifel an dem Risiko<sup>40</sup>, das von HPV-Infektionen ausgeht, geäußert als auch der Nutzen und die Sicherheit der Impfung in Frage gestellt.

Heinz-Harald Abholz von der Uniklinik Düsseldorf betont in seiner kritischen Würdigung der Impfung, dass die dargestellten „Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten“ nur etwa 10% der Raten für Brustkrebs ausmachen und in Deutschland ohnehin von Jahr zu Jahr absinken (vgl. Abholz 2007, 57). Er und andere Experten erwarten, dass sich bald der zeitverzögerte Effekt des heute viel mehr verbreiteten Kondomgebrauch bemerkbar machen wird, und versprechen

---

<sup>39</sup> Vgl. FGZ GRAZ, AKF, GAÄD und impfkritik.

<sup>40</sup> So errechnet z.B. Hans Tolzin (vgl. impfkritik) für seine Töchter eine „Restrisiko“ von 0,02%, was diese durch den bewussten Umgang mit den Risikofaktoren weiter auf 0,001% absenken könnten.

sich durch die Verbesserung der Vorsorge „insbesondere bei sozial benachteiligten Frauen“ eine weitere Verstärkung des Abwärtstrends (vgl. Rosenbrock 2007b). Eine Botschaft, die lautet: „Impfung plus Früherkennung“ hält Rosenbrock, auch Mitglied im Gesundheitssachverständigenrat der Bundesregierung, auf den ersten Blick aber für schwierig und inkompatibel (vgl. Rosenbrock 2007b). Vielmehr sei zu befürchten, dass die Teilnehmeraten aus einem falschen Sicherheitsgefühl heraus sinken könnten. Um diesem Effekt vorzubeugen, bemühen sich, so mein Eindruck, alle Seiten zu unterstreichen, dass eine qualitativ hochwertige Vorsorge weiterhin unersetzlich ist, da die Impfung nicht alle der gefährlichen Viren neutralisiert. Die Frage, ob diese Botschaft die adressierten Mädchen und Frauen erreicht, wird Gegenstand des empirischen Teils dieser Arbeit sein.

Zudem wurde von verschiedenen Seiten, z.B. der deutschen Aidshilfe, die Befürchtung geäußert, dass sich die Impfung auch negativ auf das Safer-Sex-Verhalten insgesamt äußern könnte (vgl. GAÄD 2007).

Die Aggressivität der HPV-Typen 16 und 18 wird meist nicht in Frage gestellt. Dafür geben aber einige kritische Experten zu bedenken, dass ihr Anteil an den Infektionen insgesamt eher gering ist (vgl. AKF) und auch ihr allgemeines Vorkommen enorm überschätzt wird (vgl. Dunne 2007)<sup>41</sup>. Für Deutschland existieren bisher für keine Altersgruppe Daten darüber, wie viele Frauen mit den Typen 16 und 18 infiziert sind oder waren<sup>42</sup> (vgl. STIKO, 98). Um speziell auch die Rolle der anderen Risikotypen besser einschätzen zu können, müssten auch deren Raten in den Studien veröffentlicht werden. Man nimmt an, dass sie im Rahmen eines so genannten „Serotypen-Replacement“ an die Stelle der geimpften Typen treten könnten (vgl. AKF). Erste Anzeichen für dieses Phänomen entnehmen Kritiker den neuesten 3-Jahres-Studienergebnissen (vgl. Sawaya 2007). Insgesamt offenbaren die neuesten Veröffentlichungen, laut Ärzteblatt, eher bescheidene Effekte der Impfung. So betrug z.B. der relative Rückgang der (bzw. aller) Gewebeveränderungen, im Vergleich zur Placebogruppe nur 17% (vgl. Ärzteblatt 2007a). Experten führen die geringe Reduktion (vgl. Sawaya 2007) auf das hohe Alter der Probandinnen zurück. Sie unterstützen somit das Plädoyer der STIKO für eine möglichst frühe Impfung vor dem ersten Geschlechtsverkehr. Streng genommen wurde aber, wie die Stellungnahme des Frauengesundheitszentrums in Graz betont, der Nachweis der Wirksamkeit (und der Verträglichkeit) an der so ausgewiesenen Zielgruppe gar nicht erbracht.

---

<sup>41</sup> Vgl. zur unterschiedlichen Prävalenz weltweit: WHO

<sup>42</sup> HPV-DNA-Nachweis und Seroprävalenz

Bei unter 16-Jährigen wurde nur die Fähigkeit zur Auslösung einer Immunantwort (Immunität) nachgewiesen, nicht aber im Studiendesign geimpft (vgl. STIKO, 101).<sup>43</sup>

Unabhängig von diesem Aspekt wird die Dauer der Zulassungsstudien insgesamt als zu kurz herausgestellt, um qualifizierte Aussagen „über die Qualität des Impfschutzes oder mögliche Spätfolgen“ treffen zu können (AKF). Um mehr über die Auswirkungen der Impfung insgesamt zu erfahren, wird eine gezielte Begleitung und „systematische Untersuchung“ aller geimpften Frauen und eine Dokumentation der Nebenwirkungen<sup>44</sup> vorgeschlagen (vgl. Rabe 2007; vgl. FGZ Graz).

Entgegen der allgemeinen Einschätzung sehen Kritiker sehr wohl kausale Zusammenhänge zwischen schweren Reaktionen, gar Todesfällen, und der Impfung mit Gardasil. Berichte hierüber gründen sich auf Daten des US-amerikanischen Meldesystems VAERS<sup>45</sup>, die von einer Verbraucherschutzorganisation in Netz gestellt wurden (vgl. Ärzteblatt 2007b).<sup>46</sup>

Die meisten Kritiker vereint die Einschätzung, dass zurzeit angesichts der offenen Fragen, der enormen finanziellen Belastung für das Gesundheitssystem und dem Potenzial anderer präventiver Maßnahmen „weder eine Notsituation noch Zeitdruck“ herrsche (vgl. Rabe 2007). Sie fordern daher, Eltern und Mädchen Raum und Zeit für einen kritischen Umgang mit der Impfung zu geben und vor allem allgemeinverständlich und neutral zu informieren, damit diese eine verantwortliche Entscheidung treffen können (vgl. Schmitt 2007c).

### **2.2.5 Vermarktung, Kampagnen und Präsentation in den Medien**

Die langwierige Entwicklung und auch die kostenintensive gentechnische Herstellung machen Gardasil zu einem der derzeit teuersten Impfstoffe (vgl. pro familia). Die Kosten für eine Grundimmunisierung liegen in Deutschland bei 465€ (3-mal 155€). Nahezu alle von mir interviewten Experten weisen auf die exzellente Vermarktung durch den Hersteller hin (vgl. FFT, 8). Wie bei einem Produkt dieser Größenordnung und Relevanz üblich, werden die niedergelassenen Ärzte in den Praxen intensiv durch die Pharmavertreter informiert und mit verschiedenen Patienteninformationsmaterialien (Broschüren und Plakaten) ausgestattet.

---

<sup>43</sup> Hierfür sind rechtliche Gründe und die fehlende Exposition zum ‚Risiko‘ (Sex) verantwortlich.

<sup>44</sup> In Deutschland gibt es seit 2001 eine gesetzliche Meldepflicht für über das normale Maß hinausgehende Nebenwirkungen (IfSG); Die Datenbank der (von Ärzten und den Herstellern) gemeldeten Verdachtsfälle ist aber erst seit Mai 2007 öffentlich einsehbar (<http://www.pei.de>).

<sup>45</sup> VAERS: Vaccine Adverse Event Reporting System (<http://vaers.hhs.gov>). In den USA darf im Gegensatz zu Deutschland, jeder einen Verdachtsfall melden (vgl. Kaufen 2008).

<sup>46</sup> Drei dieser Todesfälle in den USA wurden vom CDC näher untersucht und in einen möglichen ursächlichen Zusammenhang mit einer Herzerkrankung und der Einnahme der „Pille“ gesetzt (vgl. Kaufen 2008).

Das Motto, mit dem Sanofi seine die Vermarktung flankierende Aufklärungskampagne präsentiert lautet: „tell someone: ich sag’s weiter – Du auch?“. Die bundesweite Initiative wird von verschiedenen Ärzteverbänden unterstützt und läuft in vielen anderen Ländern unter dem gleichen Slogan<sup>47</sup>. Der Start war unmittelbar nach Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung. Sie lädt Arztpraxen dazu ein, sich an drei verschiedenen Aktionswochen zu beteiligen und richtet sich mit ausführlichen Informationen auf der dazugehörigen Internetseite und in Flyern direkt an die Mädchen und Eltern (vgl. tell someone).

In der Projektgruppe ZERVITA haben sich hingegen bereits im Sommer 2006

*„Experten verschiedener Fachrichtungen und Vertreter der relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbände und Krebsorganisationen zusammengeschlossen und dem Ziel verpflichtet, abgesicherte und einheitliche Informationen zu diesem Thema [Prävention des Gebärmutterhalskrebses] zu erarbeiten und zu verbreiten.“ (Zervita)*

Im Rahmen einer von der ECCA (Europäischen Gesellschaft für Gebärmutterhalskrebs)<sup>48</sup> organisierten europäischen Präventionswoche (Januar 2007) nahm auch Zervita mit einer Veranstaltung in Tübingen teil. Ein öffentlichkeitswirksames Produkt dieser Kampagne ist der Aufklärungs-Fernsehspot mit der Designerin Jette Joop, der erstmalig Anfang Juni 2007 ausgestrahlt wurde und auf den mich viele meiner Gesprächspartner angesprochen haben (vgl. DGKb).

Mitte September 2007, und somit nach Beendigung meiner Feldphase, startete die Kampagne „Mädchen checken das“ der Deutschen Krebshilfe. Unterstützt von jungen deutschen Sängerinnen wendet sich das Projekt explizit an Mädchen zwischen zwölf und 17 Jahren (vgl. Deutsche Krebshilfe). Die HPV-Impfung ist laut Krebshilfe „der aktuelle Aufhänger“ für die Kampagne. Da Mädchen in diesem Alter aber generell „den Grundstein für ihren Lebensstil“ legen und „ein Bewusstsein für ihre Eigenverantwortung“ entwickeln, geht es in den Info-Filmen und Beiträgen ebenfalls um gesunde Ernährung, Nichtrauchen und Früherkennungsuntersuchungen (vgl. ebd.). Man will dadurch die Mädchen an die Möglichkeiten der Prävention heranführen, aber auch „den Umgang mit der Krankheit Krebs weiter enttabuisieren“ (vgl. ebd.).

---

<sup>47</sup> Vgl. etwa für Malaysia: <http://www.tellsomeone.com.my/>, für Kanada: <http://www.tellsomeone.ca/>. Unter: <http://www.tellher.com/> (alle: 10/2007) finden sich Links zu zehn weiteren länderspezifischen Seiten.

<sup>48</sup> Kritiker verweisen darauf, dass die ECCA zu über 50 Prozent von den großen Impfmittelherstellern gesponsert wird (vgl. Hirte 2007).

Wie im einführenden Teil erwähnt, wurde in allen Medienformaten viel über die neue Impfung berichtet. Dies gilt vor allem für die Zeit der Zulassung (20. September 2006) und der Markteinführung im Dezember 2006. Die meisten tagesaktuellen Beiträge der Massenmedien konzentrieren sich darauf, anhand der wichtigsten Daten das Angebot und Konzept der Impfung vorzustellen oder auch die aussagekräftigsten neuen Studienergebnisse zu ergänzen. Detailliertere Informationen zur Impfung finden sich meist in den netzbasierten Angeboten der entsprechenden Fachgesellschaften, Ärzteverbände, Krankenkassen und der niedergelassenen Ärzte. Auch in den Chatrooms und Foren verschiedener Jugend-, Frauen- und Elternmagazine findet die Thematik Erwähnung<sup>49</sup>.

### **2.2.6 Diskussion und Situation im europäischen und außereuropäischen Ausland**

Angesichts der weltweiten Verbreitung von Gebärmutterhalskrebs und der Tatsache, dass, laut einer Pressemitteilung des Impfstoffherstellers (vgl. Sanofi; Juli 2007), die Zulassung in 80 Ländern erreicht und in 40 weiteren beantragt ist, stellt sich natürlich die Frage nach globalen Vergleichsperspektiven. Die hohe Relevanz dieses Krebses speziell in den „Entwicklungsländern“ reflektiert jedoch zunächst, dass nach wie vor deutliche globale Ungerechtigkeiten in Gesundheitsbelangen bestehen (vgl. Agosti 2007). Ein „neue(r) Internationalismus“, etwa für Werbezwecke genutzt, (vgl. Abholz 2007, 60) ist daher, laut Abholz, problematisch und unangebracht. Fakt ist, so der Mediziner weiter, dass der Impfstoff zurzeit in den Ländern beworben und eingeführt wird, wo er zu bezahlen ist, und nicht in den Regionen mit dem größten Problem (vgl. Abholz 2007, 60)<sup>50</sup>.

Trotzdem ist es im Rahmen meiner auf Deutschland bezogenen Forschung wichtig, zumindest gedanklich eine Vergleichsebene mit Ländern, die ähnliche Gebärmutterhalskrebsraten aufweisen, herzustellen. Jeder Transfer eines neuen biomedizinischen Verfahren „von einem Land ins nächste“, so Stefan Beck, führt zu „zahlreichen Rekontextierungen“ gemäß den „unterschiedlichen Nutzungserwartungen und moralischen Bewertungen“ (vgl. S. Beck 2004, 12). Diesen Rekontextierungen, etwa in verschiedenen europäischen Regionen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht nachgegangen werden. Ein etwaiger Vergleich der weiteren Entwicklung und Erfahrungen mit der Impfung (bzw. der Haltungen ihr gegenüber) könnte aber

---

<sup>49</sup> An dieser Stelle sei exemplarisch auf [www.brigitte.de/foren](http://www.brigitte.de/foren) (10/2007), [www.eltern.de](http://www.eltern.de) (10/2007) und [www.bym.de/forum](http://www.bym.de/forum) (10/2007) verwiesen.

<sup>50</sup> Hier sei auf die Website der WHO hingewiesen, wo alle Raten und Daten im Bezug auf Gebärmutterhalskrebs nach Ländern und Regionen differenziert dargestellt sind (vgl. WHOc).

Gegenstand weiterer ethnographischer Studien sei. Ich beschränke mich im Folgenden darauf, die Situation im Ausland anhand Informationen einzelner Medienberichte kurz zu umreißen.

Der überwiegende Teil der von mir recherchierten Artikel konzentriert sich, wie entsprechend der Aktualität zu erwarten war, darauf, über die politischen Diskussionen um etwaige staatliche Impfempfehlungen und Kostenübernahmen im Ausland zu berichten.

Am häufigsten wird auf die USA als Bezugspunkt hingewiesen, wo man mittlerweile auf ein Jahr Erfahrung mit der Impfung zurückblicken kann. Laut des *New England Journal of Medicine* ist dort ein regelrechter Kulturkampf um das Präventionsangebot entbrannt (vgl. Charo 2007, 1905). Im Zentrum der (politischen) Debatten stehen die Gesetzesvorhaben einzelner Bundesstaaten, die teilweise Routineimpfungen aller Mädchen als Bedingung für den Eintritt in die 6.Klasse vorsehen<sup>51</sup> (vgl. 'German Teenage Girls'). Kritiker sehen in den verpflichtenden Schulimpfungen einen Angriff auf individuelle und elterliche Entscheidungsrechte (vgl. Charo 2007, 1905). Neben dem „Widerstand von Elternverbänden und Verbraucherschutzorganisationen“ wird von christlich konservativer Seite befürchtet, „junge Frauen könnten durch eine Impfung zu mehr Sexualkontakten ermutigt werden“ („Risiko von Krebs...“).

In Australien übernimmt die Regierung die kompletten Impfkosten für Mädchen und Frauen von zwölf bis 26 Jahren, gleichzeitig konnte auch eine Kostenreduktion auf 96€ und eine Herstellerbeteiligung an einem nationalen Impfreister erreicht werden (vgl. FGZ Graz). Italien ist das erste Land in Europa, das bekannt gab, ab 2008 kostenlose staatliche Impfungen für zwölfjährige Mädchen durchzuführen (vgl. „HPV-Impfung..“). Großbritannien plant ab Mitte 2008 für zwölf- bis 13-jährige ein ähnliches Impfprogramm an Schulen (vgl. Rose 2007). Frankreichs nationales Sozialversicherungssystem erstattet, wie im Juli 2007 beschlossen, die Kosten für alle 14-jährigen Mädchen und in einem „Catch-up Programm“ auch die für 15- bis 23-jährige junge Frauen (vgl. Sanofi). Neben Deutschland haben u.a. Luxemburg, die Schweiz, Norwegen, Belgien und Österreich Empfehlungen für die Impfung ausgesprochen (vgl. Sanofi). Zu den Kosten ist zu sagen, dass „Gardasil“ europaweit mit einem Basispreis von 100 bis 110€ vom Hersteller angeboten wird. Durch die Zwischenschaltung von Großhändlern und Apotheken können sich die die Kosten für die Endabnehmer oder öffentlichen Gesundheitskassen extrem erhöhen (vgl. Kuchenbuch 2007). So kostet eine einzelne Impfung in Österreich 208€. Dort gibt es deutliche politische Auseinandersetzung um die

---

<sup>51</sup> Alle Gesetzesvorlagen beinhalten jedoch, entgegen der Aussage vieler Medienberichte, ein Einspruchsrecht („opt-out“) der Eltern (vgl. Charo 2007, 1906).

Aufnahme der Impfung ins kostenlose Kinderimpfprogramm. Die Gesundheitsministerin lässt bis Ende 2007 ein Gesamtkonzept erarbeiten, das eine Evaluierung des Impfstoffes und eine Einbettung des neuen Angebotes in ein Gesamtpräventionsprogramm vorsieht (vgl. Kdolsky will..).<sup>52</sup>

Sowohl die USA als auch die EU (vgl. CDC und EU) haben entsprechende Richtlinien herausgegeben, wie mit dem neuen Impfstoff umzugehen sei. Von Verstößen gegen diese Richtlinien wird u.a. aus Zypern, wo etliche Ärzte das Präparat sexuelle aktiven Frauen zum therapeutischen Nutzen verkauft haben (vgl. Christou 2007), und auch aus Deutschland berichtet (vgl. ZDF).

Mit Blick auf die gegebenen Beispiele lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Impfeinführung (trotz z.B. zeitgleicher Zulassung) in den verschiedenen Ländern vor dem Hintergrund unterschiedlicher (politischer) Rahmenbedingungen stattfindet. Diese begründen sich sowohl in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen als auch in abweichenden impfgeschichtlichen Traditionen.

### **2.2.7 Prävention(en) des Gebärmutterhalskrebses**

Als Präventionsangebot stellt die HPV-Impfung in gewisser Weise ein Novum dar. Sie ist die erste Impfung, die gezielt als Impfung gegen Krebs entwickelt und zugelassen wurde (vgl. DKGb) und die als solche auch weltweit präsentiert und vermarktet wird.<sup>53</sup>

Es ist bereits deutlich geworden, dass das neue Angebot jedoch kein Ersatz, sondern nur eine Ergänzung der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen sein kann (vgl. STIKO, 102). Bei einer vergleichenden Betrachtung der beiden Maßnahmen darf nicht vergessen werden, dass Konzepte und „der Zeitpunkt der Intervention in den Prozess der Krankheitsentstehung“ voneinander abweichen (Rosenbrock 2007a, 2). Die Impfung verfolgt einen primärpräventiven Ansatz und will somit die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Erkrankung senken<sup>54</sup>. Eine Früherkennungsuntersuchung, wie der PAP-Test<sup>55</sup>, zielt hingegen als Sekundärprävention darauf ab, Früh- oder Vorstadien des Gebärmutterhalskrebses zu entdecken und

---

<sup>52</sup> Ende Januar 2008 wurde beschlossen, die Impfung nicht in das Programm aufzunehmen und stattdessen die Vorsorgeuntersuchungen zu forcieren und ein persönliches Einladesystem zu etablieren (vgl. Kdolsky: Kampf..).

<sup>53</sup> Hiervon abzugrenzen sind immuntherapeutische Impfungen in der Krebsbehandlung. Vgl. zu den verschiedenen Begriffen rund um das „Impfen gegen Krebs“: DKFZb.

<sup>54</sup> Der Gebrauch von Kondomen und Nichtrauchen sind ebenfalls in diese Kategorie einzuordnen.

<sup>55</sup> Oder auch Mammographien (röntgenologische Darstellung der Brust) oder präventive Darmspiegelungen.

somit behandelbar zu machen. Sie setzt somit viel später im Prozess ein<sup>56</sup> (vgl. Rosenbrock 2007a, 2).

Zu den bestehenden frauenärztlichen Vorsorgeprogrammen in Deutschland ist zu sagen, dass sie trotz großer, kontinuierlicher Steigerungen der Teilnahmeraten immer noch nur von ca. 50% der Frauen wahrgenommen werden. Vor allem ältere Frauen machen keinen Gebrauch von dem kostenlosen jährlichen (freiwilligen) Angebot<sup>57</sup> (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 21). Gesundheitsexperten sehen auch hier Potenzial die Erkrankungsraten in Deutschland weiter abzusenken (vgl. Rosenbrock 2007b). Ein Nachteil<sup>58</sup>, so Kritiker und Befürworter des etablierten PAP-Tests, ist jedoch seine „relativ niedrige Sensitivität“, die viele unklare Befunde zur Folge hat (vgl. Hillemanns 2007, R9). Experten erwarten daher von der Impfung auch die durch diese (bzw. die häufigen Kontrolluntersuchungen etc.) hervorgerufenen Kosten und vor allem die „psychologische Belastung und Verunsicherung“ zu senken (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 21)<sup>59</sup>.

Inwiefern sich die Vorsorge durch die Impfung insgesamt verändern wird ist, laut STIKO, abzuwarten und zu erforschen (vgl. STIKO, 102). Man geht davon aus, dass der „prädikative Wert“ des PAP-Testes durch eine impfbedingte abnehmende Häufigkeit der Zellveränderungen sinken wird, sich die Spezifität des HPV-DNA-Test jedoch durch weniger fortdauernde Infektionen erhöht (vgl. Hillemanns 2007, R9).

### **2.2.8 Neue Ansätze und Dynamiken in der Krebsforschung**

Auch wenn der hier fokussierten Impfung eine Sonderposition eingeräumt wird, steht sie doch im Kontext einer Gesamtentwicklung der modernen (Krebs-)Medizin. „Krebs“, so heißt es in einem Artikel der „ZEIT“: „Die Wende im Kampf gegen Krebs“ (Bahnsen 2007), „ist eine komplizierte Krankheit. Es gibt 230 verschiedene Arten“ und vielfältige sehr komplexe Entstehungsgründe. Hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellt Krebs in den Industrienationen die zweithäufigste Todesursache dar. Trotz vieler offener Fragen sehen Experten dennoch Anzeichen einer Trendwende. Es sind vor allem Erfolge und Perspektiven in dem lange vernachlässigten Bereich der Prävention, die Anlass zur Hoffnung und Umdenken geben (vgl. ebd.). „Zunehmendes Wissen über die Ursachen und Risikofaktoren bei Krebs“ (DKG b) lässt sie davon sprechen, dass in Zukunft bis zu 50% aller Krebstodesfälle zu verhindern wären

---

<sup>56</sup> Als Tertiärprävention bezeichnet man die Behandlung von Krankheiten, bzw. rehabilitierende Maßnahmen.

<sup>57</sup> Das Angebot beinhaltet ebenfalls eine Untersuchung der äußeren und inneren Geschlechtsorgane und ab dem 30. Lebensjahr ein Abtasten der Brust.

<sup>58</sup> Für eine kritische Analyse der bestehenden Krebsvorsorge verweise ich auf Weymayer und Koch 2004.

<sup>59</sup> Diese Argument steht und fällt mit dem oben erwähnten Anteil der Typ 16 und 18-Infektionen an den Infektionen insgesamt und dem Eintreten von Kreuzimmunitäten (bzgl. der anderen Virentypen).

(vgl. WHOd). Durch „neue Entwicklungen und Erkenntnisse in der Genetik, in der Molekularbiologie und in der Nanotechnologie, die Optionen der Chemotherapie und von Impfungen gegen spezielle Krebsformen sowie die Erforschung von biologischen Markern“ ergeben sich, so heißt es in der (Essener) Erklärung der ersten nationalen Onkologischen Präventionskonferenz (Juni 2007), völlig neue Möglichkeiten der Vermeidung und der frühzeitigen erfolgreichen Behandlung (vgl. DKG b). Insbesondere die Entzifferung des „vollständigen Erbgutes der Tumore“ und ein so ermöglichtes „Gen-Profilings“ bieten „neue Angriffspunkte für Medikamente“ und Diagnoseverfahren. Molekulare Tests, so die Erwartungen der Forschung, sollen in Zukunft auf breiter Ebene als „präzisere Früherkennungstechniken“, aber auch als Vorhersageinstrumente bezüglich des „individuellen (genetischen) Risikos“ eingesetzt werden (vgl. Bahnsen 2007).

Neben diesen eine neue ‚Ära in der Krebsbekämpfung‘ einleitenden Methoden, der Arbeit an immuntherapeutischen Impfungen und Vermeidungsmöglichkeiten anderer infektionsbedingter Krebsarten<sup>60</sup> sind es aber weitaus unspektakulärere Aspekte, auf die die Krebsforscher momentan ihren Fokus legen. Das mit Abstand größte Potenzial für ein Absenken der Erkrankungsraten sehen Experten nämlich in Verhaltensänderungen der einzelnen Bürger.<sup>61</sup> So werden insbesondere, und dies bestätigt wiederholt auch die aktuelle Ursachenforschung, Rauchen, Ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel als die größten Risikofaktoren für die häufigsten Krebsarten benannt (vgl. Bahnsen 2007). Ein Ansetzen an diesen bekannten Variablen verbindet die Krebsmedizin mit anderen Fachgebieten und chronischen Erkrankungen. Schließlich zielen auch Programme zur Prävention „von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates“ (Krebsliga 2004, 6) auf genau diese Domänen ab<sup>62</sup>. Die kurz skizzierte Situation verdeutlicht somit einerseits den Einfluss neuer biomedizinischer Wissensinhalte auf die Krebsforschung. Sie zeigt aber andererseits auch, dass auch in diesem medizinischen Bereich der Einzelne in seiner individuellen Gefährdung und Verantwortung stärker in den Blick gerät und in die Pflicht genommen wird.

---

<sup>60</sup> Neben dem Gebärmutterhals gehören weiterhin die Leber, das lymphatische und das blutbildende System und der Magen zu den durch Infektionen gefährdeten Organen (vgl. DKFZa). So versucht man z.B. Magenkrebs durch eine Antibiotikabehandlung (gegen das Bakterium *Helicobacter Pylori*) vorzubeugen.

<sup>61</sup> Das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg hat dementsprechend gemäß des schon Ende der 80er Jahre formulierten Europäischen Kodexes gegen Krebs, elf Regeln für ein gesundheitsbewusstes Verhalten aufgestellt (vgl. DKFZa.)

<sup>62</sup> So forderte die WHO bereits im Jahre 2000 einen integrierten Ansatz zur Bekämpfung aller chronischen Erkrankungen (vgl. Krebsliga).

### 2.2.9 Zukunft der Impfung

In der Essener Erklärung heißt es, dass Krebsprävention stets ein „dynamischer Prozess ist, der fortlaufend gestaltet und optimiert werden muss“ (DKG b). Die gilt auch und in speziellem Maße für das hier vorgestellte Angebot, das noch ganz am Anfang einer ‚Etablierung‘ steht. Auch die STIKO betont, dass ihre Empfehlung nur eine Momentaufnahme ist und entsprechend den neuesten Studienergebnissen angepasst werden kann (vgl. STIKO 102). So ist zum Beispiel auch noch unklar, wie genau die Impfung strategisch am besten in bestehende und noch zu etablierende Versorgungsstrukturen eingepasst werden soll. Neben den in Deutschland eher nicht (mehr) üblichen Schulimpfungen<sup>63</sup> wird z.B. eine Koppelung an die Jugenduntersuchung J1<sup>64</sup> diskutiert (vgl. STIKO, 101). Von medizinischer Seite her stehen, wie bereits erwähnt, noch Daten zur Art<sup>65</sup>, Dauer und Reichweite<sup>66</sup> der Wirksamkeit der Impfung aus.

Die langfristigen Folgen der Impfung in Deutschland können im Moment nur anhand von mathematischen Modellen aufgezeigt werden (vgl. Schneider u.a. 2007b, 851). Zurzeit noch andauernde Studien untersuchen vor allem, ob es sinnvoll ist, ältere und schon infizierte Frauen immuntherapeutisch zu impfen (vgl. Bachmann 2007, 441) oder auch, so die STIKO, mögliche „Risikopopulationen“ zu definieren (vgl. STIKO, 102). Weiterhin wird geprüft, inwiefern - und das wird angesichts der „Fokussierung auf die Mädchen und Frauen“ (FGZ Graz) in der Diskussion leicht vergessen - ob alle von einer Erweiterung der Zielgruppe auf Jungen und Männer profitieren können. Statistisch relevante Beweise bzw. klinische Effektivitätsdaten hierfür stehen noch aus. Die Tatsache, dass Beschneidungen und ausreichende Genital-Hygiene das sexuelle Übertragungsrisiko erwiesenermaßen absenken (vgl. DKG 2007c) zeigt aber, dass HPV nicht nur ‚ein Frauenthema‘ ist.

Die entscheidendere Frage im Bezug auf die Zukunft der Impfung ist jedoch, so zur Hausen, ob es gelingen wird den Impfstoff auch den ärmeren und viel mehr betroffenen Ländern zur Verfügung zu stellen. Zur Hausen plädiert generell für eine wesentliche Senkung der Kosten und betont, dass intensiv an billigeren Alternativen geforscht wird (vgl. „Auch Jungs impfen“). Merck & Co., die Muttergesellschaft von Sanofi, so heißt es in einer Presseerklärung

---

<sup>63</sup> Schulimpfungen gibt es nur in einigen Bundesländern. (vgl. STIKO, 101).

<sup>64</sup> Die J1 ist die zehnte Untersuchung des Früherkennungsprogramms für Kinder. Sie findet zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr statt (vgl. <http://www.j1-info.de/>) (09/2007), wird aber nur von etwa 35 Prozent der Jugendlichen wahrgenommen (vgl. STIKO, 101).

<sup>65</sup> Studien geben z.B. erste Hinweise auf eine durch die Impfung induzierte Kreuzimmunität gegenüber anderen Hochrisikotypen (vgl. Hillemanns 2007, R7).

<sup>66</sup> Sanofi beantragte im Herbst 2007 bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) eine Ausweitung der Zulassungsindikation um die Prävention von Vulva- und Vaginalkarzinomen (vgl. Sanofi).

vom Oktober 2007, will sich dafür einsetzen, dass der Impfstoff in den „Entwicklungsländern“ ohne die üblichen Verzögerungen zu stark erniedrigten Preisen angeboten wird. Zunächst sind weltweite Pilotprogramme geplant, denen gezielte Kooperationen mit NGOs folgen sollen (vgl. Sanofi).

Mit diesem Ausblick schließe ich meine Darstellung der medizinischen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Im Folgenden werde ich nun den theoretischen Hintergrund beschreiben, vor dem die eingangs aufgeworfenen Fragen, die epidemiologischen Daten und mein Material verständlicher werden.

## **2.3 Theorie zu den Themen: Risiko, Wissen, Prävention**

Auch die Genetikerin Silja Samerski<sup>67</sup> stellt ihrer sozialwissenschaftlichen Studie: Die verrechnete Hoffnung (Samerski 2002) die Bemerkung voran, dass bei einer Analyse – oder im meinem Fall dem Führen - von Gesprächen über Risiken zunächst die Reichweite und Bedeutung des Konzepts zu klären sei (vgl. Samerski 2002, 90). Sowohl der Begriff des Risikos, als auch der assoziierte Topos „Wissen“ haben Konjunktur, bergen in ihrem breiten Bedeutungsspektrum und einer interdisziplinären Relevanz jedoch gewisse Unschärfen (vgl. Koch 2006, 13).

### **2.3.1 Der Risikodiskurs aus kulturanthropologischer Sicht und seine Anwendung auf das Feld „Gesundheit“**

Samerski trifft in ihrer Begriffskritik eine wichtige Unterscheidung, die nicht nur für die ethnographische Betrachtung des Umgangs mit Risiken von Bedeutung ist. So stellt sie heraus, dass es eine Kluft gibt zwischen „dem umgangssprachlichen Risikoverständnis als drohender Gefahr oder drohendem Schaden und wissenschaftlichen definierten Risiken, die auf probabilistischen Berechnungen beruhen“. In der Medizin (bzw. den Natur-, Ingenieurs- und auch Wirtschaftswissenschaften) steht der Begriff Risiko zunächst einmal relativ neutral für eine kalkulierbare, quantifizierbare Größe bzw. die statistische Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses (vgl. Samerski 2002, 110)<sup>68</sup>. Der Begriff „wahrscheinlich“ im alltäglichen Gebrauch hat dagegen eher die Konnotation von „fast sicher“ (vgl. ebd., 111). Die Popularität

---

<sup>67</sup> Silja Samerski untersucht in ihrer Studie die Praxen genetischer Beratungsgespräche und deren Einfluss auf das Wahrnehmen von Angeboten der Pränataldiagnostik (Samerski 2002).

<sup>68</sup> Wobei der Risikobegriff auch hier die Ambivalenz von möglichem Schaden und Gewinn impliziert (z.B. das Erkrankungsrisiko im Gegensatz zu der Überlebenschance) (vgl. Buergin 1999, 17).

und Wirkmächtigkeit des Risikokonzepts und -denkens – nicht nur im medizinischen Bereich - beruhen, laut Sameski, vor allem auf einer eigentlich „unzulässigen, irreführenden“ Vermengung der beiden Sphären (vgl. ebd., 111)<sup>69</sup>.

Prägend für die Kennzeichnung des Begriffs, die über eine wahrscheinlichkeitstheoretische Sichtweise hinausgeht, sind vor allem soziologische Bearbeitungen der Risikoproblematik.<sup>70</sup> Ulrich Beck, der „als Erfinder des Stichworts der ‚Risikogesellschaft‘“ (Bonß 1995, 14) gilt, und andere haben verschiedenen Bedeutungsbezüge herausgearbeitet und den historisch spezifischen Umgang mit Unsicherheit und Risiken zum Kern einer Gesellschaftsanalyse gemacht (vgl. Buergin 1999, 17). Der phänomenologischen Perspektive Becks folgend, sind Risiken und Gefährdungen vor allem „systematisch mitproduzierte [...] Folgeprobleme der technisch-ökonomischen Entwicklung“ (vgl. U. Beck 2003, 26). Den „neuen“ Risiken, etwa durch die Atom- oder Gentechnologie bzw. der neuen Gefahrenlage in angemessener Form entgegenzuwirken, institutionell, aber besonders auf individueller Ebene, ist die zentrale Aufgabe der Risikogesellschaft (vgl. Samerski 2002, 111; U. Beck 2003, 26ff). Und das trotz oder gerade wegen des mit ihr assoziierten schwindenden Vertrauens in staatliche und wissenschaftliche Domänen (vgl. Nichter 2003, 24). Wolfgang Bonß dagegen spricht sich dafür aus, unabhängig von einer Verknüpfung mit Technik, in dem Konzept des Risikos ebenfalls eine Konstruktion von sozialer und kultureller Bedeutung zu sehen (vgl. Bonß 1995, 18). Risiko impliziert für Bonß ein

*„für die Moderne typisches Muster der Wahrnehmung und Verarbeitung von Ungewissheit, das sich von den vorangegangenen Formen des Umgangs mit Unsicherheiten und den dazugehörigen Sicherheitskonstruktionen signifikant unterscheidet.“* (Bonß 1995, 18)

François Ewald löst den Begriff „Risiko“ von bestehenden konkreten Gefährdungen (vgl. Ewald 1993). Für Ewald steht der Begriff, so Samerski, auch für eine spezifische Art der Produktion von neuen Unsicherheiten (vgl. Samerski 2002, 112). Als Rationalitätsweise ist das Risikodenken demgemäß prägend für unsere Sichtweise auf zukünftige Ereignisse geworden und kann als neues „Prinzip der Objektivierung“ gewertet werden (vgl. ebd., 112). Mit diesem Ansatz verortet Ewald das Risikodenken laut Samerski, als Bestandteil und Resultat eines Versicherungsdenkens, das sich in vielen Teilen des gesellschaftlichen Lebens und auch der vorbeugenden Risikofaktoren-Medizin durchgesetzt hat (vgl. ebd., 283). Risiken sind

---

<sup>69</sup> Diese kann sich z.B. in einer missverständlichen Sprache über Statistiken äußern.

<sup>70</sup> Für einen ausführlichen Überblick über den seit den 80er Jahren stattfindenden soziologischen Risikodiskurs verweise ich auf Evers/Nowotny 1987, Luhmann 1991 und Bonß 1995.

folglich nicht von sich aus existent, sondern sie sind „vergegenwärtigte, statistische konstituierte Möglichkeiten, auf die im konkreten Fall nichts hindeutet, die aber in der Masse statistische Regelmäßigkeiten zeigen“ (vgl. ebd., 113). Es wird somit etwas Neues hergestellt, was sonst „eventuell als Schicksalsschlag verstanden worden wäre“ (Duden/Zimmermann 2000, 31).

Das Wissen um die Möglichkeit des Eintretens eines Ereignisses in der Zukunft (z.B. einer Erkrankung) schleust aber auch eine „Aufforderung [und Chance] zum Handeln in die Gegenwart“ mit ein (ibd., 31). Dieser Punkt der Verantwortbarkeit ist die Grundlage aller Prävention. Er beruht vor allem auf einer konzeptuellen Unterscheidung der Begriffe Risiko und Gefahr. Insbesondere Niklas Luhmann arbeitet aus systemtheoretischer Perspektive heraus, dass bei Risiken ein „etwaiger Schaden als Folge der Entscheidung gesehen wird“ (Luhmann 1991, 31). Bei Gefahren hingegen wird der etwaige Schaden „als extern veranlasst“ betrachtet und wird somit der Umwelt zugerechnet (ibd., 31).

*„Ob etwas als Risiko oder als Gefahr erscheint, ist also eine Frage der Selbst- oder Fremdzuschreibung. Zwar kann man sich auch gegen Gefahren wappnen, aber für den, der es tut, verwandeln diese sich insofern in Risiken, als er Eintrittswahrscheinlichkeit, beziehungsweise Ausmaß des möglichen Schadens in Abhängigkeit zum eigenen Handeln oder Unterlassen setzt.“ (Bröckling 2004, 213)*

Wie an der Impfthematik besonders gut nachzuvollziehen ist, birgt die Handlungs- und Entscheidungsbezogenheit der Risikologik mehrere Dimensionen, die für die Betroffenen zum Dilemma werden können. Eine davon beschreibt Luhmann mit dem Terminus „Risikovertreibungsrisiko“. Er benennt damit den Tatbestand, dass Risiken nicht nur Entscheidungen voraussetzen, sondern dass auch das Anliegen, ihnen zu begegnen ebenfalls wieder Risiken erzeuge (vgl. Luhmann 1991, 39). Luhmann hält weiterhin fest, dass kein Versuch, zukünftigen Schaden zu verhindern, ganz sicher ist und immer mit „Rest-Risiken“ gerechnet werden muss (vgl. ebd., 38f.). Hinzu kommt, dass bei den meisten biologischen Prozessen, menschlichem Verhalten und sozialen Phänomenen eine Reduzierung auf „eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge“ nicht möglich ist, oder eine Korrelation erst im Rückblick festzustellen ist (vgl. Bröckling 2004, 211). Auch wenn die Forschung versucht, anhand von isolierten Risikofaktoren konkretere Prognosen zu stellen, sind Risiken nie ganz zu erfassen (vgl. ebd., 211).

Gesa Heinbach betont in ihrer Arbeit, dass „Impfentscheidungen – und sehr viele andere Risikoentscheidungen auch – keine der Art sind, wo man sich entschließt, ein Risiko einzugehen oder nicht“ (Heinbach 2005, 37). Eine Entscheidung für eine vorbeugende Maßnahme stellt eher ein – oft als Dilemma<sup>71</sup> erlebtes - Abwägen „zwischen verschiedenen Risiken und Risikoeinschätzungen“ dar (Bröckling 2004, 213). So liegt die „Brisanz aller Prävention“ auch darin, dass auch ein „ein Nichtentscheiden eine Entscheidung darstellt“ (ebd., 213).

Das Interesse der Kulturanthropologie ist es, die hier angesprochene konkrete Handlungsebene der Akteure in den Blick zu nehmen. Untersucht werden soll, wie und auf welchen Grundlagen ein solches Abwägen stattfindet und wie dieses von den Beteiligten empfunden wird. Einer solchen Betrachtung liegt auch die Annahme zugrunde, dass der Umgang mit Risiken ein prozesshaftes Geschehen ist (vgl. Schüle 1983, 18f). Dementsprechend gilt es, einen Einblick in die verschiedenen Schritte - von der Entdeckung über die Einschätzung bis zur Handlung - zu bekommen. Neben der Frage nach gesellschaftlichen und individuellen Reaktionen auf Risikoanweisungen ist es aus Sicht des Faches auch wichtig zu beleuchten, wie es überhaupt zu der „soziale[n] Konstruktion“ von Risiken und Risikogruppen kommt (vgl. Welz u.a. 2005, 17).

Die Kulturanthropologie geht, anknüpfend an die Erkenntnisse der allgemeinen akademischen Risikodebatte, ebenfalls davon aus, dass Risiken und Risikokonzepte immer kontextgebunden bzw. sozial und kulturell konstruiert sind (vgl. Bechmann/Stehr 2000, 119)<sup>72</sup>. Mit Blick auf die Akteure soll herausgearbeitet werden, wie das, was im jeweiligen Kontext als Risiko diskutiert wird, in Kombination mit dem erwähnten umgangssprachlichen bzw. alltagsweltlichen Verständnis von Risiken, statistischen Botschaften und besonders auch den persönlichen Faktoren, Bewertungen und Meinungen beeinflusst. Gesa Heinbach fasst diesen Ansatz wie folgt zusammen:

*„Neben den rationalen Bestandteilen einer Risikoeinschätzung müssen Kulturanthropologen den Einfluss anderer Faktoren wie Erfahrung, kulturelles Kapital und persönliche Rahmenbedingungen des Entscheiders auf das Ergebnis einer Risikoeinschätzung vermuten: Das Zusammenspiel von Fachwissen, Alltagswissen und individuellen Präferenzen, und nicht allein, was allgemein als ‚vernünftige Entscheidung‘ gelten mag, wird für Risikoentscheidungen der in ihren Alltag eingebetteten Menschen bedeutsam sein.“ (Heinbach 2005, 35)*

---

<sup>71</sup> Cornelius Borck sieht in der „Deligierung von Entscheidungsdilemmata an Patienten“ ein Charakteristikum der neuen Medizin (vgl. Borck 1996, 20f.).

<sup>72</sup> Bzw. die Kulturanthropologie übernimmt und unterstützt den wissenssoziologischen Ansatz des Sozialkonstruktivismus, der betont, „dass aller Wirklichkeitssinn sozial perspektiviert und kulturell geprägt ist“ (S. Beck 2001a, 32). Vgl. vor allem Berger/Luckmann 1980.

### 2.3.2 Wissen, Wissensgesellschaft und Verwissenschaftlichung

Den Faktoren „Wissen“ und auch „Nichtwissen“ kommt sowohl in der Produktion und Konstruktion von Risiken als auch im Umgang mit ihnen ein wichtiger Stellenwert zu. Wie im Bezug auf das (medizin-)anthropologische Erkenntnisinteresse und Ulrich Becks Thesen bereits erläutert wurde, können von neuem Wissen bzw. wissenschaftlichen Erkenntnissen konstruktive und destruktive Impulse ausgehen (vgl. Bechmann/Stehr 2000, 115). Die heutige Wissenschaft bringt somit neuen Sicherheiten und Chancen, aber auch neue „Unsicherheiten“ hervor (vgl. ebd., 115).

Der sich seit den 60er Jahren langsam etablierende Begriff der „Wissensgesellschaft“<sup>73</sup> betont, eng verknüpft mit dem Befund der „Risikogesellschaft“<sup>74</sup>, die zunehmende Zentralität (bzw. Abhängigkeit von) abstrakten, wissenschaftlichen Wissens<sup>75</sup> in allen Lebensbereichen (vgl. Weingart 2001, 14). Die ambivalente Rolle dieses Wissens als „Quelle für Problemlösungen“ und –ursachen zugleich konfrontiert die Wissenschaften jedoch mit „sich selbst als Produkt und Produzent der Wirklichkeit und Probleme“ (U. Beck 2003, 255). Eine „Reflexivität des Wissens“ und „wissenschaftliche Selbstzweifel“ sind die Folge (vgl. S. Beck 2001b, 216). Dieser Zweifel, so Stefan Beck, diffundiert in der Wissensgesellschaft in das Leben der „Laien“ und wird somit „veralltäglich“ (vgl. ebd., 214). Die Erwartung und Anforderung an die Wissenschaft, klares verlässliches „Orientierungs- und Entscheidungswissen zur Verfügung zu stellen“ (S. Beck 2000b, 16) – gerade auch im Bezug auf mögliche Gefahren und Risikopotenziale – wird somit enttäuscht (vgl. Weingart 2001, 14). Stefan Beck beschreibt diese „ironische Pointe“ der erfolgreichen „Popularisierung wissenschaftlichen Wissens“ und deren Folgen in seinen Aufsätzen: Verwissenschaftlichung des Alltags? (S. Beck 2001b) und Wissenschaft und Öffentlichkeit (S. Beck 1997). Alltagspraxen werden laut Beck insofern wissenschaftsähnlich, da nun auch Laien zugemutet wird, mit dem fraglich gewordenen Wissen umzugehen:

*„Wissenschaftliche Laien müssen sich nun eine eigene Meinung bilden, müssen aus unterschiedlichen Expertenmeinungen auswählen und deshalb ein komplexes Wissen um Hintergründe, wissenschaftliche Interessen, konkurrierende Erklärungen und Problemlösungen erwerben, um alltagsweltliche Entscheidungen treffen zu können.“*  
(S. Beck 1997, 8)

---

<sup>73</sup> Für eine ausführliche Analyse der Wissensgesellschaft verweise ich auf Peter Weingart (Weingart 2001).

<sup>74</sup> Zur Diskussion über die verschiedenen Etiketten: Risiko- und Wissensgesellschaft vgl. Bonß 2002.

<sup>75</sup> Wissenschaftliches Wissen wird hier als „explizit, weitgehend situationsunabhängig und abstrakt bestimmt“ in Gegenüberstellung zu dem als rekursiv, situativ und als verkörperlichten Handlungs- und Rezeptwissen konzipierten Alltagswissen (vgl. Beck 2001b, 215).

Diese mitunter irritierende Anforderung auch mit „großen Bereichen des Nicht-Wissens“ umzugehen, setzt bestimmte Fähigkeiten und neuartige Kompetenzen voraus, die jedoch „sozial sehr ungleich verteilt“ sein können (vgl. S. Beck 2001b, 223).<sup>76</sup> Es gilt, und das ist auch aus kulturanthropologischer Sicht der spannende und „kritische Punkt“, sich das abstrakte Wissen anzueignen - und nicht nur zu konsumieren – um es „taktisch nutzen zu können“ (S. Beck 1997, 9). Das heißt auch, dass die neuen Wissensinhalte in den vorhandenen „überwiegend auf subjektiven Erfahrungen beruhenden lebensweltlichen Wissensvorrat“ eingepasst werden müssen (vgl. S. Beck 2000a, 232). Um diesen Prozess der Anwendung zu verstehen, macht die ethnographische (Wissens-)Forschung auch die „vorgelagerten“ Fragen der Produktion, Validierung und Vermittlung von Wissen zum Gegenstand der Untersuchung (vgl. Koch 2006, 16). Stefan Beck analysiert die verschiedenen Stationen als generalisierbare Elemente eines prozesshaften Gesamten, das er mit dem Begriff der „Wissensarbeit“ beschreibt und so bearbeitbar macht (vgl. S. Beck 2000a, 219).

### *Information und Wissen*

Um den Vorgang der Nutzbarmachung von Inhalten verständlicher zu machen, sei auf die Unterscheidung zwischen den Konzepten Information und Wissen verwiesen (vgl. Stehr 2000, 96f). Beide Begriffe werden alltagssprachlich oft synonym verwendet, bedürfen jedoch in der Forschung einer Abgrenzung (vgl. Koch 2006, 14). Als Information sollen hier „Daten, die mit Bedeutungen verbunden sind“ verstanden werden (vgl. ebd., 14). Das Vermögen oder die „Fähigkeit, die Information in Handeln umzusetzen“ wird demgegenüber als Wissen bezeichnet (vgl. ebd., 14). Diese von dem Soziologen Nicolas Stehr geprägte und auch einem kulturanthropologischen Wissensbegriff entsprechende Definition bedeutet, dass Wissen stets an ein Individuum gebunden ist (vgl. ebd., 14). Inwiefern und auf welche Weise diese einzeln oder im Kollektiv die „Ressource“ Wissen (vgl. ebd., 14) nutzen und realisieren (können), steht immer im Zusammenhang mit den jeweiligen „sozialen und kognitiven Rahmenbedingungen“ (vgl. Stehr 2000, 88). Verschiedenen Experten und vor allem den Medien kommt hierbei eine wichtige unterstützende Vermittlerrolle zu. Medien, so die Kulturanthropologin Gertraud Koch, sind zwar „selbst nie Träger von Wissen“, dafür wirken sie dadurch, dass sie die „relevante Infrastrukturen“ für seine Speicherung, (Re-)Präsentation und Verbreitung bereitstellen (vgl. Koch 2006, 14).

---

<sup>76</sup> Diese Tatsache führt, wie Gesa Heinbach (vgl. Heinbach 2005, 42) in Bezug auf Thomas Lemke ausführt, zu einer „Hierarchisierung der Gesellschaft“ (vgl. Lemke 2000, 252) hinsichtlich Risikoentscheidungen und zeigt, dass Machtverhältnisse auch immer Wissensverhältnisse mit einschließen (vgl. Rabinow 2004, 81).

„Experten, Ratgeber und Berater“ können bei der Einordnung und Transformation von Informationen helfen, indem sie ihre mitunter größeren situationsspezifischen Kenntnisse zur Verfügung stellen (vgl. Stehr 2000, 93).

### **2.3.3 Prävention und Eigenverantwortung**

Von einem Mehr an wissenschaftlichem Wissen gehen, wie beschrieben, für die sozialen Akteure sehr ambivalente Impulse aus. Mit jeder neuen Erkenntnis, etwa über Krankheitsursachen, ist gemäß der skizzierten Risikologik aber auch eine Aufforderung verbunden, diese aufzugreifen. Konkret heißt dies, dass wo bisher schicksalhafte Gefahren in „kalkulierbare und beherrschbare“ Risiken verwandelt werden können, auch gehandelt werden muss (vgl. S. Beck 2001a, 31). Insbesondere die Gesundheit verlangt heute durch immer mehr Möglichkeiten der „Sichtbarmachung“ von bisher „versteckten Gefahren“ ein entsprechendes Risikomanagement (vgl. Holmberg 2005, 72). Sie wird, laut der Soziologin Elisabeth Beck-Gernsheim, im Zuge der Modernisierung zunehmend als individuell zu verantwortendes Projekt erfahren (vgl. Beck-Gernsheim 1994, 318). Verursacht durch die in westlichen Industrienationen allgemein zu beobachtende „Erosion von Solidarsystemen“ ist dieses Denken, dieser Anspruch zur Ideologie geworden (vgl. S. Beck 2004, 24). Neben einem geforderten sorgsamem Umgang mit Krankheitsproblemen umfasst diese Ideologie - nicht zuletzt aus Kostengründen - vor allem auch ein Plädoyer für Prävention, wie im Bezug auf die Krebsmedizin bereits erläutert wurde (vgl. Müller 2005b, 27).

#### *Prävention*

Das Prinzip der Prävention ist an sich nicht neu. Doch standen in frühen Zeiten, so Jörg Niewöhner vom Forschungsschwerpunkt „Präventives Selbst“, eher „staatliche Zwangsmechanismen“ im Vordergrund (vgl. Niewöhner 2007, 34). Im heutigen Zeitalter der chronischen Erkrankungen nehmen dagegen „öffentliche Instanzen“ nur noch eine appellierende und aktivierende Rolle ein (vgl. ebd., 34). Prävention gründet sich entsprechend einer Individualisierung der Risiken „auf individueller Handlungsautonomie und zivilgesellschaftlicher Selbstorganisation“ (ebd., 34). Die moderne Prävention, so auch der Kulturanthropologe Paul Rabinow, ist vor allem auch dadurch zu charakterisieren, dass sie sich „dem Aufspüren möglicher Risikofaktoren“ widmet (vgl. Rabinow 2004, 140). Somit wird die ältere ‚face-to-face‘-Überwachung und Disziplinierung abgelöst von einer „Projektion von Risikofaktoren, die Individuen oder Gruppen jeweils dekonstruieren und rekonstruieren“ (vgl. ebd., 141).

Weitere Prinzipien und die Dilemmata der Prävention als „Risikotechnologie“ wurden bereits dargestellt. Aus kultur- bzw. wissensanthropologischer Perspektive ist der Bereich der Prävention auch daher interessant, da er eine „zentrale Schnittstelle“ zwischen sozialer und professioneller Praxis darstellt. Es gilt somit in der Forschung zum einen nachzuvollziehen, welche Schritte und „Allianzen“ in den professionellen Domänen nötig sind, um spezifische Präventionsprogramme zum Ergebnis zu haben (vgl. Niewöhner 2007, 35). Zum anderen soll, wie es auch das Ziel dieser Studie ist, besser verstanden werden, wie die postulierte Eigenverantwortung für das gesundheitliche „Schicksal“ von den Laien in der Praxis umgesetzt wird und welche Auswirkungen Präventionsprogramme und –kampagnen auf den Alltag und die Vorstellungen vom eigenen Selbst haben (vgl. ebd., 35). Niewöhner spricht in diesem Zusammenhang davon, dass über medizinische „wissenschaftliche Klassifikationsmechanismen“ (z.B. der Zuweisung zu einer Risikogruppe) *neue Menschen* hergestellt werden und erfunden werden (vgl. ebd., 36).<sup>77</sup> Er betont aber, dass dies in einem komplexen Wechselspiel und in „jeweils spezifischen soziokulturellen Kontexten“ und, wie die geringe Akzeptanz vieler Präventionsprogramme zeigt, auch gegen starke Widerstände der Klassifizierten geschieht (vgl. ebd., 37). Da ein „veränderter sozialer Alltag“ der *neuen Menschen* dann „seinerseits wieder auf wissenschaftliche, politische und wirtschaftliche Bilder von Gesellschaft und damit selbstverständlich auch auf die Konzeptualisierung von Krankheit und Prävention“ wirkt, schlägt Niewöhner, vor unter Bezug auch den Philosophen Ian Hacking von einer „Rückkoppelungsschleife“, einem *Looping-Effekt* zu sprechen (vgl. ebd., 37).

### *Mündigkeit und die Widersprüche der Selbstbestimmung*

Im Kontext der Eigenverantwortlichkeit wird oft die Formel des „mündigen Patienten“ verwendet. Hinter diesem auch von politisch und gesundheitsökonomischer Seite propagierten Idealbild steht zum einen das Versprechen auf „mehr Entscheidungsfreiheiten und Mitbestimmungsmöglichkeiten“ für Patienten, zum anderen aber vor allem die Forderung, sich umfassend mit den vielfältigen Gesundheitsinformationen auseinanderzusetzen (vgl. Kraft/Schemel 2005, 23). Viele kritische Experten sehen in der Konstruktion – auch angesichts des beschriebenen Reflexivwerdens wissenschaftlichen Wissens – eine ‚Über‘-Forderung und eine Quelle für neue Zwänge und Widersprüchlichkeiten (vgl. Samerski 2003, 23). Speziell das (rechtliche) Konzept der „Informierten Zustimmung“ - das eine Einwilligungserklärung, die z.B. auch vor Impfungen geleistet werden muss, umfasst - wird, so Stefan

---

<sup>77</sup> Jörg Niewöhner bezieht sich hier auf die von dem Philosophen Ian Hacking gewählten Formulierung des "making up people" (vgl. Niewöhner 2007, 36). Vgl. zu Hackings Verständnis verschiedener Klassifikationsarten auch: S. Beck 2001a, 34).

Beck, in der Praxis zur „reine[n] Fiktion“ (S. Beck 2004, 22). Beck sieht zum Ersten in dem Wissenstransfer, etwa der Zugänglichkeit des Wissens und den Aneignungskompetenzen der Laien, ein Problem. Zum Zweiten bezweifelt er, dass das „entscheidungsnotwendige Wissen für die Experten immer transparent und eindeutig“ sei (ebd., 22). Auch wenn den Patienten die Rolle selbstbestimmter „Kunden“ zugewiesen wird und den Experten geboten ist, „nicht-direktiv“ zu beraten, ist eine subtile Beeinflussung allein schon durch die Art der Informationspräsentation unvermeidlich (vgl. ebd., 22). Auf welche Weise die Akteure der Umverteilung der Laien- und Expertenrollen konkret begegnen und wie sie die neuen Ansprüche für sich interpretieren, sind Forschungsfragen vieler anthropologischer Arbeiten auf diesem Gebiet.<sup>78</sup>

### *Biomacht*

Wie angedeutet sind das geforderte Management der Risiken, eigenverantwortliches und präventives Handeln auch von staatlicher Seite durchaus erwünschte Verhaltensweisen. Ursprünglich war in der aktuellen Gesundheitsreform (Neue Chroniker-Richtlinie ab 1. Januar 2008) sogar eine Verpflichtung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen - inklusive höherer Zuzahlungen für Chroniker, die dieser nicht nachgekommen sind – vorgesehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss befand jedoch im Juli 2007, dass niemand angesichts der Risiken der Untersuchungen direkt oder auch indirekt zu einer Teilnahme gezwungen werden dürfe. Das Gremium beschloss stattdessen eine verpflichtende Teilnahme an einem einmaligen Beratungsgespräch über die verschiedenen Maßnahmen zur Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebsvorsorge (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss<sup>79</sup> 2007). Zum Nachweis dieser Beratung soll es in Zukunft einen „Präventionspass“ geben und die Neuregelung soll am Beispiel des Gebärmutterhalskrebses ausgewertet werden (vgl. G-BA a 2007).

Auch wenn in dieser Arbeit keine detaillierte Analyse der vorhandenen Machtmechanismen vorgenommen wird, so findet natürlich auch die Auseinandersetzung mit der HPV-Impfung vor dem Hintergrund bestimmter politischer Normierungen und Leitbilder statt.

---

<sup>78</sup> An dieser Stelle sei auf besonders auf das Lehrforschungsprojekt: „Gesundheit im Netz? Wissensaneignung medizinischer Laien“ des Frankfurter Institutes für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie und die dazugehörige Veröffentlichung verwiesen (Welz, Gisela u.a. 2005).

<sup>79</sup> „Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen“. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und legt fest, welche Leistungen erstattet werden (vgl. G-BA a 2007).

Michel Foucault hat durch sein Konzept der Gouvernementalität<sup>80</sup> und die dort vorgenommenen Ausweitung des Regierungsbegriffes einen analytischen Deutungsrahmen hergestellt, der es ermöglicht zu zeigen, dass politische Machtinstanzen auf vielfältige und oft implizite Weise die Denk- und Handlungsweisen der Akteure innerhalb des Systems beeinflussen können (vgl. Bröckling/Krasmann/Lemke 2000, 8). Die Förderung der Eigenverantwortung, Entscheidungsfreiheit und Mündigkeit kann unter dieser Perspektive somit auch als Form einer „sanften Führung“ aufgefasst werden (vgl. Müller 2005a, 176).

Auch der ebenfalls ursprünglich von Foucault entwickelte Begriff der „Biopolitik“ verweist auf eine gezielte (staatliche) Steuerung und Regulation von „Lebensprozessen auf Bevölkerungsebene“ (vgl. Lemke 2007a, 5). Durch die Erhebung biologischer Eigenschaften<sup>81</sup> und eine so ermöglichte Schaffung von Normen, Standards und Durchschnittswerten konnte laut Foucault ‚Leben‘ abstrahiert und zu einer kollektiven Realität und Zielscheibe strategischer biopolitischer Interventionen werden (vgl. ebd., 5f). Moderne Aktualisierungen und auch kulturanthropologische Fortschreibungen des Begriffs betonen zum einen, dass der staatliche Souverän heute nicht mehr als alleinige Machtinstanz gelten kann (vgl. ebd., 7). Zum anderen verweisen sie darauf, dass angesichts der modernen Biotechnologien und den mit ihnen verbundenen Implikationen – einschließlich des gewandelten Körperverständnisses - die Bedeutung von ‚Leben‘ eine andere ist und sich somit auch die Frage der Biopolitik in neuer Weise stellt (vgl. Lemke 2007b, 5).<sup>82</sup> Wie genau die Formen einer modernen Bio- bzw. Körperpolitik aussehen werden, ist noch offen (vgl. Beck/Knecht 2003, 10).

### 2.3.4 Ko-Produktion

Unbestritten ist jedoch, dass von technologischem (Innovations-) Wissen ein verändernder Einfluss ausgeht. Um diesen Einfluss bzw. seine Folgen konzeptionell für die Forschung greifbar zu machen, aber auch um die soziale und kulturelle Bedingtheit von (neuem) Wissen hervorzuheben, wurde innerhalb der Science and Technology Studies der mittlerweile prominente Gedanke der Ko-Produktion formuliert.<sup>83</sup> Mit dem Begriff soll betont werden, dass - wie bereits anhand der medizinanthropologischen Forschungsperspektive und des *Looping-Effektes* angedeutet - Wissenschaften, Technologien und individuelle Subjekte insgesamt als

---

<sup>80</sup> Es wird in dieser Arbeit nicht ausführlicher auf den Begriff der Gouvernementalität eingegangen. Ich verweise auf den Sammelband „Gouvernementalität der Gegenwart“ (Bröckling/Krasmann/Lemke 2000, 8).

<sup>81</sup> Lemke verweist hier vor allem auch auf den Beitrag der sich im 20. Jahrhundert etablierenden Disziplinen der Statistik, Demographie, Epidemiologie und Biologie (vgl. Lemke 2007a, 6).

<sup>82</sup> Vgl. zu modernen Formen der Biopolitik: S. Beck/Knecht 2003. Zur Entwicklung des Begriffs: Lemke 2007a.

<sup>83</sup> Ich verweise die von Sheila Jasanoff (Jasanoff 2004) und Hans Harbers (Harbers 2005) herausgegebenen Sammelbände, die beide mehrere aktuelle Beispielstudien beinhalten.

sich gegenseitig hervorbringend, prägend und beeinflussend betrachtet werden. Der komplexe, kontextgebundene Prozess (vgl. Harbers 2005, 13), in dem das Zusammen- bzw. Wechselspiel geschieht, soll so besser beschreibbar gemacht werden, wobei das Konzept jegliche Art von Vereinfachung und (linearem) Determinismus zurückweist (vgl. Jasanoff 2004, 274).

Dass Muster der Ko-Produktion kann sowohl auf der Ebene der einzelnen Artefakte, der technologischen Systeme als auch auf der abstrakten Ebene der Leitbilder untersucht werden (vgl. Harbers 2005, 14). Entsprechend variieren auch die Forschungsobjekte:

„... from structures and institutions, social groups and individual agents, through cognitive entities like ideas, theories and concepts, to artefacts as actors in the process of co-production” (ebd., 14).

Speziell wenn es darum geht zu verstehen, wie neue Objekte (und Subjekte) ‚geschaffen‘ werden und sich etablieren, Wissen oder Technologien Standardisierung erfährt und wissenschaftliche Praxen sich enkulturieren<sup>84</sup> (vgl. Jasanoff 2005, 6), bietet eine Analyseperspektive, die die konstante Verwobenheit des Kognitiven, Materiellen, Sozialen und Normativen betont, eine wertvolle Ergänzung der bisherigen Ansätze (vgl. ebd., 275).<sup>85</sup>

### **2.3.5 Zusammenfassung und These**

Mit diesem Gedanken, der auch mit meinen oben formulierten Forschungsfragen korrespondiert, beende ich die Ausführungen der theoretischen Konzepte. Gemäß den gegebenen Erläuterungen kann das, was eingangs als ‚Auseinandersetzung‘ mit der HPV-Impfung beschrieben wurde, nun auch als Prozess einer alltäglichen Wissensarbeit im Sinne einer Aneignung konzipiert werden.

Die Impfung wurde im medizinischen Teil als Möglichkeit präsentiert, bestimmte Risiken zu bearbeiten. Somit implizieren die Informationen, die die Mädchen und Eltern erreichen und die sie für sich bzw. spätere (Entscheidungen und) Handlungen nutzbar machen, auch immer ‚Botschaften‘ über verschiedene Risiken und Chancen. Die mit dem neuen Präventionsangebot einhergehenden Risikologiken und -konstruktionen, Klassifikationen und auch der politisch-ökonomische Kontext wurde in Ansätzen skizziert. Die folgende Präsentation meines empirischen Materials soll nun verdeutlichen, wie die (direkt oder indirekt) betroffenen Laien die Tatsache entdecken, dass sie von den Klassifikationen bzw. den Risikozuweisungen be-

---

<sup>84</sup> Enkulturation bezeichnet hier ein Hineinwachsen in bestehende kulturelle Muster.

<sup>85</sup> Für ein aktuelles Beispiel, das den Gedanken der *Ko-Produktion* aufgreift, sei das Forschungsprojekt: „Verwandtschaft als Repräsentation sozialer Ordnung und sozialer Praxis: Kulturen der Zusammengehörigkeit im Kontext sozialer und reproduktionsmedizinischer Transformationsprozesse“ der Berliner Humboldt-Universität verwiesen (S. Beck u.a. 2007).

troffen sind, was von ihnen selbst als riskant bzw. Risiko konzipiert und wahrgenommen wird und wie und auf welchen Wegen sie dieses „vermittelte Wissen“ über das HPV-Thema zu einer Meinung und schließlich zu einer Entscheidung führt. Die Grundlage für die Auswertung meiner Forschungsergebnisse stellen zwei Annahmen dar, aus denen ich meine Thesen ableite.

Zum Ersten gehe ich davon aus, dass die Art und Weise der Auseinandersetzung mit der HPV-Impfung im Moment stark durch die Tatsache geprägt ist, dass es sich bei ihr um ein ‚neues bzw. auch neuartiges‘ Angebot handelt.

Ich konzipiere den Prozess der ‚Markteinführung‘<sup>86</sup> als einen Vorgang der Ko-Produktion, in dem die „Krebsimpfung“ als Artefakt und Idee langsam Konturen gewinnt und sich gleichzeitig (allmählich) neue Normen und Subjektpositionen mit den entsprechenden Rollen und Verantwortlichkeiten rauskristallisieren bzw. konstituieren (vgl. Stemerding/Nelis 2005, 109f.). Aus dieser prozessualen Betrachtungsweise resultiert für mich zum einen, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch offen ist, wie sich die ‚Zukunft‘ der Impfung gestalten wird. Zum anderen bedeutet die Feststellung für die ‚Betroffenen‘, dass sie im Bezug auf die Impfung bisher noch wenigen klaren oder sich erst langsam etablierenden normativen Vorgaben, medizinischen Praxen oder Vermittlungsstrukturen gegenüberstehen.

Die Frage, ob und inwiefern dem neuen Wissen um das HPV-Thema und seinen ‚Risikobotschaften‘ Bedeutung zugemessen wird und ob diese überhaupt wahrgenommen werden ist daher, so meine erste These, zum Zeitpunkt meiner Forschung insbesondere abhängig von persönlichen Faktoren und Kontexten. Da ich aber den (alltäglichen) individuellen Umgang mit der Impfung als einen vielfältigen und offenen Prozess verstehe, gehe ich gleichzeitig davon aus, dass sich dies ändert bzw. ändern kann, sobald die äußeren strukturellen Rahmenbedingungen sich auch verändern und das ‚Konstrukt der Krebsimpfung‘ sich verfestigt.

Von besonderer Bedeutung ist meiner Meinung nach zum Zweiten, dass es sich bei der HPV-Impfentscheidung, anders als bei den Impfungen im jüngeren Kindesalter, nicht mehr um eine ‚reine Stellvertreterentscheidung‘ handelt. Auch wenn bei Minderjährigen eine Einwilligungserklärung der Eltern für Impfungen erforderlich ist<sup>87</sup>, nehme ich an, dass bei dieser

---

<sup>86</sup> Diese Feststellung bezieht sich auch auf den vorangegangenen Prozess der Entwicklung in der Forschung.

<sup>87</sup> Laut STIKO besitzen Minderjährige jedoch schon ab dem 16. Lebensjahr die erforderliche Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit selbst in eine Impfung einzuwilligen (vgl. STIKO 2, 280). Eine Beurteilung der Fähigkeit findet in der Regel je nach Einzelfall durch den Arzt statt. Die Fachanwältin für Medizinrecht Claudia

Impfung je nach Alter der Töchter gemeinsam entschieden wird. Daraus folgt, so meine zweite These, dass für eine Entscheidung sowohl die elterlichen Einschätzungen und Erfahrungen, als auch die kindliche oder besser jugendliche Haltung und ‚Betroffenheit‘ bedeutsam sind und daher auch innerfamiliäre ‚Beziehungsqualitäten‘ eine Rolle spielen.

---

Halstrick weist darauf hin, dass „die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger, anders als die Geschäftsfähigkeit, gesetzlich nicht geregelt und nicht mit festen Altersgrenzen versehen“ ist (vgl. Halstrick 2007). Die Verordnung von Kontrazeptiva und das Thema Schwangerschaftsabbrüche wurde schon viel und kontrovers diskutiert, so Halstrick, wohingegen die Einwilligungsfähigkeit von Jugendlichen bei Impfungen bisher aus den Debatten ausgeklammert wurde (vgl. ebd.).

### **3. Forschungsfeld und methodisches Vorgehen**

Wie in den bisherigen Ausführungen deutlich geworden ist, geht es mir in meiner Forschung darum aufzuzeigen, wie Meinungen im Kontext der HPV-Impfung entstehen. Anders formuliert kann man auch sagen, dass ich aus kulturanthropologischer Perspektive den Anspruch verfolge, das ‚kulturelle Geschehen‘, das mit dessen Einführung verbunden ist, zu beschreiben. Als theoretisches Konzept ist der Kulturbegriff im Fach immer stark diskutiert worden, dennoch gibt es bislang keine einheitliche Definition. Ich lehne mich mit meinem Forschungsinteresse an aktuelle (praxistheoretische) Konzeptionalisierungen an, die in Kultur das sehen, was Menschen prozessual durch ihr Handeln konstruieren bzw. herstellen, reproduzieren und verändern (vgl. z.B. Bourdieu 1976; Ortner 1984). Kultur ist demnach nicht – wie es traditionelle Fassungen nahe legten – etwas feststehend Homogenes, von dem eine determinierende Wirkung ausgeht – sondern kann, wie die Kulturanthropologin Gisela Welz unter Bezug auf Ulf Hannerz (Hannerz 1969) erläutert, eher als „jeweils spezifische Werkzeugkiste“ aufgefasst werden (vgl. Welz 2006, 133). Diesem Verständnis nach, so Welz, lässt sich Kultur auch als einen „kollektiven Wissensvorrat“, „der ein gruppenspezifisches Repertoire an Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt“, beschreiben (ebd., 140).

Das Interesse der (neueren) kulturanthropologischen Forschung ist es somit, die ermöglichten „Denk- und Handlungsformen“ als kulturelle Praxen zum Gegenstand zu machen und zugleich „die Modi der Hervorbringung von Praxis“ zu problematisieren (vgl. ebd., 140). Entsprechend eines prozessualen Kulturverständnisses unterliegt diese Praxis einem ständigen Wandel, und ‚neue‘ Kulturformen sind stets die „unintendierte Nebenfolge sozialer Praxis“ (ebd., 133).

Dieser Fokus korrespondiert mit meinem Interesse in der Forschung. Mein Ziel ist es einerseits nachzuvollziehen, welcher kultureller Praxen bzw. vorhandener ‚Ressourcen‘ sich die Akteure im Kontext der ‚Innovation Krebsimpfung‘ bedienen; andererseits frage ich aber auch danach, welche neuen kreativen Umgangsweisen von diesen entwickelt werden, um das Phänomen einzuordnen. Im Folgenden werde ich die methodischen Schritte, mit denen ich meinem Forschungsziel und auch der skizzierten Prozesshaftigkeit begegnet bin, erläutern.

#### **3.1 Feld - Dynamik und Offenheit**

Der traditionelle und auch der aktuelle Zugang der anthropologischen Disziplinen, kulturelle Praxis und Prozesse zu untersuchen, ist die Feldforschung. Ins Feld zu gehen bedeutete im

klassischen Sinne an einem bestimmten – meist fernen – Ort über einen gewissen Zeitraum mit den Menschen bzw. der Gruppe, die man zu seinem Forschungsgegenstand gemacht hatte, zusammen zu leben und diese in ihrem alltäglichen Umfeld teilnehmend zu beobachten und zu befragen. Diesem Vorgehen liegt die erkenntnistheoretische Annahme zu Grunde, dass das Verstehen der sozialen Lebenswirklichkeit der Anderen durch eigenes Erfahren möglich ist (vgl. Welz 1991, 74). Gisela Welz spricht von einer Kombination von „aktivem Nachvollziehen“ und anschließender „verstehender Deutung“, die es ermöglicht, „eine Rekonstruktion von überindividuellen bzw. kulturellen Sinnzusammenhängen vorzunehmen, die das soziale Handeln – ohne dass dies den Handelnden bewusst sein muss – bestimmen“ (ebd., 74).

Wie oben anhand des gewandelten Kulturverständnisses aufgezeigt gilt Kultur heute nicht mehr als an einen „geographischen Ort“ gebunden (vgl. Binder 2005, 15). Um der Beweglichkeit der kulturanthropologischen Felder, den „moving targets“ (vgl. Welz 1998), gerecht zu werden bzw. den sich durch die Globalisierung, Transnationalisierung und die modernen Kommunikationstechnologien ergebenden Veränderungen methodisch zu begegnen, wurden im Fach verschiedene Ansätze entwickelt, wie z.B. der der multi-sited ethnography des Kulturanthropologen George Marcus (vgl. Binder 2005, 61f). Eine ‚vielortige‘ – aber nicht ‚ortlose‘ – Feldforschung, wie sie Marcus vorschlägt, „führt die verschiedenen, zu einem Thema gehörenden Orte und Themen durch die Ethnographie zusammen und leistet Übersetzungsarbeit“ so die Kulturanthropologin Jana Binder (vgl. ebd., 63) unter Bezug auf Marcus (Marcus 1995, 100). Dies bedeutet, dass der Forscher mobil werden muss. Er hat sowohl den Menschen als auch den „Objekten, Metaphern, Geschichten, Biographien oder Konflikten“ eines Feldes nachzufolgen und sollte „den Diskursen und Semantiken“, die in es „hineinspielen“, nachgehen (vgl. Binder 2005, 63f).

Aus diesem Anspruch folgt für Binder, die in ihrer Dissertation die „Praxis Backpacking“ untersucht, dass „die Ethnographin entlang verschiedener methodologischer Praktiken“ ihr Feld selbst konstruieren muss (ebd., 63).

Trotzdem ist das Feld, so Paul Rabinow, keine reine Konstruktion des Forschers (vgl. Rabinow 2004, 62). „Es muss irgendwo dazwischen sein“, antwortet Rabinow auf die Frage, ob das Feld einfach da ist oder erst als Produkt des Forschers erscheint (ebd., 62). Um in der unendlichen Welt das Spektrum der Projekte einzuschränken, muss „man sich an die aktive Konstruktion eines Objektes machen“ (ebd., 62). Dennoch geht von einem Forschungsgegenstand auch ein gewisser Methodenzwang aus, wie die Soziologen Klaus Amann und

Stefan Hirschauer betonen. Aus ihrer Perspektive ist ein Feld „ein sich ständig selbst methodisch generierendes und strukturierendes Phänomen“, dem der ethnographisch arbeitende Forscher sich auszuliefern hat (Amann/Hirschauer 1997, 19).

Ich stelle diese Bemerkungen voran, um zu verdeutlichen, dass die ‚Konstruktion‘ meines Feldes und Gegenstandes nicht einfach war. Ich habe mich zwar nicht explizit mit dem Phänomen Mobilität beschäftigt. Dennoch bearbeite ich, wie der oben angeführte Gedanke der Ko-Produktion zeigt, ein Feld, das in ‚Bewegung‘ ist und dessen ‚Verortung‘ nicht ohne weiteres auf der Hand liegt. Ich musste mich also auf die Suche begeben. Die Herausforderung bestand zum einen darin, die verschiedenen Orte und Schauplätze, die für meine Fragestellung relevant sein könnten, ausfindig zu machen. Zum anderen galt es, einen Überblick über die Vielzahl der anknüpfenden Themen und Diskurse zu bekommen. Daneben hat die ‚(Eigen-)Dynamik‘ des Phänomens mein Suchen nach ‚bereitwilligen‘ Gesprächspartnern stark beeinflusst. Das heißt, dass ich angesichts der großen (weltweiten) Zielgruppe des Impfangebotes zwar auch selber eine Eingrenzung vornehmen musste; meinem Zugang zum Feld waren aber gerade durch dessen ‚relative Unbekanntheit‘ sowieso Beschränkungen gesetzt und in gewisser Weise bestimmte die Zugänglichkeit auch direkt die Gruppe, die ich letztendlich untersucht habe. Ich bin somit als Forscherin ebenfalls dem Prozess, den ich begleite und auch explizit thematisiere, „ausgeliefert“.

Dem „Zeitpunkt“ meiner Forschung kommt daher eine besondere Bedeutung zu: Erstmalig aufmerksam geworden auf die Thematik bin ich im Herbst 2006 durch einen Artikel in der „ZEIT“ (vgl. Schuh 2006). Die Entscheidung das Präventionsangebot der „HPV-Impfung“ zum Thema einer empirischen medizinanthropologischen Magisterarbeit zu machen fiel – auch auf Grund der hohen Aktualität – im Februar 2007. Von da an begann ich mit einer intensiven Beobachtung der tagesaktuellen Berichterstattung in den Medien. Ich führte erste informelle Gespräche im Bekanntenkreis und stellte Interviewanfragen an niedergelassene Frauen- und Kinderärzte. Ein erstes Gespräch mit einem Kinder- und Jugendarzt fand just an dem Tag der schon lange erwarteten Veröffentlichung der STIKO-Impfempfehlung (am 26.03.2007) statt. Bis zu diesem Zeitpunkt war davon die Rede gewesen, bereits neun- bis elfjährige Kinder zu impfen. Die STIKO setzte, begründet durch „Studien zum Sexualverhalten von Mädchen und jungen Frauen“, die untere Altersgrenze in ihrer Empfehlung jedoch bei zwölf Jahren an, was natürlich auch meinen Fokus ein wenig verschob. Im April und Mai 2007 folgten dann weitere Experten- und erste Laieninterviews. Vor allem aber führte ich

zahlreiche Telefonate mit verschiedenen Institutionen und Informanten auf der Suche nach einer ‚Öffentlichkeit‘ für mein Thema und weiteren Gesprächspartnern. Der Großteil der Interviews und auch die teilnehmende Beobachtung(en) fanden im Juni 2007 statt. Als meine ‚Feldphase‘ betrachte ich dennoch den gesamten Zeitraum – von März bis einschließlich Juni 2007 – da die anfangs oft erfolglose Recherche nach Interviewkontakten und Beobachtungsmöglichkeiten mir bereits als erste Ergebnisse gelten können. Ich werde daher auch diese etwas ausführlicher darstellen.

Als einen sehr wichtigen Faktor, der meinen Forschungsverlauf und meine Ergebnisse beeinflusst hat, werte ich die vorgezogene Empfehlung der STIKO<sup>88</sup>. Im Normalfall veröffentlicht die Kommission ihre jährlichen Empfehlungen im Juli jeden Jahres. „Auf Grund des großen öffentlichen Interesses“ entschied man sich ausnahmsweise, nicht solange zu warten (vgl. STIKO, 97). Die Richtlinien der STIKO stellen für Ärzte eine wichtige Informationsquelle dar und dienen vielen Eltern als Orientierungs- und Entscheidungshilfe (vgl. Heinbach 2005). Vor allem aber sind sie in Zukunft die direkte Grundlage für eine Kostenübernahme. Durch die aktuelle Gesundheitsreform werden, wie erwähnt, alle empfohlenen Impfungen ‚bundes einheitlich‘ zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen<sup>89</sup>. Dadurch ergibt sich ein vorher nicht vorhandener Rechtsanspruch auf Impfungen. Nach einer neuen STIKO-Empfehlung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nun jeweils drei Monate Zeit, um über diese zu entscheiden. Dies war auch bei der HPV-Impfung der Fall, so dass schließlich Ende Juni 2007 beschlossen wurde, diese mit in den Gesamtkatalog aufzunehmen. Die durch die Gesundheitsreform erforderliche und vom G-BA erstellte neue Schutzimpfungs-Richtlinie<sup>90</sup> wurde im Juli dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt (vgl. Halsstrick 2007, 860). Eine Nichtbeanstandung durch das Ministerium erfolgte jedoch erst mit Verzögerung Ende August 2007. Die sich anschließende Bekanntmachung im Bundesanzeiger, die die Schutzimpfungs-Richtlinie dann rückwirkend zum 1. Juli 2007 in Kraft treten lässt, stand jedoch bis Mitte September 2007 noch aus (vgl. G-BA 2007b)<sup>91</sup>.

---

<sup>88</sup> Die von vielen Kritikern angenommene fehlende Unabhängigkeit der STIKO bzw. deren Kontakte zu Pharmafirmen soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden (vgl. hierzu z.B. Görlitzer 2007).

<sup>89</sup> Bei den privaten Krankenversicherungen hängt die Kostenübernahme vom jeweiligen Vertrag ab. Meist lehnen sich die Kassen aber an die STIKO-Empfehlungen an (vgl. Halstrick 2007).

<sup>90</sup> Die neue Richtlinie umfasst auch alle anderen ab Juli 2006 empfohlenen Impfungen (vgl. Halstrick 2007).

<sup>91</sup> Einzelne regionale Kassenärztliche Vereinigungen haben daher mit den Krankenkassen Interimslösungen, speziell für die HPV-Impfung erarbeitet. Diese sollen eine Abrechnung über Chipkarte bereits ab dem 1. Juli 2007 ermöglichen (vgl. z.B. KV Nordrhein). In Berlin wurden sogar schon Anfang des Jahres vertragliche Sonderregelungen mit einzelnen Kassen getroffen. Die Impfung ist dort schon ab April von nahezu allen Kassen als Leistung auf Chipkarte zu haben. Diese Regelung führte dazu, dass laut Pressemitteilung der KV Berlin im November 2007 bereits 40 Prozent der Mädchen geimpft sind (vgl. KV Berlin).

Diese ‚zeitliche Abfolge‘ hatte zur Folge, dass zum Zeitpunkt meiner Forschung, die wie beschrieben größtenteils nach der STIKO-Empfehlung, aber vor dem 1. Juli 2007 stattfand, noch keine einheitliche Regelung der Kostenfrage gegeben war. Einzelne Krankenkassen hatten zwar bereits Anfang des Jahres die Impfung ‚freiwillig‘ in ihren Leistungskatalog mit aufgenommen, was laut des von mir interviewten Kinder- und Jugendarztes als klarer „*Marketinggag*“ zu werten sei.<sup>92</sup> Die Erstattung erfolgt(e) aber, genau wie bei den anderen Krankenkassen, die nach der Empfehlung nachzogen, zunächst nach dem „Kostenerstattungsprinzip“ (vgl. Landesfrauenrat). Das heißt es wird ein Privatrezept für den Impfstoff ausgestellt und die Eltern bekommen die vorgestreckten 465 € (plus Arzthonorar) nach der erfolgten dritten Impfung von ihrer Kasse zurück (vgl. ebd.). Diese Handhabung stellt für viele Eltern einen wichtigen Punkt dar. Von Seiten der Medien wurde zwar auf die Neuregelung durch die Gesundheitsreform aufmerksam gemacht. Im Einzelfall, wie viele meine Interviewpartner mir bestätigen, müssen die Versicherten selbst die Initiative ergreifen und sich bei ihren Krankenkassen nach den entsprechenden (Übergangs-)Regelungen erkundigen.<sup>93</sup>

### **3.2 Annäherungen an das Feld**

Als ersten methodischen Zugang zum Feld habe ich bereits die intensive Verfolgung der Medienberichterstattung und die Recherche von medizinischen Fachartikeln benannt. Angesichts von weit über einer Millionen Einträge bei der Suchmaschine Google (Stichwort: HPV Vaccination) galt es, sich einen Überblick zu verschaffen. Hierbei stand zunächst die inhaltliche Auseinandersetzung mit den medizinischen Fakten im Vordergrund, des Weiteren interessierte mich auch die Frage, wer in welcher Art und Weise die verschiedenen Zusammenhänge und Informationen präsentiert (vgl. Hartmann 1991). Die oben geleistete Darstellung der aus meiner ‚subjektiven‘ Perspektive relevanten Punkte werte ich indirekt als erstes Forschungsergebnis.

Bis auf wenige kurze Einspieler in Fernsehbeiträgen oder Fotos, auf denen Ärzte mit Spritze bestückt und jungen Mädchen mit hochgekrempeelten Ärmeln zu sehen sind, war in meinen Forschungszeitraum in den Medien sehr wenig über die ‚praktischen Aspekte‘ zu erfahren. Der entscheidende Weg, Antworten auf die eingangs aufgeworfenen Fragen zu bekommen, war daher die persönliche Begegnung bzw. die ethnographische Feldforschung.

---

<sup>92</sup> Die ‚freiwillige‘ Kostenerstattung vor der STIKO-Empfehlung erfolgte aber seitens der Krankenkassen mit sehr unterschiedlichen Altersgrenzen (in der Spanne von neun bis 27 Jahren; teils für Jungen und Mädchen).

<sup>93</sup> Wenn sie nicht bereits durch die Mitgliederzeitschrift ihrer Krankenkasse darüber informiert wurden.

Diese umfasste für mich an erster Stelle das Führen von qualitativen Interviews und als wichtige Ergänzung auch teilnehmende Beobachtungen.

### **3.3 Interviews**

#### **3.3.1 Experteninterviews**

Die Aufgabe, ‚Experten‘ als Interviewpartner zu gewinnen, erwies sich als relativ unkompliziert. Per Email und Telefon konnte ich Kontakt zu einer niedergelassenen Frauenärztin, einem Kinder- und Jungendarzt und einer Mitarbeiterin einer Sexualberatungsstelle herstellen. Die Auswahl der Gesprächspartner erfolgte zufällig. Bis auf ein weiteres sehr ausführliches Gespräch, das ich mit einer in der schulischen Sexualaufklärung tätigen Ärztin führte, fanden diese Gespräche alle zu Beginn (März/April 2007) der Forschung statt. Ziel der Interviews war es, einen ersten Eindruck in den Stellenwert der Impfung im Praxis- und Beratungsalltag zu bekommen. Medizinische Fakten waren weniger von Belang. Mein Frageinteresse richtete sich vor allem auf deren Erfahrungen in Aufklärungsgesprächen und eine persönliche und fachliche Einschätzung der ‚Zukunft‘ und Akzeptanz des Präventionsangebotes.

#### **3.3.2 Laieninterviews und die Rolle der Informanten**

Den Hauptteil meiner empirischen Forschung stellen 16 Gespräche mit jungen Mädchen und Eltern dar (insgesamt 35 Personen). Die Interviewkontakte ergaben sich auf zwei verschiedenen Wegen. Einen sehr wichtigen Part in der Vermittlung nahmen dabei Personen aus meinem familiären Umfeld und aus meinem Bekannten- und Freundeskreis ein. Grundlage waren meist informelle Gespräche über mein Thema, eigene Begegnungen mit der Krankheit Krebs oder auch Erfahrungen mit unklaren PAP-Testergebnissen. Diesen folgte dann meinerseits meist die Bitte, über mögliche Gesprächspartner für mich nachzudenken. Die Altersspanne der Mädchen, mit denen oder mit deren Eltern ich mich unterhalten wollte, hatte ich anfangs bei neun bis 18 angesetzt, verschob die untere Grenze aber nach der STIKO-Empfehlung nach oben. Außer einer Gesprächsbereitschaft – die natürlich voraussetzt, dass die potentiellen Gesprächspartner irgendwann schon mal was von der „neuen Impfung“ gehört haben – stellte ich somit keine besonderen Auswahlkriterien auf. Das heißt auch, dass ich weder explizit nach Impfgegner und noch nach Impfbefürwortern gesucht habe. Durch die persönliche Vermittlung ergibt sich jedoch die Tatsache, dass die Familien, mit denen ich Kontakt hatte, alle am ehesten der „Mittelschicht“ zuzuordnen sind und überproportional viele Elternteile in sozialen und pädagogischen Berufen tätig sind.

Auch wenn dies nicht so intendiert war, fand die Kontaktaufnahme fast ausnahmslos über die Mütter statt. In einigen Fällen bekam ich sofort einige Telefonnummern, womit ich „quasi ohne Vorwarnung“ bei den Betreffenden anfragen konnte. Meistens jedoch wollten meine Informantinnen erstmal nachhören, ob die Mütter und Väter Interesse und angesichts „des allgemeinen Familienstresses“ auch Zeit haben, sich mit mir zu über dieses „doch recht sensible Thema“ zu unterhalten (vgl. FFT, 8). Oder es galt, wie es eine Informantin spaßhaft ausdrückte, erstmal zu eruieren, ob die Töchter der bekannten Eltern denn überhaupt noch Jungfrauen sind (vgl. FFT, 20). Besonders zu Beginn meiner Forschung stieß ich jedoch trotz Wohlwollen und Interesse am Thema mit meiner Bitte nach einem Interview, das auf Tonband aufgezeichnet werden sollte, zunächst auf zurückhaltende Reaktionen oder auch Verunsicherung und es blieb oft bei kurzen Telefonaten<sup>94</sup>. Bei einigen Personen, die ich zu einem persönlichen Treffen bewegen konnte, hatte ich den Eindruck, dass das Motiv mir oder speziell auch den Informantinnen einen ‚Gefallen‘ zu tun, oft entscheidender war als das Bedürfnis, selbst über die Impfung erzählen zu wollen.

Insgesamt ergaben sich auf diesem Wege zehn Interviewtermine mit insgesamt 17 Personen, vier davon waren mir vorher bekannt. Das Alter der Töchter variierte von elf bis 18 Jahren. In drei Fällen führte ich ein Doppelinterview mit den Müttern und Töchtern<sup>95</sup> gemeinsam, ein Interview fand mit einem Vater statt, ein weiteres mit beiden Elternteilen und der Tochter, die übrigen fünf Interviews führte ich mit den Müttern alleine. Meinen ursprünglicher Plan, die Mütter und Töchter getrennt hintereinander zu befragen, verwarf ich, da er mir in der Situation unpassend erschien. Die meisten Familien besuchte ich zu Hause, in zwei Fällen ergab es sich, dass ich die Mütter an ihrem Arbeitsplatz befragen konnte. Zwei der Interviews fanden im ländlichen Raum statt, der Rest in verschiedenen westdeutschen Großstädten. Die Länge der Interviews schwankte zwischen 20 und 80 Minuten.

Die ethnographische Feldforschung zeichnet sich dadurch aus, dass sie als offener Lern-, Entwicklungs- und Erkenntnisprozess angelegt ist (vgl. Keim 1999, 119). Die Hypothesenbildung findet somit zum großen Teil während der Forschung statt, und es ist auch Teil des Prozesses, eigene Vorhaben und Vorannahmen „über Bord“ zu werfen (vgl. Süßbrich 2004, 11). Dies gilt auch für meine Arbeit. Ich musste meine anfängliche Vorstellung, dass die „Impfung“ schon im Frühjahr ein „großes Thema“ unter Eltern und Mädchen ist, relativieren.

---

<sup>94</sup> Ich konnte mehrere kurze Telefoninterviews führen (siehe Aufstellung der Gesprächspartner).

<sup>95</sup> Von diesen fünf Mädchen gehen drei auf das Gymnasium und zwei auf eine Gesamtschule.

Auch meinen Plan, bei Informationsveranstaltungen und den erwähnten Aktionswochen beobachten und Kontakte für Interviews zu knüpfen, war nicht zu realisieren. Die Anzahl der über das Internet zu findenden Elterninfoabende (z.B. in Volkshochschulen und Apotheken) war sehr begrenzt und meist fanden diese ein- bis zweistündigen Vorträge nicht in „Wohnortnähe“ statt.<sup>96</sup> Die Mitarbeiter der PR-Agentur, die die „tell someone: ich sag’s weiter – Du auch?“-Kampagne für Sanofi organisiert, gaben mir zwar höflich Auskunft, da aber die beiden ersten „Aktionswochen“ aus einem Foto- und Gedichtwettbewerb (vgl. tell someone) bestanden und mir keine Adressen von teilnehmenden und bei Veranstaltungen unterstützten Praxen mitgeteilt werden konnten, verwarf ich Idee, hier fündig zu werden. Ein „Durchtelefonieren“ der ortsansässigen Frauenarztpraxen diesbezüglich erwies sich ebenso als ineffektiv.

Über verschiedene Abteilungen eines Gesundheitsamtes wurde ich schließlich an eine Schulärztin verwiesen, die, wie man mir sagte, „schon zu dem Thema gearbeitet hat“ (vgl. FFT, 18). Diese stimmte mir zu, „dass es auch wirklich schwer wäre, für dieses Thema eine Öffentlichkeit zu finden und Kontakt zu Eltern zu bekommen“, machte mir aber Hoffnung, dass ich in einer von ihr betreuten Gesamtschule fündig werden würde (vgl. FFT, 20). Dort hatte sie im Rahmen einer Schulentlassungsuntersuchung in den 9.Klassen bereits im Februar eigenverantwortlich über die Impfung informiert und den Mädchen Briefe an die Eltern mitgegeben. Die betreffende Schule befindet sich in einem Randbezirk einer Großstadt, in dem überwiegend Familien der unteren Einkommensklasse wohnen. Nachdem ich mit der dortigen Sozialarbeiterin telefoniert hatte und auch ein offizielles Schreiben der Hochschule zugesagt war, holte diese die Erlaubnis der Klassenlehrer ein. Daraufhin wurde ein Termin vereinbart, an dem ich durch die verschiedenen Klassen zog.

Dort<sup>97</sup> trug ich mein Anliegen persönlich vor und verteilte an die bereitwilligen Mädchen ein Schreiben, in dem ich mich und mein Forschungsthema vorstellte. Das Schreiben enthielt auch eine Einverständniserklärung, die von den Eltern ausgefüllt werden sollte. Sowohl bei den Lehrern<sup>98</sup> als auch den Mädchen stieß dies auf Interesse. Lediglich ein Mädchen meinte, „dass ihre Mutter sie schon genug damit nerve“ (vgl. FFT, 24). Zur größeren Verbindlichkeit wurde eine Kopie des Zettels mit den Namen der Mädchen, die sich zu einem Interview

---

<sup>96</sup> Auffällig war zum Beispiel auch, dass im Frühjahr weit mehr Verweise auf Veranstaltungen im benachbarten Österreich und in der Schweiz zu finden waren, wo die Kostenübernahme bis in den Herbst 2007 nicht geklärt war. Gleiches gilt auch für spezielle HPV-Impfsprechstunden.

<sup>97</sup> Bzw. es wurde mit Unterstützung der Sozialarbeiterin so organisiert, dass ich nach kurzen einführenden Worten nur mit den Mädchen in einen separaten Raum gehen konnte und dort mein Projekt vorstellte.

<sup>98</sup> Wie sich in den Gesprächen herausstellt, hat eine Biologielehrerin ihre Schulklasse extra noch ‚vorbereitet‘ auf meinen Besuch und der Impfung eine halbe Schulstunde gewidmet.

bereiterklärt hatten, an die (Klassen-)Lehrer verteilt. Dies war notwendig, da die Termine während der Schulzeit stattfanden und die Mädchen somit vom Unterricht befreit werden mussten. Von entscheidendem Vorteil war die Tatsache, dass meine Anfrage in die unmittelbare Zeit vor den Sommerferien fiel. Somit standen alle Noten schon fest und mein ‚Angebot‘ wurde, so mein Eindruck, als willkommene Abwechslung gewertet.

Von Seiten der Sozialarbeiterinnen wurde mir ein Raum zur Verfügung gestellt. An zwei aufeinander folgenden Tagen im Juni konnte ich hier sechs Gruppeninterviews mit insgesamt 19 Mädchen im Alter von 14 bis 16 Jahren führen. Bis auf zwei erkrankte Mädchen und ein weiteres, deren Eltern, wie mir die Freundinnen mitteilten, eine Teilnahme am Gespräch untersagt hatten, kamen alle zu den verabredeten Terminen. Die Länge der Interviews bewegte sich zwischen 30 und 60 Minuten.

Um sowohl diesen Interviews als auch den Interviews im familiären Rahmen eine gewisse Strukturiertheit zu geben und eine spätere Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde von mir ein knapper Frageleitfaden entwickelt. Dieser diente mir jedoch nur zur Orientierung, da ich versuchte, den Gesprächen eine größtmögliche Offenheit zu geben. Angesichts der ‚Neuheit‘ des Themas war es mein Ziel, so wenig Assoziationen und Kontexte wie möglich vorzugeben, da ich neugierig auf die Relevanzsetzungen meiner Interviewpartner war. Dennoch waren die von mir gesetzten Frageimpulse wichtig, da nach den ersten explorativen, indirekt als Probeinterviews zu wertenden Telefonaten klar war, dass meine Gegenüber, auch respektive ihrer „geringen Erfahrungen“ mit der Impfung, Klarheit über meine Erwartungen und mein Frageinteresse wünschten (vgl. FFT, 15).

Dieses richtete sich auf verschiedene Themenkomplexe, die bereits aus meinen einleitenden Ausführungen ersichtlich sind. Als Einstieg dienten meist eher praktische Fragen nach der Art und Weise bzw. den Wegen und der Qualität der Information über die Impfung und dem aktuellen Stand (bzgl. eventueller Impfvorhaben etc.). Weiterhin fragte ich nach dem Verständnis der Wirkung und Wirksamkeit des Präventionsangebotes, entsprechenden Erwartungen und Bedenken und bereits stattgefundenen Kontakten mit Ärzten. Verschiedene andere Fragen zielten darauf, mehr über vorhandene Impferfahrungen, Begegnungen mit der Krankheit Krebs und die Vorstellungen von Prävention insgesamt zu erfahren. Je nach Konstellation der Interviews wurde ferner auch das Eltern-Tochter-Verhältnis thematisiert und der Bereich der Sexualität und Aufklärung mehr oder weniger intensiv angesprochen. Die Reihenfolge der Fragen wurde flexibel gehandhabt, wobei diejenigen Themenkomplexe, die als

„emotionsbesetzter“ zu bezeichnen sind und die eine gewisse Vertrautheit voraussetzten meist in der zweiten Hälfte des Gespräches ihren Platz fanden.

Abgesehen davon wurde der Gesprächsverlauf auch stark durch die Fragen meiner Gesprächspartner beeinflusst. Auch wenn es natürlich mein Ziel war, deren Meinungen zu erfragen, konnte ich es ihnen nicht ‚verwehren‘, auch meinen Standpunkt zu sondieren und die Gelegenheit zu nutzen, Fragen an mich als ‚vermeintliche Expertin‘ zu stellen. Vielmehr bin ich speziell in den Gesprächen mit den Mädchen dazu übergegangen, auch explizit Raum für Nachfragen zu geben. Dieses Vorgehen erwies sich als vertrauensbildend und die Qualität der Nachfragen und die Reaktionen auf einzelne ‚Fakten‘ wurde ferner auch zu einer wichtigen Ergebnisquelle. Manche meiner erwachsenen Gesprächspartner warteten hingegen bis nach dem offiziellen Interviewteil, um kritische Anmerkungen zu machen und offene Punkte zu klären.

Meist im unmittelbaren Anschluss an die Interviews versuchte ich in kurzen Erinnerungsprotokollen die Gesprächsatmosphäre, performative Elemente und auch meine Eindrücke von der häuslichen Umgebung festzuhalten. Die Interviews selber wurden von mir auf Tonband aufgezeichnet und nach der Feldphase transkribiert. Die Namen aller Interview- und auch informellen Gesprächspartner wurden für diese Arbeit durch Pseudonyme ersetzt. Ebenso wurden auch die Orte und Institutionen, die mit meinen teilnehmenden Beobachtungen in Zusammenhang stehen, anonymisiert.

### **3.4 Beobachtungen**

Qualitative Interviews waren, wie erläutert, meine erste Wahl, mehr über die HPV-Impfung aus Sicht der Akteure zu erfahren. Es ging mir in meiner Forschung darum zu verstehen, was es braucht, damit Informationen der Impfung bezüglich ‚handlungsanleitend‘ werden. Ich betrachte somit das spannungsreiche Verhältnis zwischen Denken und Tun. Die hierzu in den Interviews gemachten Aussagen werden von mir jedoch nicht als Einblick in die ‚pralle Wirklichkeit‘ verstanden (vgl. Kaschuba 1999, 210). Ich bin mir im Klaren, dass es sich bei dem Gesagten um ein „bewusstes und deutendes Erzählen“ und somit eher um eine Momentaufnahme einer Wirklichkeit aus Sicht der Sprechenden handelt (vgl. ebd., 210).

Um mich aber dieser Wirklichkeit nicht nur durch Gespräche zu nähern, stellte die Möglichkeit, Mädchen – und in Ansätzen auch Eltern – teilnehmend zu beobachten, eine wichtige

Ergänzung dar. Die Gelegenheit hierzu bot sich auf zwei Informationsveranstaltungen zum Thema und bei mehreren medizinischen „Informationsstunden“ in verschiedenen weiterführenden Schulen. Hier konnte ich zuschauen, wie im Kontext der Impfung informiert und gefragt wird, und selbst die Erfahrung machen, dass es einen Unterschied macht, persönlich und ‚live‘ (bzw. mit einer gewissen Emotionalität) die Zusammenhänge erklärt zu bekommen und nicht nur Zeitungsartikel zum Thema zu lesen. Vor allem war besonders meine Teilnahme an der schulischen Sexualaufklärung wichtig, um mich zurückzuerinnern, aber auch neu vertraut zu machen mit den Fragen und Themen, die für Mädchen im Alter von zwölf bis 15 in Bezug auf die eigene Körperlichkeit von Interesse sind.

Der Kontakt zu dem Verein, der die als Präventionsangebot verstandenen Besuche der Ärztinnen in den Schulen organisiert, wurde durch eine persönliche Empfehlung hergestellt. Nachdem ich auch der Vorsitzenden mein Projekt telefonisch vorgestellt hatte, war es mir möglich, drei der Medizinerinnen zu begleiten und insgesamt in fünf verschiedenen Schulklassen teilnehmend zu beobachten. Eine Besuch fand in einer Realschule im ländlichen Raum statt (6. Klasse), die anderen in einer west- und in einer ostdeutschen Großstadt (in zwei weiteren Realschulen und einem Gymnasium: dreimal in der 7. Klasse und einmal in der 9. Klasse). Die HPV-Impfung war hier jedoch nur ein Topic unter vielen anderen jeweils altersgerechten Themen, die in der auf 90 Minuten angelegten und sich ausschließlich an die Mädchen richtende Fragestunde zur Sprache kamen. Es wurde aber eine Empfehlung für die neue „Krebs-Vorsorgeimpfung“ ausgesprochen und den Mädchen nahe gelegt, mit den Eltern mal über dieses und auch die andere Impfangebote (hier speziell die Hepatitis B-Impfung) zu sprechen (vgl. FFT, 48). In der Regel nehmen die Lehrer nicht an dem Angebot teil, sie wurden aber von den Ärztinnen bezüglich meiner Anwesenheit vorher um Erlaubnis gebeten. Ich bekam die Rolle<sup>99</sup> einer Hospitantin zugewiesen und wurde jeweils zu Beginn der Stunde kurz vorgestellt. Vorher und im Anschluss an die Stunden hatte ich aber die Gelegenheit, mich mit den Ärztinnen über ihre Arbeit und die HPV-Impfung zu unterhalten.

Die Informationsabende, an denen ich teilnahm, wurden von zwei verschiedenen Gesundheits- bzw. Sexualberatungsstellen ausgerichtet. Sie sind somit als von der Pharmaindustrie unabhängig zu bezeichnen, und zumindest eine der beiden Ärztinnen gestaltete ihren Vortrag auch so, dass die kritischen Aspekte im Vordergrund standen. Da bei der einen Veranstaltung

---

<sup>99</sup> Vor allem aus rechtlichen Gründen war es jedoch nicht vorgesehen, dass ich mich selbst mit Fragen an die Mädchen richtete.

außer mir nur eine weitere ZuhörerIn anwesend war, ‚offenbarte‘ ich hier gleich zu Beginn mein Forschungsinteresse. In dem anderen Fall ergab sich dies im Laufe der Diskussion. Meine Eindrücke von den Veranstaltungen und Schulstunden sowie alle im diesem Kontext geführten Gespräche hielt ich ebenfalls zeitnah in Form von Erinnerungsprotokollen fest.

### **3.5 Teenageransichten und Forschen in einem sensiblen Feld**

Wie bereits erläutert ist die ethnographische Forschung als ein fortwährender Erkenntnisprozess zu beschreiben. Eine Erkenntnis, die sich im Laufe meiner Forschung immer mehr verfestigte war, dass ich ein Thema gewählt hatte, das nicht nur sensibel ist, sondern das mich auch mehr als gedacht mit den innerfamiliären Beziehungen, speziell den Mutter-Tochter-Beziehungen meiner Gegenüber in Berührung bringen würde. Ebenso hatte ich zu Beginn der Forschung nicht die Vorstellung gehabt, dass ich so viele Gespräche mit jungen Mädchen selbst führen würde. Dies mag zum einem an dem ursprünglich tiefer angesetzten Altersgrenze (Impfen ab neun Jahren) gelegen haben und zum anderen an der Tatsache, dass ich privat wenig Kontakt zu der genannten Zielgruppe habe. Es stellte sich doch bald als logische Konsequenz heraus, dass ich natürlich auch mit der Perspektive derer, um die „es geht“, vertraut werden wollte. Und auch die Mütter der älteren Mädchen schlugen meist ein gemeinsames Treffen vor. Wenn jedoch gefragt wurde, ob „die Tochter denn unbedingt dabei sein müsste“, überließ ich in der Regel den Müttern die Entscheidung, bzw. oft waren es zeitlich-organisatorische Gründe die bestimmten, mit wem ich letztendlich das Gespräch führte (vgl. FFT, 23). Die Möglichkeit, zusätzlich losgelöst von dem familiären Umfeld die beschriebenen Gruppengespräche mit den Mädchen führen zu können, erwies sich als sehr dankbare Ergänzung, da hier unbefangener und offener als in Anwesenheit der Eltern diskutiert und insbesondere auch gefragt werden konnte.

Bei der folgenden Präsentation meiner Ergebnisse ist somit immer mit zu bedenken, dass der Gesprächsverlauf und der Inhalt der Antworten in den Interviews auch durch die jeweiligen verschiedenen Konstellationen und den in den Familien geprägten Diskussionsstil bzw. das Mutter-Tochter-Verhältnis<sup>100</sup> bestimmt wird. Ich werde versuchen, die diesbezüglich von mir wahrgenommen Nuancen zu beschreiben.

---

<sup>100</sup> Die Mutter-Tochter-Beziehung ist ein vieldiskutiertes Thema, von Seiten der Soziologie, Psychologie und auch der Psychoanalyse. Ich verweise auf einen interdisziplinären Sammelband: Mens-Verhulst/Schreurs/Woertman 1996; hier speziell auf den Beitrag der Kulturanthropologin Mieke de Waal bzw. deren Dissertation/Ethnographie über adoleszente Töchter (Waal 1989). Das Thema „Weibliche Adoleszenz“ insgesamt kann im Rahmen dieser Arbeit natürlich nicht ‚theoretisch vertieft‘ werden. Vgl. für einen Überblick z.B.: Flaake/King 2003.

Jugendliche zu interviewen heißt, unabhängig von der Tatsache, dass dies (meist) erst durch eine Erlaubnis der Eltern ermöglicht wird, sich auch einer gewissen Verantwortung bewusst zu sein. Wie angedeutet, folgte für mich daraus, dass ich dazu überging die vielen Fragen der Mädchen zu beantworten. Ein Mädchen, das an einem der Gruppeninterviews in der Gesamtschule teilnahm, fasst den Zwiespalt, den mein Thema allgemein prägt, in folgender Frage zusammen: „*Machen Sie das jetzt auch, damit die Schüler besser informiert sind oder wollen Sie halt nur wissen, was wir denken oder...?*“. Zwar ist es mein Forschungsinteresse, der „unverfälschten“ Meinung nachzuspüren, doch entspricht es auch den ethischen Ansprüchen, die an ethnographische Forschungen gestellt werden, die ‚relative‘ Machtposition und das Vertrauen der Erforschten nicht zu missbrauchen (vgl. Kirk 2007). Dies gilt für die qualitative Sozialforschung allgemein, insbesondere aber auch für medizinanthropologische Arbeiten und die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen<sup>101</sup>. In den Gesprächen galt es somit abzuwägen, an welchen Stellen es angebracht war, auch eine ‚aufklärende‘ Position einzunehmen und Ängsten und (weiteren) Missverständnissen bezüglich der Impftematik entgegenzuwirken und an welchen Stellen Aussagen ruhig so stehen gelassen werden konnten. Für die Interpretation meiner Interviews bedeutet dies auch, mit zu berücksichtigen, dass ich nicht nur als Person meine Gegenüber beeinflusse, sondern auch durch meine Interpretation verschiedener ‚Fakten‘ zur Thema ungewollt oder gewollt ‚Meinung mache‘.

Besonders im Bezug auf die Jugendlichen (aber auch bei den Eltern) ist auch zu betonen, dass es mir weder in den Interviews und noch in der Darstellung des Materials darum geht, Wissenslücken ‚vorzuführen‘. Ich möchte mit meinen Ergebnissen zwar herausarbeiten, wo Ansatzpunkte für Verständnisschwierigkeiten sind, bin mir aber auch bewusst, dass in dem Entwicklungsprozess Pubertät das Wissen um körperliche Zusammenhänge und Sexualität einem enormen Wandel unterliegt. Zum anderen habe ich in der Forschung selbst erlebt, dass es beim Thema der HPV-Impfung ständig etwas dazuzulernen gibt.

Gemäß dem Kulturanthropologen James Clifford, der als einer der Wortführer der „Textualisierungsdebatte“ im Fach gilt, handelt es sich bei dem, was ethnographisch arbeitende Forscher in ihren Texten darstellen, immer um eine konstruierte Wirklichkeit (vgl. Knecht/Welz 1995, 75). Die vorangegangene Feldforschung ist, dadurch dass der Forscher sich selbst als „Werkzeug“ gebraucht und somit auch seinen eigenen Hintergrund etc. mit einbringt,

---

<sup>101</sup> Zu den methodischen und ethischen Problemen bezüglich der Forschung mit Kindern und Jugendlichen vgl.: Kirk 2007 und James 2007.

ebenfalls immer perspektivgebunden. Ziel ist daher nicht das „Erreichen eines objektivistischen Ideals“ sondern mehr ein Arbeiten im „Bewusstsein der Verstricktheiten und Bedingtheiten“ (vgl. ebd., 75).

Ich habe versucht, möglichst (selbst)reflexiv einige meine Forschung prägende Umstände aufzuzeigen. Zu meiner eigenen Person ist zu ergänzen, dass ich mich als „Frau“ zwar durchaus als zu einer „Risikogruppe“ zugehörig empfinde. Im Bezug auf die HPV-Impfung sehe ich mich aber mit 30 Jahren<sup>102</sup> und ohne Kinder zum jetzigen Zeitpunkt selbst nicht in der Situation, eine Entscheidung treffen zu müssen. Diese Tatsache hat eine gewisse Entspanntheit meinerseits zur Folge, macht mich aber auch umso neugieriger auf die Sicht derer, die sich aktiv mit der neuen Handlungsoption auseinandersetzen (müssen). Dennoch muss man sich natürlich in gewisser Weise, wie eine der interviewten Mütter anmerkte, selbst positionieren, um „so ein Thema“ bearbeiten zu können (vgl. FFT, 31). Dies gilt auf jeden Fall für die Experten im Beratungsalltag, wie mir in den Gesprächen direkt und indirekt bestätigt wurde.

Meinen eigenen Standpunkt würde ich am ehesten als durch Ambivalenz gekennzeichnet beschreiben. Eine größtmögliche Offenheit für alle Argumente und Standpunkte erscheint mir angemessen, um die Gesamtheit und Komplexität des Themas überblicken zu können und mich als Forscherin selbst ‚beeindrucken‘ zu lassen. Wenn ich während der Gespräche in die Situation kam, fachliche Fragen zu beantworten, habe ich somit versucht, dies möglichst sachlich und verantwortlich zu tun und mich mit weitergehenden eigenen Einschätzungen zurückzuhalten. Aus wissenschaftlicher Sicht war für mich beides von Interesse: Ich wollte zum einen kritisch die verschiedenen Dimensionen des Phänomens HPV-Impfung und die mit ihm verbundenen Konstruktionsprozesse erfassen. Zum anderen war es aber auch mein Anspruch, mich in die Situation der Akteure hineinzusetzen und deren Haltungen und Erfahrungen respektvoll zu begegnen.

---

<sup>102</sup> Natürlich ist auch eine Impfung über das 26. Lebensjahr hinaus (und als Mann) möglich. Diese findet dann im Rahmen eines so genannten „Off-Label Use“ (zulassungsüberschreitende Anwendung) statt. Die Kosten hierfür müssen, wie bei anderen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) auch, selbst getragen werden. Die behandelnden Ärzte haften. Für die 18-26-jährigen jungen Frauen haben einige Krankenkassen bereits eine freiwillige Kostenübernahme beschlossen (vgl. KV Nordrhein).

### 3.6 Interpretation des Materials

Die folgende Präsentation stellt mehr eine Interpretation meines im Forschungsprozess gewonnenen Materials dar; sie beruht weniger auf einer strengen analytischen Auswertung beruht (vgl. Binder 2005, 85). Zum meinem Material zähle ich neben den Interviewtranskripten<sup>103</sup> vor allem mein Feldforschungstagebuch, in dem ich die Recherche und alle weiteren Gespräche und Eindrücke protokolliert habe. Bei der im Anschluss an die Feldphase stattgefundenen Ordnung von diesen ‚Daten‘ stand eine thematische Strukturierung im Vordergrund. Grundlage hierfür war zum ersten die Fragekomplexe des Leitfadens und zum zweiten die oben ausgeführten theoretischen Konzepte. Demgemäß wird bei der Darstellung meiner Ergebnisse die Herausarbeitung der angenommenen Prozesshaftigkeit der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung von besonderer Bedeutung sein. Bei dem Nachzeichnen der Prozesshaftigkeit stütze ich mich jedoch auf die Interpretation meiner Interviewpartner. Daneben werde ich in Ansätzen skizzieren, welche ‚Entwicklungen‘ ich in den vier Monaten meiner Forschung wahrgenommen habe.

Ich werde im Folgenden versuchen, anhand meiner Interviewbeispiele Rückschlüsse auf sich etablierende Strukturen bzw. Ansätze für Praxisformen zu ziehen, die die Betroffenen verbinden. Neben der Skizzierung von überindividuellen Mustern und Strategien wird die Darstellung der Einzelpersonen dennoch eine nicht unwichtige Rolle spielen.

---

<sup>103</sup> Auszüge aus dem Feldforschungstagebuch werden im Folgenden in Anführungszeichen gesetzt, Interviewzitate hingegen werden zusätzlich kursiv markiert. Werden Gesprächspartner namentlich genannt, verzichte ich auf Hinweise zu Seitenzahlen des Feldforschungstagebuchs: hier verweise ich auf die Aufstellung meiner formellen und informellen Gesprächspartner am Ende der Arbeit.

## 4. Prozess der Meinungsbildung

### 4.1 Information(en)

Am Anfang des Prozesses der Meinungsbildung steht zunächst einmal die Information. Wie erfahren die relevante Zielgruppe bzw. die Eltern und die Töchter von der HPV-Impfung? Und welche Schlüsse ziehen sie aus den Daten und Zusammenhängen? Ich werde im empirischen Teil zunächst beschreiben, was meine Interviewpartner mir über ihre ersten Begegnungen mit dem neuen Präventionsangebot berichten. Dem folgt eine Skizzierung der wichtigsten Verständnisfragen bezüglich der medizinischen ‚Fakten‘. Im Anschluss daran werde ich anhand verschiedener Beispiele darlegen, welche Punkte jeweils bei den Mädchen und Eltern prägend für eine (momentane) Haltung gegenüber der Impfung sind und wie diese meine Gesprächspartner schließlich zu einer Impfscheidung führt oder führen könnte

#### *Materialien und Orte der Information*

„Das lief vor vielleicht drei, vier Monaten so zweigleisig, ohne dass wir beide darüber gesprochen haben“, antwortet Frau Walter, Mutter einer 15-jährigen Tochter, auf meine Frage, wie sie und ihre Tochter denn auf die Impfung aufmerksam geworden sind.

*„Also relativ gleichzeitig gab mir eine Kollegin [Lehrerin] einen Prospekt, den sie vom Gynäkologen bekommen hatte bei der Routineuntersuchung, und die selbst hat halt einen Sohn zu Hause [...] und sagte: Hör mal, ich hab was Wichtiges für dich, musst du mit deiner Tochter machen. [...] Und vielleicht einen Monat später oder so, nachdem ich mir schon vorgenommen habe, wir müssen sowieso mal einen Gynäkologen aufsuchen, kam sie dann und sagte: Übrigens, wenn wir gehen, muss ich mich auch impfen lassen.“*

Frau Walter erinnert sich, dass ihre Tochter erzählte, dass die Biologielehrerin sie auf die neue Impfung hingewiesen habe.<sup>104</sup> Und dass sie das auch „definitiv tun müssen“, bevor sie den ersten Freund hat, das wusste ihre Tochter auch schon. Parallel dazu wurde sie dann noch von einer Freundin, die selbst eine ältere Tochter hat und die, wie Frau Walter anmerkt, auch wiederum Lehrerin sei („vielleicht dadurch“), auf das Thema angesprochen.

Dieser kurze Einblick zeigt, dass die Informationsvermittlung auf vielfältige Weise und teilweise auch mehrgleisig stattfindet. Viele der Mütter, mit denen ich im Mai telefonierte oder die ich im Juni interviewte, berichten, „dass das alles so gleichzeitig war“. Man habe irgendwann mal einen Artikel in der „Eltern“ gelesen, einen Radio- oder Fernsehbeitrag zum

---

<sup>104</sup> An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass Sexualkunde in der 9.Klasse auf dem Lehrplan steht und wie mir die Mädchen in der Gesamtschule berichten, auch viele Aktionen bezüglich des Themas „HIV“ stattfinden.

Thema mitbekommen und dann wären da auch noch Aushänge bei Frauen- oder Kinderarzt gewesen. Frau Franz, Mutter von zwei Töchtern (zehn und 14), berichtet mir am Telefon, „durch einen Flyer des Kinderarztes, der ihnen per Post zugeschickt worden ist“ darauf aufmerksam geworden zu sein. Als die Sprechstundenhilfe dann beim nächsten Besuch fragte, ob sie gleich einen Termin für die Impfung machen wolle, sei ihr das aber schon ein wenig viel gewesen. Schließlich sei der Kinderarzt allgemein sehr „geschäftstüchtig“. Auch Frau Halber, Mutter von vier Kindern, betont, dass ihr erster Gedanke, als ihre Gynäkologin ihr Anfang des Jahres von dem neuen Angebot für ihre Töchter (zwölf und 18) berichtete, gewesen wäre: *„Da kann man schnell noch nebenher ne Mark machen“*. Denn das war schließlich *„das erste Mal, dass ich überhaupt was davon gehört habe“*.

Frau Müller, deren Tochter Natalie 15 ist, und die ich gemeinsam mit dieser interviewe, erzählt, bereits letzten Sommer in der Zeitschrift „Brigitte“ etwas über die *„neue Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs“* gelesen zu haben. Sie denkt, dass ihr *„solche Sachen einfach auch“* auffielen, da sie sie durch die Brustkrebserkrankung ihrer Mutter *„sensibilisiert“* sei. Für sie war die *„persönliche Ansprache“* bei ihrer letzten Vorsorgeuntersuchung im Frühjahr dann hingegen ein positives Zeichen dafür, dass die *„Entwicklung weitergegangen sei“* und dass das jetzt *„nicht nur über die Presse, über die Medien weitergeben“* wird. Frau Eisen, Mutter von 15-jährigen Zwillingen und einem 16-jährigen Sohn, erinnert, sich sogar schon vor einem Jahr von ihrem Frauenarzt ein Informationsblatt *„so zum Nachdenken und eher vorbereitend“* erhalten zu haben. Anfang des Jahres hätten sie dann ihre Kinderärzte ebenfalls darauf hingewiesen mit der Anmerkung: *„Also warten sie. Die STIKO, die tagt jetzt. [...] Die wird das jetzt im Februar oder wann beschließen, dass die Impfung empfohlen wird. Und dann wird es ja auch übernommen“*. Die Mutter einer zwölfjährigen Tochter, Frau Mahler, die gleich zu Beginn unseres Gespräches bemerkt, dass *„Gebärmutterhalskrebs ja nun ein Riesenthema ist“* und dass sie selbst *„schon fast davon betroffen gewesen“* sei, ist eher die Ausnahme unter meinen Gesprächspartnern. Durch ihre eigene Betroffenheit, so Mahler, habe *„sie immer schon gesagt, da muss es doch mal irgendwas dagegen geben“* und daher seien ihr schon Artikel im Internet aufgefallen, als das *„noch in der Erprobung war“* und als Impfung noch nicht fest stand. Die meisten anderen meiner Interviewpartner (vor allem die Mädchen in der Gesamtschule<sup>105</sup>) berichten hingegen, dass sie erst relativ kurzfristig oder irgendwann im

---

<sup>105</sup> Wie sich in den Interviews herausstellt, konnte sich nur etwa ein Viertel der Mädchen an die erwähnte Schulärztin und ihre Informationen erinnern. Ob dies daran lag, dass sie nicht an der Schulabgangsuntersuchung teilgenommen haben oder ob andere Gründe hierfür verantwortlich waren, wurde nicht weiter abgeklärt.

Laufe des Frühjahrs von ihren Ärzten, Personen im Freundes- und Familienkreis oder halt durch die Medien oder „*Werbung*“ draufgestoßen (worden) seien.

Die beiden Ärzte, die ich Ende März bzw. im April und somit gut zwei Monate vor den meisten Interviews befrage, berichten recht Unterschiedliches. Dr. Winter, der Kinder- und Jugendarzt, mit dem ich im März 2007 das erste Interview meiner Forschung führe, betont, dass ihm „*noch keiner angekommen [sei], der von sich aus danach gefragt hat*“. Zudem seien, so Winter, „*die meisten Ärzte damit noch relativ zurückhaltend*“. Dies läge daran, dass durch die fehlende Empfehlung auch noch keine staatliche Absicherung gegeben sei. Sie würden daher im Moment zwar alle Mädels, „*die im interessanten Zeitraum*“ sind, routinemäßig informieren, gleichzeitig aber auch empfehlen, mit dem Impfen noch zu warten. Dahingegen berichtet die Frauenärztin Dr. Bäumer, die ich wenige Wochen später treffe, bereits von einem „*richtigen Run*“ im Januar und Februar. So, dass sie und ihre Kollegin sich gefragt hätten: „*Mein Gott, haben wir was verpasst? Und müssen wir jetzt was machen und so.*“ Mittlerweile müsse sie sich „*eigentlich täglich damit auseinandersetzen*“ bzw. sie wird von Müttern gefragt: „*Hören Sie mal. Ich hab da was gehört. Da soll es ne Impfung geben. Das käme für meine Tochter in Betracht. Was denken Sie denn dazu?*“. Dieses kritische Nachfragen und Interesse könnte aber auch daran liegen, so mutmaßt Bäumer, dass sie ein „*besonderes Klientel*“ habe.<sup>106</sup>

Beide berichten, „*dass sie natürlich von der Impfindustrie Flyer bekommen haben*“ und geben mir einige Exemplare der Prospekte<sup>107</sup> mit. Da gäbe es einmal „*die Information für die Eltern*“, so Dr. Winter, und „*noch einen anderen, der besser die Mädels anspricht*“.

Neben Medienberichten, ist es insbesondere diese von den Ärzten überreichte – und oftmals von den Müttern an die Töchter weitergereichte – „*Broschüre*“, die etliche meiner Gesprächspartner, hier speziell auch wieder die Mädchen in der Gesamtschule, als ihr bisheriges Hauptinformationsmaterial benennen. Die ‚Qualität‘ dieser zweiseitigen, natürlich als Aufklärung und Werbung zugleich gedachten Flyer, kann an dieser Stelle nicht weiter analysiert werden. Die Aufforderung und Botschaft von beiden lautet jedoch: Jetzt, da man, wie es in der „*tell someone*“-Version heißt, „*über diese ernsthafte Bedrohung Ihrer [bzw. der] Gesundheit informiert*“ sei, selbst die Initiative zu ergreifen bzw. es in der eigenen Hand zu haben. Man solle sich auf jeden Fall für weitere Informationen an den Arzt wenden und auch

---

<sup>106</sup> Die Praxis liegt in einem recht wohlhabenden Viertel einer Großstadt mit sehr hohem Akademikeranteil.

<sup>107</sup> Frau Dr. Bäumer, überreicht mir im Gegensatz zu Dr. Winter, der die „*tell someone*“-Exemplare verteilt, einen vom Bundesverband der Frauenärzte (und Sanofi) gestalteten Prospekt.

mithelfen „die Schwester, Freundin, Cousine“ oder die Tochter zu schützen bzw. mit diesen über das Thema sprechen.

Wie bereits im obigen „Informationsteil“ angedeutet, bleiben die meisten kurzen Medienberichte auf Grund der Komplexität der Thematik zwangsläufig ‚unvollständig‘. Frau Dr. Rosenberg, eine der Ärztinnen, die ich in die Schulen begleite, bemerkt im Interview zudem verärgert, dass *„bei HPV tatsächlich falsche Informationen vorlagen“* und dass vieles in den Medien besonders zu Beginn *„einfach in der Grundtendenz nicht stimmte“* und ein *„verwirrendes Bild“* hinterließ.<sup>108</sup> Auch störe es sie *„eigentlich immer, wenn die sagen: Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Das muss man zumindest, glaub ich, einfach erklären, dass das nicht so ist“*, erläutert Rosenberg. Weiterhin wundert sie sich die Medizinerin, dass *„als der Impfstoff auf den Markt kam und eigentlich für die meisten zum Impfen ja noch gar nicht aktuell war“* so viel und im Kontext der STIKO-Zulassung so wenig berichtet wurde. Insgesamt mangle es im Moment an gutem Material, das man Eltern mitgeben könne, so Rosenberg, die sich bereits seit längerem intensiv mit der Thematik beschäftigt. Das eine mache zuviel Angst, und das andere enthielte zu viele Fakten.

Von Seiten meiner Interviewpartner höre ich meist wenig Konkretes über bestimmte Artikel, die sie beeindruckt haben. Die wenigsten können sich nicht, wie Frau Müller, an eine bestimmte Zeitschrift erinnern. Meist heißt es: *„irgendwo in den Medien“*. Eher im Gedächtnis sind – wie bereits ausgeführt – Gespräche mit Ärzten oder Personen aus dem Umfeld. Für die Mädchen ist überwiegend die Mutter die erste, die Informationen liefert. Ähnlich wie Frau Walter berichtet aber auch Frau Halber, die nach der Ansprache der Frauenärztin das erstmal *„total weggedrängt“* hat, weil sie dachte: *„vielleicht ist das auch gar nicht so wichtig“*, dass ihre 18-jährige Tochter von sich aus ankam und *„eben auch davon gesprochen hat“*. Oder es stellte sich auf Nachfrage bzw. im Nachhinein heraus, wie z.B. bei Herrn Nafil, der seine 13-jährige Tochter nach Erhalt eines Infoschreibens des Frauenarztes anspricht, dass die Impfung *„in der Schule schon mal thematisiert“* wurde.

Alle fünf Mädchen, die ich mit ihren Müttern gemeinsam interviewe, können sich erinnern, dass das zumindest irgendwann mal kurz Thema in den Pausen gewesen ist. Entweder weil es *„eine Freundin“*, *„ein Mädchen aus dem Deutsch-Kurs“* etc. *„gemacht hat“* oder *„machen lassen wollte“*. Aber *„es war jetzt nicht so ein großes Thema“*, wie Natalie mir erklärt.

---

<sup>108</sup> Frau Dr. Rosenberg bezieht sich auf „Basisinformationen“. *„Wer wird geimpft?“ „Für wenn ist der Impfstoff zugelassen?“*

Die 15-jährige Maike, die ich zusammen mit ihren Eltern treffe, meint, da wäre es mehr so darum gegangen, *„dass das 500 € gekostet hätte, weil ihre Krankenkasse das nicht trägt und dass sie dann auch zweimal hinmusste dafür“*. Aber immerhin, so Maike, ist es dadurch *„dann ein bisschen tiefer in mein Bewusstsein gegangen. Vorher [durch die Medien] war es eher nur so oberflächlich, dass ich das gehört hatte“*.

Von den insgesamt 19 Mädchen, mit denen ich in der Gesamtschule spreche, konnten sich nur fünf an den erwähnten Besuch der Schulärztin im Februar erinnern. Auf meine Nachfrage berichten alle in dieser Gruppe, davor *„noch gar nichts davon gehört“* zu haben, aber daraufhin mit ihren Müttern *„darüber geredet“* zu haben. Selina, die neben einem anderen Mädchen die Einzige von allen meinen Interviewpartnern insgesamt ist, die überhaupt schon eine *„Spritze hat“*, fasst ihr Vorgehen folgendermaßen zusammen:

*„Ja, ich hab mit ihr darüber geredet, halt weil ich das hier gehört hab. Da meinte sie, dass sie das auch schon gehört hat. Dass sie, erstmal wollte sie sich auch selber informieren. Ob man da irgendwie Nebenwirkungen hat. Und dann waren wir auch schon beim Arzt. Dann hat der uns ein bisschen was darüber erzählt. So wie das alles abläuft und dass man drei Spritzen braucht. Und wie lange man da warten muss und so. Ja, und dann haben wir es gemacht“*.

Bei den anderen Mädchen ist es unterschiedlich. Veronika z.B. erinnert sich, selbst den Prospekt bei ihrem ersten Frauenarztbesuch gesehen zu haben, als sie sich im Dezember die Pille hat verschreiben lassen. *„Und dann haben mich auch Freundinnen immer drauf angesprochen. Weil, eine Freundin ist auch von ihrer Krankenkasse angerufen worden“*, so Veronika. Sie erzählt mir weiterhin seit einer Woche *„keine Jungfrau“* mehr zu sein, und dass ihre Mutter ihr nie erlaubt hätte, bei ihrem Freund zu schlafen, *„weil sie meinte: Ja, ohne Verhütung und so, dann Gebärmutterhalskrebs. Erst musst du die Impfung...“*.<sup>109</sup> Ihre Freundin Sabine plant hingegen, mit ihrer Mutter zusammen zum Frauenarzt zu gehen, da diese auf ihre Anregung hin auch überlege *„das zu machen“*, sich aber im Moment wegen der hohen Kosten noch unsicher sei und mehr Informationen bräuchte. In den anderen Gruppen ist es ein nicht ganz *„so aktuelles Thema“*, wie bei den beiden, die betonen, dass das *„als Freundin dann auch wichtig“* sei, andere auf die Impfung hinzuweisen und dass ganz viele das vorhaben zu machen bzw. jetzt auch dabei sind *„Termine zu machen“*. Für den Großteil der restlichen Mädchen scheint hingegen unser Gespräch die erste und mitunter auch willkommene Gelegenheit darzustellen, mehr über *„die Spritze“* zu erfahren bzw. sich zu informieren.

---

<sup>109</sup> Veronika erklärt, dass sie aber *„keine anderthalb Jahre“* (solange dachte sie, dauert das mit den Spritzen) habe warten wollen und sich durch Kondome und die Pille gut geschützt sähe.

Insgesamt können somit neben der Arztpraxis sowohl das familiäre Umfeld als auch die Schule als ‚Orte‘ der Information ausgemacht werden. Entgegen des anfänglichen Beispiels von Frau Walter verneinen aber (fast) alle anderen meine Frage, ob das denn sonst Thema unter Eltern bzw. Müttern wäre, und dies unabhängig vom Alter der Töchter. Zwei der Mütter wundern sich zudem, dass das Thema bisher *„erstaunlich wenig angekommen ist“*, auch bei Frauen bzw. Freundinnen, die sonst *„sehr interessiert sind, auch medizinisch und so“*. Sie bestätigen somit mein Erstaunen zu Beginn meiner Recherchen. Bezogen auf alle Interviews bleibt der Eindruck, dass sehr viele verschiedene Faktoren den ‚Stand‘ und die Art und Weise der bisherigen Information(en) meiner Gesprächspartner bestimmen und dass ich diese mit meiner Interviewanfrage an ganz unterschiedlichen ‚Punkten‘ abhole. Eine direkte Verbindung zwischen dem Grad der Informiertheit und Wichtigkeit bzw. Relevanz, die dem Angebot zugemessen wird, ist nicht zu sehen.

Die Gründe dafür, dass die ‚Aufklärungsarbeit‘ der verschiedenen Instanzen einige früher und einige später erreicht, sind vielfältig und können hier nur beispielhaft skizziert werden. Ein ganz praktischer Aspekt ist beispielsweise einfach der Zeitpunkt des letzten Arztbesuches. Die interessanten Fragen im Anschluss sind vielmehr, wie die Eltern oder die Mädchen den ersten wie auch immer gearteten Gedankenstoß für sich einordnen, ob sie ihn zum Anlass nehmen, aktiv weitere Informationen zu suchen oder diese einzufordern und vor allem, wie sie dabei vorgehen.

## 4.2 Verstehen

*„Also, die Frauen, die jungen Frauen, die hier herkommen [Frauenarztpraxis Bäumer] und fragen danach, die haben keine Zahlen an der Hand. Sondern die wissen nur, da gibt es jetzt was und das rettet mich in irgendeiner Form.“*

Im Folgenden soll es nun um die Frage gehen, wie meine Interviewpartner das neue Präventionsangebot und dessen Risikobotschaften verstehen. Hierzu eine pauschale Aussage zu machen, ist jedoch angesichts der sehr unterschiedlichen ‚Informationsstände‘ nicht sinnvoll. Es macht natürlich einen Unterschied, ob die Informationen *„mehr so vom Hörensagen und so über Ecken“* stammen, ob man das *„nur über die Medien gehört“*, *„halt den Prospekt durchgelesen“*, selbst im Internet<sup>110</sup> recherchiert hat oder ob man bereits zum

---

<sup>110</sup> Von sich aus berichtet mir keiner meiner Interviewpartner davon, bereits im Internet recherchiert zu haben. Einige, wie z.B. Frau Müller, ziehen dies als nächsten Informationsschritt aber in Erwägung.

„Aufklärungsgespräch‘ beim Arzt war. Ich werde daher die Skizzierung der einzelnen Verständnisfragen themengegliedert präsentieren. Ferner differenziere ich zwischen den Mädchen und den Eltern, da bei beiden Gruppen auf Grund unterschiedlicher Erfahrungs- und Wissenshintergründe andere Voraussetzungen gegeben sind.

Welche (spontanen) Ideen haben bzw. hatten nun meine Gesprächspartner zu den Fragen: Für wen ist eigentlich die Impfung? Wovor schützt sie, wie schützt sie und warum ist man gefährdet?

„HPV?“ Vor allem zu Beginn meiner Forschung, aber auch noch im Mai oder Juni stieß ich mit dem Begriff „HPV-Impfung“ oft auf fragende Blicke oder Verunsicherung am Telefon. Sobald jedoch das Stichwort „Gebärmutterhalskrebs“ fiel, wussten meine Gegenüber, worum es mir ging. Bei vielen Mädchen war dahingegen oft einfach nur von „der Spritze“ die Rede.<sup>111</sup>

#### **4.2.1 Verstehen bei den Eltern**

Sie hätte die Nachrichten über die Impfung erstmal unter der Kategorie „Schweinepest“ abgelegt, berichtet mir Frau Wolf am Telefon. Als ich ihr den Übertragungsweg der Viren erkläre, ist sie erstaunt, entgegnet mir aber spontan, dass Kondome dann doch auch helfen müssten. Klar, man geht zur Vorsorge, so Frau Wolf, aber dass die Zellveränderungen durch Infektionen hervorgerufen werden, das war ihr nicht bewusst. Mit diesem ‚bisherigem Nichtwissen‘ steht Frau Wolf – und viele andere meiner Gesprächspartner – nicht alleine dar. „Das Bewusstsein des Bedarfs eines Impfschutzes gegen HPV ist in der Bevölkerung bisher nicht vorhanden, da“, so heißt es auch Anfang des Jahres 2007 in einem medizinischen Fachartikel, „nur 3,2% überhaupt HPV mit Gebärmutterhalskrebs in Verbindung bringen.“ (vgl. Schneider/Kaufmann 2007a, 21).

Frau Eisen erinnert sich zudem spontan erstmal an sich gedacht zu haben: *„Ich hab, als er [Frauenarzt] sagte: ‚Hier, Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs‘. Ich sag: Für mich ist das Thema durch. Ja, sagt er, ja, aber ihre Töchter“*. Auch Sevgi, das andere ‚schon geimpfte Mädchen‘ unter meinen Interviewpartnern, merkt auf die Frage einer Mitschülerin nach *„den älteren Frauen“* an, dass ihre Mutter das eigentlich für sich selber wollte: *„Ja, meine Mutter wollte erstmal, aber, wo sie das [„diese Reklame“] gesehen hat. Da war keine Jahreszahl,*

---

<sup>111</sup> Eine Verwechslung mir „HIV“ erlebte ich jedoch nur in einem Fall, wenn auch in den Schulen oft nach einer möglichen Impfung gegen Aids gefragt wurde.

*also bis wann man das machen kann. Deshalb, weil das nicht bei ihr geht, hat sie gesagt: Dann mache ich das für meine Tochter.“*

Frau Stern, die ich Ende Juni mit ihren beiden Töchtern (13 und 16 Jahre) treffe, stellt (erst) in unserem Interview fest, *„dass sie relativ uninformiert ist“*. Gleich zu Beginn erzählt ihre ältere Tochter Selma von einer Freundin, die es deshalb *„dann halt doch nicht [hat] machen lassen, weil der Arzt gesagt hat, dass es bei ihr eigentlich nichts mehr bringt“*, weil sie keine Jungfrau mehr wäre. Dieser Punkt war neu für Frau Stern zumal, wie sich schnell herausstellt, selbiges für beide Töchter gilt: *„Ich wusste schon, dass man es relativ jung machen muss. Aber dass es irgendwie mit Sex, ob man Sex hatte oder nicht, was zu tun hatte, war mir unbekannt. Ich dachte das gehört zur Vorsorge halt normal dazu“*. Sie hätte ihren Töchtern halt bisher nur *„so mit auf den Weg gegeben, dass sie sich mal erkundigen sollten bei der Ärztin“*.

Den meisten anderen Müttern und Vätern ist jedoch zum Zeitpunkt unseres Interviews klar, dass der größte Nutzen der Impfung für Mädchen vor dem ersten Geschlechtsverkehr gegeben ist bzw. dass dies die Hauptzielgruppe ist.<sup>112</sup> Nichtsdestotrotz wollen sowohl Frau Walter und Frau Mahler bei ihrem Frauenarzt zumindest noch mal nachfragen; *„welchen Sinn es macht, wenn man sich als Erwachsener“* impfen lässt. Denn, so Frau Walter, *„jede Art von Vorsorge, die ich machen kann, ohne dass es in irgendeiner Weise riskant ist, mach ich“*. Frau Mahler hingegen nimmt direkt Bezug auf den HPV-Test:

*„Aber das kann man ja austesten, ne. Also, es ist ja eigentlich feststellbar, ob man infiziert ist oder nicht. Das kann ja dann nicht so schwierig sein. Und wer noch nicht infiziert ist, sollte geimpft werden. [...] Das ist doch völlig egal, nicht vom Alter abhängig. [...] Okay, von mir aus bezahl ich es selber, bezahl ich es anteilig. Würden ganz viele machen, garantiert“*.

Für viele meiner Interviewpartner war die ‚Infektionsbedingtheit‘ des Gebärmutterhalskrebses bisher unbekannt gewesen. Einige, wie z.B. Frau Franz, wundern sich zudem, *„warum es gerade jetzt diesen Impfstoff gibt“*. Gebärmutterhalskrebs sei schließlich nichts Neues. Könnte dass auch heißen, *„dass Gebärmutterkrebs in den letzten Jahren zugenommen hat und dieser Virus aktiver geworden ist oder wie kommt das?“*, will auch Frau Müller wissen. Frau Eisen hingegen vermutet hinter dieser, wie sie sagt, *„medizinisch gesehen neuen Sache“* auch wirtschaftliche Interessen. Denn man *„fragt sich ja auch, wie sind die Leute darauf gekommen. Und welches Forschungsinstitut hat welche Unterstützung bekommen“*. Für Frau Eisen

---

<sup>112</sup> Dahingegen berichtet mir Frau Dr. Rosenberg in den Pausen von Lehrern oft Fragen in dem Stil zu bekommen: *„Ja, soll sich meine Frau denn impfen lassen, auch wenn ich monogam bin?“*.

spielen zudem auch „*genetische Dispositionen*“ eine Rolle, wenn es um die Frage geht: „*Wie reagieren meine Zellen auf die Infektion?*“.

„*Die Infektion als solche ist eben nichts Seltenes*“, so Eisen. Frau Eller dagegen, die Mutter von Maïke, begründet ihre aufkommende Skepsis damit, dass ihr noch unklar sei, „*was für Faktoren da wieder für ne Rolle spielen*“, dass so wenige erkranken, wenn doch „*80 Prozent der Frauen diesen Virus*“ haben.

Die Frage (von Frau Eller): „*Wie sieht die Impfe eigentlich aus?*“, stellen sich die wenigsten meiner Interviewpartner konkret. Ganz zu Beginn meiner Forschung spreche ich mit einer Mutter, die mir von schweren Impfschäden in der Familie berichtet und die besorgt ist, dass da „*Krebszellen verabreicht werden*“ (vgl. FFT, 6). Die meisten anderen haben jedoch schon davon gehört, dass keine Krankheitserreger gespritzt werden. Insgesamt scheint die Frage nach Art der Wirkung der Impfung für viele ein sehr komplexes Geschehen darzustellen, zumal, wie eine der Ärztinnen beim Informationsabend hervorhebt, „*das auch wirklich neu ist, dass nur mit einer Virushülle geimpft wird*“ (vgl. FFT, 38). Frau Halber berichtet, dass sie es nach der Erklärung ihrer Frauenärztin, so verstanden hätte, dass diese Viren „*durch diese Impfung ja abgetötet oder bzw. irgendwie in Schach gehalten werden*“. Das sei doch „*recht risikoarm*“, so Halber. Zudem betont sie „*kein Mediziner und kein Biologe*“ zu sein. Und das, was sie jetzt verstanden hätte würde ihr völlig ausreichen an Informationen. „*Alles andere würde überhaupt kein.. also wäre unsinnig für uns*“.

Bedeutsamer und auch greifbarer im Gegensatz zu der Frage „*Wie wirkt die Impfung?*“ scheint hingegen der Punkt zu sein, dass sie überhaupt wirkt. Die Aussagen meiner Interviewpartner bezüglich der Erwartungen an das neue Präventionsangebot sind natürlich eng gebunden an die bisherigen Vorinformationen. Dass z.B. Frau Blau mir am Telefon erzählt, dass für sie (bzw. ihre 13-jährige Tochter) die Impfung eine „*Angst weniger*“ bzw. eine Sicherheit, „*das dann nicht mehr zu bekommen*“ darstellt, hängt sicher damit zusammen, dass sie außer den Aussagen unserer gemeinsamen Bekannten bisher noch keine weiteren inhaltlichen Informationen über diese „*besondere Impfung gegen Krebs*“ hat. Zwar hat sie auf deren Anregung hin direkt beim Kinderarzt angerufen und einen Termin gemacht. Bei diesem Telefongespräch und dem anschließenden mit der Krankenkasse scheint es aber nur um „*Formalitäten*“ gegangen zu sein. Auch Frau Walter erklärt auf meine (natürlich suggestive) Frage bezüglich des erwarteten Schutzes, „*dass das so rüber gekommen ist, dass man da auch wirklich auf der Seite sicher sein kann*“. So nach dem Motto: „*Wenn wir das machen, ist das*

wie.. wie eine Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln oder so. Das bekommen wir dann nicht. Also, so ist das bei mir angekommen und beim Kind auch. Also, ein Restrisiko haben wir nicht...“. Sie räumt aber ein, den erwähnten „kleinen Folder“ auch nur überflogen zu haben und versichert, dass sie beim Besuch des Gynäkologen „allerlei Fragen gehabt“ hätte.<sup>113</sup> Vielleicht auch bezüglich der „Wahrscheinlichkeit, dass doch was passiert“ und eventueller „Unverträglichkeiten“. Dahingegen ist für Frau Mahler von vornherein, trotz ihrer Begeisterung für das Angebot, klar, dass das Impfen bzw. dessen Wirksamkeit ein „Ausprobieren“.

„Also, ein Impfrisiko hat man ja bei jeder Impfung. Es heißt ja trotzdem, es kann etwas passieren. [...] Aber in welcher Form, Art und Weise, das sei ja dahingestellt“, so Mahler. Sie denke aber trotzdem, „dass es dann noch ausreichenden Schutz hat, dass es vielleicht nicht dazu kommt, zu diesem Auswuchern, wie auch immer, zu den Übergriffen“.

Es sei einfach „ein relativ überzeugender Prozentsatz von der Erhöhung des Schutzes“ gewesen, auch wenn sie sich nicht mehr an genaue Zahlen erinnern könne, erläutert Frau Eisen. „Andererseits“ so fügt sie hinzu, „wenn du einmal Zwillinge gekriegt hast, dann weißt du dass Wahrscheinlichkeitsrechnungen und alles immer bei Null anfängt. Ob es dich trifft oder nicht, das weißt du halt wirklich nicht vorher“.

Soweit sie sich durch Gespräche „schlau gemacht“ hätte, so Frau Eller, seien „im Grunde eigentlich nur drei Prozent der verursachenden Viren davon getroffen. Drei Prozent<sup>114</sup> der Viren, die diesen Krebs auslösen können, können dadurch eliminiert werden. Im Grunde ne ganz kleine Zahl“, befindet sie, betont aber im gleichen Atemzug, dass „da noch mehr Information ran muss“. Die Impfung sei einfach noch so „total frisch“. Offen ist für Frau Eller weiterhin auch, „wie viel Erfahrung man damit hat“. „Im Grund kommt da ganz wenig sachliche Information rüber.“. Auch bezüglich der Frage:

„Was für Risiken beinhaltet das eigentlich?“. Sie kenne sich da „einfach in der Medizin zu wenig aus, um zu wissen was alles passieren kann. Aber es könnten zum Beispiel auch, die Abwehrkräfte oder Abwehrstoffe könnten irgendwie fehlgeleitet sein oder fehlgeleitet werden oder was auch immer“.

Auch alle anderen betonen, dass sie speziell diesen Punkt in jeden Fall noch mit ihren Ärzten abklären wollen. Frau Mahler hingegen erzählt, dass ihr Kinderarzt ihr bereits gesagt hätte, „dass jetzt eben weiter nichts bekannt ist an Risiken oder so was. Ja, und dann denk ich, hat man dann auch einfach Vertrauen“.

---

<sup>113</sup> Zudem hebt Frau Walter hervor, dass sie sich „jetzt bewusst“ vor unserem Interview nicht intensiver mit der Thematik befasst hätte.

<sup>114</sup> Mir bleibt unklar, auf welchen (auch indirekten) Wert Frau Eller hier genau Bezug nimmt.

„Die Sache mit der Auffrischung“, die ich meist von mir aus (indirekt) anspreche, scheint für die meisten Eltern unbekannt, aber trotzdem erst einmal zweitrangig zu sein. Frau Mahler kommentiert dies nur mit der Bemerkung, dass das dann einfach *„die Studien zeigen werden, was jetzt dann irgendwie gesagt wird, nach wie viel Jahren das Nachimpfen ist“*. Dieser Punkt ändere nichts an der Tatsache, dass sie ihre Tochter einfach in einem *„sicheren Raum“* sehen will, *„bevor irgendwas schon passiert ist“*. Dahingegen stutzt Frau Eisen ein wenig, als ich ihr erläutere, dass die Wirkungsdauer noch nicht genau beziffert werden kann bzw. dass die *„Frage der Notwendigkeit der Wiederimpfung“* noch offen sei. Sie merkt aber an, dass *„Tetanus ja auch aufgefrischt werden muss“*. Allgemein, so entnehme ich weiteren informellen Gesprächen, scheint die Dauer des Impfschutzes auch eher Eltern noch jüngerer Mädchen zu interessieren. Da ein, so heißt es laut STIKO, zur *„ersten möglichen Exposition“* bzw. zum *„ersten Mal“* zeitnahes Impfen empfohlen wird (vgl. STIKO, 97).

Größere Verwunderung löst dagegen meine als Gedankensanstoß formulierte Frage nach dem *„Impfen der Jungs“* aus. Lediglich Frau Eisen scheint sich schon mit diesem Punkt beschäftigt zu haben. Gleich zu Beginn unseres Gesprächs erklärt sie mir, dass sie ihren 16-jährigen Sohn auch *„total“* in der *„Zielgruppe“* sieht und dass dieser *„die Impfung genauso kriegen soll. Nicht gegen den Krebs, sondern gegen dieses Warzenvirus. Dass er das nicht weiter tragen kann“*, führt Frau Eisen aus. Die Reaktion der anderen Mütter und Väter ist unterschiedlich. *„Wenn er [ihr 23-jähriger Sohn] nur, in Anführungszeichen der Überträger wäre“*, mutmaßt Frau Walter, *„dann müsste es ja reichen, glaube ich, sag ich jetzt mal so spontan, wenn die Mädchen geimpft sind“*. Zudem würde sie, obwohl sie eigentlich *„beide gleich behandle“*, auch hinsichtlich der Nebenwirkungen bzw. der Risikoabwägung skeptischer sein, wenn das nur *„rein prophylaktisch“* wäre. Für Frau Mahler ist die Rechnung diesbezüglich klar, denn *„je mehr Leute, umso weniger besteht das Risiko“*.

*„Ich habe eher gedacht so, dass es so wie bei der Verhütung ist“*, erklärt mir Frau Eller. Woraufhin Herr Eller schmunzelt, aber auch bestätigt, dass es für ihn *„bisher auch nur ein Frauenthema“* gewesen sei.

*„Ich meine“*, so fährt Frau Eller fort, *„durch gute Hygiene können sie es ja dann doch nicht übertragen. Das heißt, sie haben die Krankheit ja nicht in sich und können sie nicht dadurch übertragen, sondern sie können es doch nur dann übertragen, wenn mangelnde Hygiene ist oder was? Wenn sie vorher Verkehr mit einer Frau hatten, die halt den Virus hat, oder?“*

Die hier angesprochene Frage *„Wer überträgt hier eigentlich was?“*, beschäftigt aber eher die Mädchen in den Schulklassen und in meinen Gruppengesprächen. Frau Dr. Rosenberg betont,

„dass es [HPV] sicher irgendwo eine sexuell übertragbare Krankheit“ sei. Aber dieses: „Es kommt vom Mann, wenn ich mir das einfange“ und die implizierte „Schuldzuweisung“, fände sie gefährlich. Sie sei „da immer etwas vorsichtig, das zu formulieren, weil ich [bzw. sie] glaube, das kommt in den Köpfen auch falsch an“. Deshalb, aber auch um Ängsten vorzubeugen, wähle sie ganz gerne den „Vergleich mit dem Schnupfen. [...] Weil vor Schnupfen hat eigentlich keiner wirklich Angst. Ich steck mich auch irgendwo an. Nur dass es eben da andere Folgen haben kann, aber auch nicht muss“.

Auch Frau Dr. Schmitz, die als Mitarbeiterin in einer Sexualberatungsstelle tätig ist, berichtet von einer zunehmenden „Verunsicherung“ speziell derer „die schon Verkehr hatten“. „Es ist jetzt plötzlich, sag ich mal, ne neue Erkrankung in den Medien“, und dann ist da halt die Frage: „Wie geht man damit um? Wie ist das realistische Risiko und insbesondere für Jungs und Männer“. Sie erinnert sich an ein kürzlich stattgefundenes Telefonat mit einer Klientin, die „nachgewiesenermaßen HPV“ habe und die in Sorge um den neuen Partner gewesen sei, da dieser sich mit 34 Jahren „völlig außerhalb des Zulassungsbereiches“ bewege.

Insgesamt lässt sich zu den ‚Erwachseneninterviews‘ sagen, dass Verständnisfragen eine weniger wichtige Rolle als bei den Mädchen spielten. Oft wurden diese nur indirekt thematisiert und die meisten sagen, dass sie planen, sich für alle offenen Punkte sowieso an ihren vertrauten Arzt wenden zu wollen.

#### **4.2.2 Verstehen bei den Mädchen**

„Ne, ich glaube, man kann durch Geschlechtsverkehr jetzt nicht an Krebs erkranken, also ...das habe ich jetzt noch nicht gehört“, antwortet Natalie auf meine vorsichtige Frage, wie das denn für sie wäre, dass Sexualität in irgendeine Verbindung mit der Erkrankung Krebs gebracht wird.<sup>115</sup>

Durch die Tatsache, dass es jetzt eine neue Impfung gibt, die für sie wichtig sein soll, sehen sich jungen Mädchen mit einer sehr komplexen Thematik konfrontiert. Ich werde im Folgenden versuchen einen Überblick über die Fülle der Verständnisfragen zu geben, die die Mädchen mir, den Ärztinnen in der Schule und teilweise auch ihren Müttern gestellt haben.

„Ich wusste gar nicht, dass man sich gegen Krebs generell impfen kann“, wundert sich auch Nadine in unserem Interview. „Das ist ja auch neu“, erklärt ihre Klassenkameradin Selina

---

<sup>115</sup> Natalies Mutter (Fr. Müller) klärt ihre Tochter daraufhin auf: „Ja, aber dabei ist das ja so“. Ihr wäre das bzw. der Zusammenhang aber vorher auch „irgendwie nicht so klar gewesen“.

mit Nachdruck. Fast alle meiner jungen Interviewpartnerinnen haben aber schon gehört, dass sie mit ihren zwölf bis 17 Jahren die Zielgruppe dieses neuen, als „Impfung gegen Krebs“ präsentierten Präventionsangebotes sind. Und *„dass das nur gilt, wenn man noch Jungfrau ist“* oder *„halt dann besser wäre“*, das wissen auch (fast) alle. Warum dies aber genau der Fall ist, wie und womit man sich dann beim Geschlechtsverkehr anstecken kann, dazu gibt es in den Gruppengesprächen und auch in der Schule (hier je nach Altersstufe) viele Nachfragen. Die Idee, dass es da eine Infektion gibt, die zu Krebs führen kann, aber nicht muss, ist nicht nur für viele Eltern neu, sondern auch für die meisten Mädchen schwer einzuordnen.

*„Wie kriegt man das denn?“*

*„Bekommt man diese Infektion nur, wenn man jung ist?“* „Gibt es denn keine Medikamente dagegen?“ „Oder kann man sich nur bei den ersten Malen mit HPV anstecken?“, wollen z.B. einige der Schülerinnen von der Ärztin während der Fragestunde wissen. Ob das dann genauso wäre wie bei Aids, fragen sie mich. Bekommt man diesen Krebs *„also, durch ... wenn man kein Kondom benutzt?“*. *„Schützt das dann nicht, wenn die Jungs ein Kondom anziehen?“* Oder infiziert man sich, *„also, wenn es dreckig ist oder was?“* Auf meine Erklärungen hin, dass die HP-Viren nicht über Körperflüssigkeit, sondern über Hautkontakte übertragen werden, bekomme ich, bevor ich zu Ende reden kann, verunsicherte Rückfragen: *„Auch wenn man sich in den Arm nimmt?“* Oder auch *„beim Händeschütteln?“*. Ihre Ärztin hätte ihr erklärt, *„dass das so was wie eine Herpesinfektion“* sei, wirft Sabrina ein.

Veronika und Sabine erzählen, dass sie eigentlich bis so vor zwei Wochen gedacht hätten, dass diese Infektion halt *„vom irgendwie auf Toilette gehen oder so was“* käme. Erst ihre Mutter hätte ihr dann erzählt, so Veronika, *„dass das von dem Jungen aus kommt“*. Das säße *„halt unter der Vorhaut<sup>116</sup> von den Jungs und wenn die sich halt nicht waschen oder so, dann, dann bleibt das“*, hätte diese gemeint.

Fast immer kommt auch die Frage, ob es denn nicht noch andere Ansteckungsmöglichkeiten außer Geschlechtsverkehr gäbe. Könnt das nicht auch sein, dass *„man den Virus auch schon in sich trägt bei der Geburt“* will auch Maike wissen. Sevgi, die schon geimpft wurde, ist ebenfalls verunsichert. Sie hätte gedacht, dass das zusätzlich auch was damit zu tun hat, dass das *„angeboren“* bzw. *„von der Mutter vererbt“* sei. In der Schule erkundigen sich einige, ob

---

<sup>116</sup> So berichtet auch Fr. Dr. Rosenberg, dass viele Mädchen „mit Migrationshintergrund ihr sagten, dass sie sich eh nicht anstecken würden, da sie nur einen Partner hätten und der beschnitten wäre“. Auf der anderen Seite seien aber auch gerade aus dieser Gruppe viele Mädchen schon geimpft, da die „Impfskepsis unter Migranten“, so ihre Erfahrung und Einschätzung, tendenziell geringer wäre.

das wie Aids auch bei der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden könnte.<sup>117</sup> Die Ärztinnen versuchen mit Nachdruck zu erklären, dass nicht der Krebs an sich infektiös sei, sondern dass dieser eine (sehr) seltene Folge einer (sehr) häufigen Infektion ist. Die Vorstellungen, „*was ist überhaupt Krebs*“ und „*was dann genau mit dem Körper passiert*“, sind jedoch für junge Mädchen nur schwer greifbar. Da seien „*ganz komische und abstruse Sachen im Umlauf*“, gerade bei denen, die keine Ahnung hätten, so Frau Dr. Rosenberg. Und dass man bei diesem Krebs wisse, „*wie das entsteht und dass da irgendetwas Infektiöses ne Rolle spielt*“, das sei vor allem etwas, was junge Mädchen erstaune. Manche kämen dann „*hinterher und fragen: Kann man denn gegen Brustkrebs auch impfen?*“. Ein anderes Mädchen hätte zudem nach der Stunde von ihr wissen wollen, ob ihre Mutter den Brustkrebs dann auch von ihrem Vater bekommen hätte, berichtet Rosenberg und unterstreicht, dass man bei diesem Thema schnell auf einer persönlichen und emotionalen Ebene lande.

Sehr oft kommt von den Mädchen auch die Frage, woran oder wie man denn selber „*erkennen kann*“, dass man Gebärmutterhalskrebs habe. Ob man das auch von außen sehen könnte. Veronika fragt konkret, ob das dann so wäre, „*dass sich da was verändert, so ne Rötung oder so, oder das es juckt oder so was?*“.<sup>118</sup>

Bis auf eine Ausnahme berichten alle Mädchen, die ich interviewe, dass sie erst „*weil es das jetzt halt gibt*“ von der Krankheit „*Gebärmutterhalskrebs*“<sup>119</sup> erfahren hätten. Die „*anderen Krebsarten*“ würden ihnen da schon eher etwas sagen; vor allem Brustkrebs wird immer wieder erwähnt. Was denn da „*eigentlich genau passiert*“ wollen ebenfalls viele wissen. Ob man daran sterben könne oder ob man „*dadurch dann auch unfruchtbar wird*“. „*Und können auch die den Krebs kriegen, die schon Kinder haben, auch wenn die Partner treu sind?*“ Andere jüngere Mädchen in der Schule vermuten andersrum, dass man den Krebs erst bekommt, wenn man Kinder hat. „*Wie ist das, wenn man schwanger ist und den Krebs gleichzeitig hat*“, sei erstaunlicherweise, auch etwas, was sehr interessiere, so Frau Dr. Rosenberg. Sie hätte auf jeden Fall erfahren, „*dass das die häufigste Krebskrankheit bei Frauen*“ sei, auch wenn sie sonst nicht viele Erkenntnisse über den Krebs hätte, erzählt mir Juliane. Und daher sei das „*schon ein ernstes Thema*“. „*Dass die Chance eigentlich ziemlich hoch ist, dass*

---

<sup>117</sup> Die Übertragung/Infizierung durch Hautkontakt beim Geburtsvorgang ist möglich, aber sehr selten.

<sup>118</sup> Die Assoziation mit einer Scheidenpilzinfektion war allgemein relativ häufig.

<sup>119</sup> Sehr häufig „verwechseln“ Mädchen, wie Eltern zudem „Gebärmutterhalskrebs“ mit „Gebärmutterkrebs“. Gebärmutterkrebs ist eigentlich der Überbegriff für krebsartige Veränderungen der Gebärmutter. Hierzu gehören der Gebärmutterhalskrebs und der Gebärmutterschleimhautkrebs (des Gebärmutterkörpers). Von letzterem sind besonders Frauen nach den Wechseljahren betroffen, und die Zahl der Fälle ist in jüngster Zeit ansteigend. Eine Ursache ist ein Ungleichgewicht im weiblichen Hormonhaushalt.

*man das kriegen könnte, weil das ja, glaube ich der zweit.. der zweit meist ausgebrochene Krebs oder so ist bei den Menschen. Ja, dass das halt ziemlich wichtig ist, das zu machen“.* So erläutert mir Ina, die sich in der nächsten Woche impfen lassen will, ihr Verständnis von dem, wie der Frauenarzt *„das so rübergebracht hat“*. Sabrina hingegen berichtet, dass ihr gesagt wurde, dass *„es auch seltener als Brustkrebs“* sei.

Verwundert bin ich, als Gebärmutterhalskrebs als „Geschlechtskrankheit“ bzw. sexuell übertragbare Erkrankung in der Schule direkt an zweiter Stelle hinter Aids genannt wird. Die Biologielehrerin der 6. Klasse, wo ich im Juni hospitiere, erklärt aber in der Pause dazu, dass „HPV“ vor zwei Monaten schon mal Thema gewesen sei. Und zwar als es im Unterricht darum gegangen wäre: Was gibt es für Gründe, zum Frauenarzt zu gehen (vgl. FFT, 30). Auf die Frage, wie man sich denn vor Geschlechtskrankheiten schützen könne, erwidern daher in dieser und auch in den anderen Schulklassen die Mädchen direkt: durch Kondome und „durch die Impfung“. In einer der 7. Klassen hingegen, die ich besuche, folgt auf die Aussage der Ärztin: *„Ihr dürft mich die ganze Zeit alles fragen“*, direkt als zweites die Frage nach *„dieser Spritze“*, wenn auch dem Mädchen der genaue Name nicht einfällt (vgl. FFT, 49).

*„Wie läuft das ab mit der Impfung?“*

Neben dem Übertragungsweg der Viren und der Krankheit an sich waren es aber auch ganz praktische Aspekte, die die Mädchen interessierten. Einige Mädchen, die die Spritze *„schon haben“* erklären ihren Mitschülerinnen (teils mit ein wenig Stolz), wie das alles so abläuft. Dass *„man halt drei Spritzen braucht“* und dass da bestimmte Abstände sind.

Ob es ein bestimmtes Alter gäbe, ab wann und bis wann man die Impfung machen dürfte, fragen die Mädchen. Die Jüngeren erkundigen sich danach, ob man dafür erst *„seine Periode“* haben müsste. Manche sind erstaunt, *„dass das auch der Kinderarzt macht“*. *„Ich dachte, dass machen nur Frauenärzte“*, meint auch Sabrina im Gruppeninterview.<sup>120</sup>

Was denn mit den Mädchen sei, die nicht wollten, hakt ein Mädchen in der Fragestunde nach. Ob das jetzt Pflicht sei, ob man müsse. Und *„haben das schon viele machen lassen?“*

*„Wo wird die Spritze den gemacht, am Arm?“* ist ebenfalls eine häufige Frage. Zwei der drei Ärztinnen erwähnen von sich aus, dass nicht in die Scheide geimpft werde, da wie sie mir später erklären entsprechende Gerüchte dazu kursierten. Warum das denn drei Spitzen wären? Und wie lange man dann bis zum ersten Sex warten muss, erfragen die Mädchen in den

---

<sup>120</sup> Hier knüpft auch die Angst bzw. Verunsicherung bezüglich des ersten Frauenarztbesuches an, von dem mir einige Mädchen berichten.

9. Klassen. Kann man sich trotzdem nicht mehr impfen lassen, auch wenn es doch für beide das „erste Mal“ gewesen wäre? Die Idee, dass da „Jungfrauenkontrollen“ durchgeführt würden, scheint durchaus vorhanden bei den älteren Mädchen. Dies sei aber „Quatsch“, so betont auch eine der Ärztinnen auf Nachfrage beim Informationsabend (vgl. FFT, 31). Auch Frau Dr. Rosenberg, wundert sich, *„dass man nicht sagt: Am besten schützt man sich, wenn man noch überhaupt kein Risiko hatte, aber auch danach ist es sinnvoll“*. Man solle trotzdem einfach mit dem Arzt sprechen, so der Rat der Ärztinnen in den Fragestunden. Auch Veronika ist gelassen. Zum einen hätten sie und ihr Freund *„immer mit Kondom“* und zum anderen müsse sie *„ja nicht sagen, dass ich [sie] keine Jungfrau mehr“* sei, so Veronika. Und selbst wenn, der Frauenarzt ihrer besten Freundin, die auch keine Jungfrau mehr sei, hätte diese auch noch impfen wollen.

*„Da sind ein paar Mädchen aus meiner Klasse, die die Spritze schon hatten, also die Impfung. Und die fühlen sich jetzt auch etwas sicherer“*.

Die Aussagen der Mädchen bezüglich ihrer Erwartungen an die Impfung sind unterschiedlich. Auf meine Nachfrage, inwiefern die Mädchen aus der Schulklasse sich denn jetzt sicherer fühlen würde, antwortet Handan: *„Ja, dass es, also, dass es kein Risiko gibt und so, halt das mit dem Gebärmutterkrebs“*. Sowohl die Ärztinnen als auch ich versuchen im Gespräch mit den Mädchen zu erklären, dass es, wie es eine der Ärztinnen formuliert *„ja eigentlich keine Impfung gegen Krebs wäre, sondern dass die Impfung einen Umweg gehe und eigentlich nur gegen die Infektion wäre“* (FFT, 49). Trotz dieser Erläuterungen ist das Stichwort unter den Mädchen (und Eltern) natürlich *„Gebärmutterhalskrebs“*. Die Mädchen sprechen davon, dass sie sich Sicherheit und einen möglichst *„großen“* oder *„langen“* Schutz vor dieser Krankheit erhoffen.

Schaden könnte es ja eigentlich nicht, so erklärt mir auch Sonja. *„Also, wenn es hilft, ist es ja gut. Und wenn nicht, dann..“* . *„...hat man Krebs“*, wirft Sandra. *„Ja, aber so hat man wenigstens was gemacht, dass man es nicht bekommt“*. Nadine, die ebenfalls am Gruppengespräch teilnimmt, ist skeptisch. Wirklich sicher könne *„man sich auch bei einer Impfung nicht sein. Wenn ich gegen Tetanus geimpft bin, kann ich doch trotzdem ne Blutvergiftung kriegen. Das ist doch immer so mit der Vorsorge. Es heißt ja noch lange nicht, dass man es nicht trotzdem kriegt“*, so ihr Fazit. Die Grippeimpfung sei doch da ein gutes Beispiel. *„Aber man bekommt es nicht so schnell“*, erklärt Selina, die, wie erwähnt, schon geimpft ist.

Auch in den anderen Gruppen gibt es Mädchen, die mir auf meine Frage nach der erwarteten Wirkung erwidern, dass es „*einen hundertprozentigen Schutz*“ eh nie gäbe. Es sei „*immer ein Risiko dabei*“, wie Juliane es ausdrückt. Viele sind jedoch erstaunt, wenn ich ihnen von den verschiedenen Virentypen, dem ‚Restrisiko‘ und den entsprechenden ‚offiziellen‘ Prozentzahlen erzähle. „*Also, ich dachte schon 100 Prozent*“, so Ayse, obwohl sie es war, die sich neben vielen anderen kritischen Fragen, auch nach der „*Wahrscheinlichkeit, die Krankheit trotzdem zu bekommen*“ erkundigt hatte. Auch ihre Freundin Sibel meint daraufhin: „*Also, ich hab auch noch gar nicht gehört, dass es halt nur 70 Prozent sind. Ich hab auch von allen, die darüber mal gesprochen, dass die gesagt haben, das ist 100 Prozent sicher. Und, also ich glaub, das denken auch alle*“. Auch Sabrina erklärt, dass sie nach ihrem Frauenarztbesuch gedacht hätte, dass das „*vollkommen sicher*“ sei. Es folgt eine lebhaftere Diskussion unter den Mädchen über das (absolute und das relative) Risiko, dass „*man das überhaupt bekommt*“.

Für Sevgi hingegen, die ich mit drei anderen türkischen Freundinnen zusammen interviewe, ist klar, „*dass Kontrolle einfach*“ weiterhin wichtig ist. Ob sie dann nach der dritten Spritze nach den Sommerferien „*nie wieder*“ gespritzt würde, wollen die anderen von ihr wissen. Ne, dann hätte sie „*es hinter sich*“. Die anderen sind misstrauisch und erklären, dass sie sich nicht vorstellen könnten, dass die Spritze, die sie jetzt mit 15 machen würde, noch wirksam sei, „*wenn sie zum Beispiel erst mit 25 Geschlechtsverkehr*“ haben würde, nach der Hochzeit zum Beispiel. Auch in den anderen Gruppen kommt die Frage „*ob das jetzt das ganze Leben lang hält*“. Die Notwendigkeit einer möglichen Auffrischung, scheint aber für die Mädchen nichts Abwegiges zu sein, da einige mir auch von ihren kürzlichen Tetanusauffrischungen erzählen. Vereinzelt äußern sie jedoch so wie Veronika, die eigentlich auch gedacht hat, „*das war es dann*“ nach den drei Spritzen, die Sorge, „*ob das dann noch mal übernommen wird*“<sup>121</sup>. Ina, die mir erklärt, dass sie sich durch die Impfung lediglich eine Art „*Zeitaufschub*“ erhoffe, scheint zunächst auch davon auszugehen, dass man die Impfung nur einmal, wenn man jung ist, machen kann.

„*Und was ist mit den älteren Frauen?*“

Danach erkundigen sich sowohl die Mädchen in meinen Gruppengesprächen als auch in den Fragestunden immer wieder. Frau Dr. Rosenberg erläutert, dass immer ein bisschen schwierig wäre, den Mädchen zu erklären, „*warum das dann keiner bezahlt*“ wenn man über 18 sei.

---

<sup>121</sup> Auch Frau Dr. Rosenberg erwähnt, dass die Frage nach dem „*Bezahltwerden*“ der Wiederauffrischung eine „*der großen Fragen*“ sei. Sonst sei das ganze ja sinnlos. Sie verweise an dieser Stelle dann immer auch auf die Frauenärzte, die einen bei der notwendigen zusätzlichen Vorsorge dann darüber informierten, so Rosenberg.

Man könne denen da natürlich „*kein ökonomisches Modell*“ liefern. Sie versuche daher irgendwie zu verdeutlichen, dass man möchte, dass sie früh geimpft sind und „*dass eben auch nicht jeder Impfstoff, der auf den Markt kommt, nun für jeden geimpft wird, sondern dass es da wirklich Leute gibt, die sich überlegen, ist das jetzt gut, ist das jetzt sinnvoll.*“

„*Was ist denn das Negative daran?*“

Auf die Frage ihrer Freundinnen, was denn „das Negative“ an der Impfung sei, antwortet Sevgi: „*Geld*“. Warum sei das denn so teuer. „*Dass man halt selber erstmal 500 € bezahlen muss*“ und dass das vielen schwer fiele, das vorzustrecken, wird unter den Schülerinnen stark diskutiert. Auch mögliche Nebenwirkungen werden von allen thematisiert. „*Ob es denn da schon irgendwelche, wie heißt es Komplikationen oder so was ähnliches*“ gegeben habe, fragt Sabrina zum Beispiel. Die Mädchen, die schon beim Arzt gewesen sind, berichten, dass dieser sie beruhigt hätte. Man könnte direkt „*danach wieder Sport machen, duschen, alles Mögliche*“. Dass wäre halt „*wie bei den ganz normalen Spritzen auch*“, erklärt Selina. Es tut ein bisschen weh, aber „*das ist ja normal*“, erinnert sich auch Sevgi. Alle kommen jedoch zu dem Ergebnis, dass diese Dinge, die sie als mögliche Nebenwirkungen aufzählen, „*ja nicht schlimmer als der Gebärmutterhalskrebs*“ sind. Lediglich Juliane betont, dass man, weil das „*ganz neu*“ wäre, schon sehr vorsichtig sein sollte. Mit Medikamenten generell sei „*nicht zu spaßen*“. Das meinte auch ihre Mutter, so die Schülerin, die mir ebenfalls erzählt, sonst auch „*nur gegen Tetanus geimpft*“ zu sein.

Wie Natalies Verwunderung am Anfang und die vielen Nachfragen zeigen, ist das Verstehen der mit der Impfung verbundenen Zusammenhänge nicht ganz leicht. Nicht nur in den Mädchengesprächen wird deutlich, dass auf allen Seiten hinsichtlich des Angebotes viel weiterer Informationsbedarf besteht und dass Missverständnisse nicht selten sind. Auf der anderen Seite kommen in den verschiedenen Anmerkungen teilweise bereits relativ klare Positionierungen und Interpretationen zum Ausdruck. Ich werde im nächsten Schritt anhand verschiedener Beispiele aufzeigen, welche Varianten an Handlungsoptionen meine Interviewpartner für sich aus den ihnen bisher und momentan zur Verfügung stehenden Daten (bzw. dem Wissen) ableiten. Es geht also um die Frage, welche Entscheidungsspielräume sie für sich sehen und von welchen Faktoren sie eine Entscheidung abhängig machen.

## 5. Der Übergang zum Entscheiden und Handeln

Wie oben schon erwähnt, sind von allen meinen Interviewpartnern (bzw. deren Töchter) zum Zeitpunkt der Gespräche nur zwei Mädchen schon geimpft. Frau Mahlers Tochter bekommt am Nachmittag unseres Gespräches die erste Spritze; einige der Mädchen in der Gesamtschule berichten davon, dass dies in den nächsten Wochen der Fall sein wird. Die meisten anderen haben sich entweder noch kein ‚abschließendes‘ Urteil gebildet oder sie haben, auch wiederum aus den verschiedensten Gründen, *„einfach noch keinen Termin gemacht“*. ‚Endgültig‘ ablehnend gegenüber dem Angebot zeigte sich keiner meiner Interviewpartner. Ich werde daher in der folgenden Darstellung versuchen, die verschiedensten Einflussfaktoren aufzuzeigen und verbindende Logiken des Risikoumganges hervorzuheben. Beginnen werde ich mit den Beispielen derer, die in ihrer Meinungsbildung und/oder Entscheidungsfindung am weitesten vorangeschritten zu sein scheinen.

### 5.1 Meinungen und Entscheidungsfindungen

*„So, und dann wusste ich das und dann war das eigentlich klar gewesen.“*

Für Frau Mahler, die schon Erfahrungen mit Zellveränderungen am Gebärmutterhals hat, fiel direkt, nachdem der Kinderarzt sie ebenfalls auf die HPV-Impfung angesprochen hatte, der Entschluss, dass ihre zwölfjährige Tochter möglichst bald geimpft werden sollte. Kurz vor dem Kinderarztbesuch hatte sie zudem schon von ihrer Schwester, die ihre Tochter ebenfalls impfen lassen will, gehört, dass es die Impfung jetzt definitiv gibt. Da sie zudem von *„klein auf“* immer für die Impfung gestanden hätte, wären für sie nach der Lektüre der *„Broschüre, die dazu empfohlen wurde“*, auch keine weiteren Fragen oder Gegenargumente aufgetaucht. *„Zumal es ja jetzt auch durch ist“*, so Mahler. Sie sei einfach überzeugt davon:

*„Ich denke: Gott sei Dank gibt es jetzt was. Und wenn es sehr kritisch wäre, ich glaube, dann hätte mir mein Kinderarzt das nicht empfohlen. Dann wäre der genau so ehrlich und hätte gesagt: Das ist noch nicht ausgereift. Ich biete ihnen das noch nicht an. So kenn ich das von ihm“*.

Die Bedenken der Zögernden seien zwar verständlich, *„weil es halt noch so neu ist“*. Insgesamt ist sie jedoch der Meinung, dass man Angebote dieser Art annehmen und *„ausprobieren sollte“*. Und wenn man sich dagegen entscheidet, so ergänzt Frau Mahler im Anschluss an unser offizielles Interview, dann müsse man auch mit den Konsequenzen leben.

**„Für meinen Mann war es klar. Und für mich ist es nach wie vor noch nicht so ganz klar.“**

Sie würden ihre zurzeit noch elfjährige Tochter Lisa aber trotzdem demnächst im Rahmen der J1 impfen lassen. *„Einfach aus dem Grund, weil mein Mann halt, nebst dessen, dass er halt Vater ist, auch Kinderarzt ist“*, berichtet mir Frau Michel, die Mutter von Lisa und selbst Ärztin in Zusatzausbildung zur klassischen Homöopathie. Die Diskussionen mit ihrem Mann zu Thema der HPV-Impfung seien von Anfang *„ziemlich emotional“* und *„geladen“* gewesen, erinnert sie sich. *„Man merkte einfach, das ist ein Thema, was allen Angst macht“*. Im Gegensatz zu ihm stehe sie selbst als Homöopathin dem Impfen allgemein eher kritisch gegenüber und empfindet *„dieses Hin und Her, was man da zu lösen hat“* eigentlich als unlösbar. Da sei es natürlich schwer, einen Mittelweg zu finden. Die Idee dieser Impfung an sich fände sie schon toll, zumal sie die Diskussionen zu dem Thema schon während des Studiums mitbekommen hätte. Das größte Problem, das sie mit der Sache habe, seien *„die fehlenden Langzeitstudien“*, vor allem bezüglich der Nebenwirkungen. Da sie aber *„sofort die Koppelung mit Krebs“* habe, böte sich ihr *„nicht mehr der große Entscheidungsspielraum“*. Auch sich *„gegen was stemmen, was irgendwelche Koryphäen aufstellen“*, fände sie schwierig. Für sich selbst könnte sie eine ablehnende Haltung schon verantworten, aber es ginge hier ja um ihre Tochter: *„Ich sehe den Krebs ja jetzt bei meiner Tochter und nicht bei mir“*, so Frau Michel. Deswegen würde sie ihre Tochter jetzt schützen wollen. Natürlich hätte sie als Ärztin *„einen anderen Zugang zur Literatur und zu Informationen“* und unterscheide sich somit auch von meinen anderen Interviewpartnern, betont Michel. Das, was sie in ihrer bisherigen Recherche in Erfahrung gebracht hätte, reduziere sich dann aber auch darauf, was in diesem Flyer gestanden hätte. Sie wüsste allgemein vielleicht *„fünf Zahlen mehr“*, aber das bringe sie *„irgendwie im Kopf“* bzw. in dieser *„emotionalen Entscheidung oder in dieser Verantwortungsentscheidung“* persönlich nicht weiter. Sie sehe das *„dann nur als Mutter“* resümiert sie. Länger zu warten mit dem Impfen sei für sie keine Option, da für ihre Begriffe der Organismus mit zwölf schon ausgereift sei und vor allem weil sie es für *„utopisch“* halte, sich *„irgendein Urteil“* darüber zu erlauben *„wann das erste Mal sein sollte“*.

**„Wenn es so was schon gibt, dann sollte man das auch machen.“**

Diese Aussage findet sich in etlichen meiner Interviews wieder; sowohl bei den Mädchen als auch bei den Eltern. So berichtet mir auch Frau Walter, dass es für sie *„eine Selbstverständlichkeit“* sei, Dinge, die man *„vorsorglich tun kann“* auch zu machen. Und diese neue Impfung würde dann *„zu diesem Quantum einfach dazugehören“*. Dasselbe, so Walter, würde auch für ihre Tochter gelten. So nach dem Motto: *„Das ist jetzt neu und dann sollte man das*

*auch haben.*“ Da sie sich insgesamt auch nicht an irgendwelche „*schlechten Erfahrungen*“ mit Medikamenten erinnern könnte, würden ihre Tochter und auch sie „*voll und ganz auf den Arzt, der dann entscheiden würde, was wir tun*“ vertrauen. Gebärmutterhalskrebs an sich, so Frau Walter, sei für sie aber bisher „*ein völlig unbeschriebenes Blatt*“ gewesen.

„*Käme ich jetzt auch nicht auf die Idee mir da nähere Informationen zu holen, weil ich denke, man kann es vielleicht mit der Impfung verhindern oder irgendwie prozentual, aber ich kann es nicht verhindern, ob ich da jetzt mehr drüber weiß oder nicht*“. Vorsorge wäre natürlich auch weiterhin wichtig, betont Frau Walter, da sie sich beide darüber im Klaren wären, „*dass es nur ne gewisse Form von Krebs ist, einer von ganz vielen*.“ Dass sie bisher noch nicht beim Arzt gewesen wäre, läge schlichtweg an der fehlenden Zeit und daran, dass sie „*eh immer alles in den Ferien*“ machten.

„Warum sie ihrem Kind denn diese Impfung nicht ermöglichen solle“, fragt mich auch Frau Roller, mit der ich zusammen mit ihrer 14-jährigen Tochter Julia Mitte April das erste längere Interview zum Thema führe. Frau Roller berichtet mir, dass sie zwar in der Zwischenzeit (seit Verabredung des Interviewtermins) auch einen Radiobeitrag gehört hätte, in dem kritisch über die Wirksamkeit geredet wurde. Insgesamt sei sie „demgegenüber aber grundsätzlich sehr positiv eingestellt“, zumal sie auch in Erfahrung gebracht hätte, dass keine krankheitsauslösenden Erreger gespritzt würden. Da sie auch bei den anderen Impfungen keine Bedenken gehabt hätte, sollte Julia möglichst bald geimpft werden. Frau Roller ist vor allem verwundert bzw. sie beklagt, dass es bisher zu der Thematik so wenig an (ärztlicher) Aufklärung gäbe. Letztendlich werde sie sich dennoch auf das Urteil der vertrauten Hausärztin verlassen, mit der sie sich in nächster Zeit ein persönliches Gespräch zum Thema wünscht und bei dem sie dann auch bezüglich der Wirksamkeit noch mal nachhacken wolle.

Ihre Tochter Julia gibt sich ebenfalls sehr entspannt im Gespräch. Sie habe sich einfach noch keine weiteren Gedanken gemacht, nachdem sie den Artikel in der „Apotheken Umschau“ gelesen hätte, so Julia. Als es um die sexuelle Übertragbarkeit der Viren geht, merkt sie nur an, wie und woher sie denn jetzt mit 14 wissen sollte, wie viele verschiedene Partner sie mal in ihrem Leben haben werde und ob sie nicht zu den 70 Prozent gehöre, die sich mit HPV infizieren.

„*Ich muss mich ja auf jemanden verlassen, von dem ich annehme, dass er das richtig rüberbringt und dem ich vertrauen kann*“, betont auch Frau Stern. Dies sei in ihrem Fall dann auch die Frauenärztin, die ihre beiden Töchter auch schon „*lebenslanglich*“ kenne, selber sechs

Kinder habe und „*sehr verantwortlich*“ sei. „*Wenn es jetzt (nach dem ersten Mal) halt noch Sinn macht bei den Kindern*“ müssten diese das dann möglichst bald mit der Ärztin absprechen. Ein Widerspruch zu ihren sonstigen homöopathischen Behandlungen sehe sie nicht. Bei den anderen Impfungen habe sie immer bezüglich der „*Schwere der Erkrankung*“ abgewogen, aber in diesem Falle sei das „*ja klar*“. Und „*selbst, wenn es nur ein gewisser Schutz*“ sei, es sei „*immer noch besser, als wenn man gar nichts macht*“, schlussfolgert Stern. Sie fügt aber hinzu, dass Krankheiten „*halt insgesamt so ein Lebensrisiko*“ seien.

Im ersten Augenblick hätte sie sich von ihrer Frauenärztin etwas gedrängt gefühlt, obwohl sich dieser Eindruck dann „*verflüchtigt hätte*“, berichtet Frau Halber. Vor allem, weil es dann „*auch darum ging, ob die Impfung noch von der Krankenkasse bezahlt*“ würde, weil ihre Tochter ja schon 18 wäre. Das sei ihr alles zu kompliziert gewesen, obwohl sie grundsätzlich von Prävention sehr überzeugt sei. Als ihre Tochter irgendwann auch angekommen sei und dann fast so „*ein bisschen vorwurfsvoll*“ gesagt hätte: „*Ja, Mama, willst du denn nicht mich da mal impfen lassen? So: Die machen das jetzt alle*“, da hätte sie gesagt: „*Ja, sicher klar. Aber das musst du dann schon selber in die Hand nehmen*“. So „*richtig die große Notwendigkeit*“ sehe ihre Tochter, die, wie sie mir gleich zu Beginn erzählt, „*seit vier Jahren einen festen Freund*“ habe („*immer den gleichen*“), aber nicht. Auch sie selbst schätze die „*Wahrscheinlichkeit, überhaupt an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken*“ eher „*nicht so ganz hoch*“ ein. Deswegen denke sie, nähmen sie „*das einfach bei dem nächsten Termin, den wir (bzw. sie) sowieso haben mit*“. Auch ohne die vorherige Zusage der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Mit ihrer jüngeren zwölfjährigen Tochter wolle sie aber „*erstmal einfach warten*“, weil „*die ist noch so unbedarft und klein*“. Da werde sich in den nächsten zwei, drei Jahren „*eh nichts tun*“. Und sie „*denke, dann reicht es ja auch noch*“, so Frau Halbers abschließendes Statement.

### **„Wir wollen abwarten, wie die Sache sich entwickelt.“**

Auch Herr Nafil hebt hervor, dass er und seine Frau es mit ihrer 13-jährigen Tochter nicht „*eilig*“ hätten. Es sei noch nichts entschieden, auch wenn er spontan (als der Brief vom Frauenarzt seiner Frau kam) gedacht hätte, „*dass es einfach etwas Positives*“ sei und auch „*andere Entwicklungen in diesem Bereich etwas Tolles*“ fände. Die größten Bedenken wären zunächst auch die gewesen, „*ob die Krankenkasse das bezahlt*“. Jetzt wollten sie aber erst mal „*abwarten, wie die Sache sich entwickelt*“, mit weiteren Ärzten, Freunden und Bekannten reden, erzählt er mir. Das sei doch immer so mit neuen Sachen, da müsse man „*langsam*

*entscheiden*“. Zudem sei seine Tochter ja auch noch jung und Muslimin. Und in den „*islami- schen Gesellschaften*“ würde es ja eher passen, „*wenn das später passieren*“ würde, wobei er auch betont, dass er das auch nicht wissen oder einschätzen könnte. Natürlich gäbe es bestimmt auch traditionelle Familien, die die Impfung verbieten würde, hebt Herr Nafil, der als Marokkaner muttersprachlichen (Arabisch-)Unterricht an deutschen Schulen gibt, hervor, als ich mit ihm über einige der Eindrücke aus der Gesamtschule spreche. Das sei aber ganz verschieden, und „*viele Sachen spielen da eine große Rolle, ob sie da entscheiden oder nicht*“. Und die Mädchen würden dann bestimmt auch nicht mit ihrem „*Vater darüber sprechen*“. Er selbst hätte auch nur kurz mit seiner Tochter darüber gesprochen und „*nicht weiter darüber diskutiert*“. Somit ist er auch ein wenig erstaunt, als seine Frau, die kurz vor Ende zum Gespräch hinzu stößt, berichtet, dass diese schon gesagt hätte, dass sie die Impfung eh nicht möchte. In ihrer Klasse gäbe es ganz viele, die das jetzt halt einfach machten, erzählt mir die Tochter beim anschließenden Teetrinken selber. Sie für ihren Teil möge einfach keine Impfungen und Spritzen.

**„*Letztendlich sind solche Entscheidungen auch immer Bauchentscheidungen.*“**

So das Fazit von Frau Eisen, die die Entwicklung der Impfung und die, wie sie sagt, „*gründliche mediale Einführung und Begleitung*“ schon eine Weile am Rande mitverfolgt hat. Der momentane Stand sei, dass sie „*es noch nicht konkret geplant*“ hätten, es „*aber ins Auge gefasst*“ sei, berichtet sie mir zu Beginn des Interviews. Bisher hätten sie vor allem die hohen Kosten und die fehlende Absicherung durch die STIKO davon abgehalten, ihre 15-jährigen Zwillinge impfen zu lassen. Und jetzt sei „*die Entwicklung halt so, dass man im Grunde loslegen*“ könnte.

Ein bisschen Skepsis sei noch vorhanden, so Eisen, aber insgesamt schein ihr das schon „*eine sinnvolle Sache zu sein*“. Auch dass direkt zwei ihrer vertrauten Ärzte sich so deutlich und positiv für das Angebot ausgesprochen hätten, hätte sie beeindruckt. Insgesamt würde sie sich als „*mittelgute Impfer*“ mit einer „*ganz normalen Impfskepsis*“<sup>122</sup> bezeichnen. Man wisse eben nie, „*was macht der Körper damit*“ mache, zumal ihre Kinder „*alle allergisch ziemlich disponiert*“ seien. Aber „*wenn es diesen Schutz*“, den die Impfung verspricht „*tatsächlich geben kann*“, dann wäre die Sache „*von der Risikoabwägung eigentlich ziemlich klar*“. Sie wisse zwar, dass die Impfung eigentlich „*einen Umweg gehe*“ und dass das „*auch ne sehr langfristige Sache*“ sei, trotzdem habe man aber im Gegensatz zu den anderen

---

<sup>122</sup> So musste ihr Sohn als Säugling nach einer Impfung im Krankenhaus behandelt werden. Hier stellte sich heraus, dass dieser einen „Schock“ durch den Impfvorgang (nicht durch den Impfstoff) erlitten hatte.

Kinderkrankheiten „das Gefühl einer konkreteren Bedrohung“. Da würde schließlich „auch mit sehr konkreten Zahlen hantiert“. Dass man nun plötzlich „bei diesem ja sehr bedrohlichen Thema Krebs das Gefühl“ hätte: „Oh, ich kann was in die Hand nehmen, kann selber aktiv werden“, sei etwas Positives. Vor allem aber, weil diese Impfung „ja auch was mit Lebensstil zu tun“ hätte „sollte die im jeden Fall eigentlich auch durchgeführt werden, weil man es einfach auch nicht in der Hand“ hätte als Mutter. Wie solle sie jetzt einschätzen können, wie ihre Kinder ihre Sexualpartner auswählen würden und es „hinterher mit der Verhütung und mit der Treue“ hielten, wie sie sich entwickelten und welchen Stil sie pflegten. Die angegebenen Prozentzahlen hätten sie zumindest überzeugt, so erläutert mir Frau Eisen. Man höre zwar auch immer mal wieder „wir Deutschen treiben viel zu viel Vorsorge“, aber man könne „halt auch nicht alles abwägen“. Letztendlich glaube sie, würde der Bauch entscheiden.

Stutzig gemacht hätte sie lediglich die Tatsache, dass das alles „relativ schnell gegangen“ sei, bzw. die „Kehrseite“ sei für sie immer noch „wer möchte eigentlich diese Impfung einführen?“ Das würde sie gerne noch wissen, betont Frau Eisen. Wenn sie irgendwo mitkriegte, „da hängt ne bestimmte Firma oder Lobby dahinter, dann würde“ sie sich das „noch mal gründlicher überlegen Richtung: Nein. Im Moment sei sie aber in „Richtung: Ja“.

Ihre Kinder hätten zumindest, als der Frauenarzt sie bei ihrem (aller-)ersten Besuch („eine hatte ein Problem“ und der andere Zwilling ist mitgekommen) noch mal auf das Thema angesprochen hatte, sofort gesagt: „Ja, das wollen wir machen“. Es sei jetzt aber „auch kein vorrangiges Thema“, so dass sie ihr „jetzt auf den Füßen stehen und sagen: Mama, mach mal einen Termin oder so“. Ihr weiteres Vorgehen werde daher so sein, dass sie „vielleicht jetzt noch so ein halbes Jahr“ oder so abwarteten um mehr über „konkrete Erfahrungen“ ihrer Ärzte bezüglich eventueller Nebenwirkungen und unerwünschter Reaktionen in Erfahrung zu bringen. Prinzipiell fände sie es auch günstiger bzw. wünschenswert, wenn das „nicht ganz so stark von der persönlichen Entscheidung der Eltern“ abhängen würde.

**„Ich würde mich auf jeden Fall auch noch mal intensiver erkundigen.“**

Ihr erster Eindruck von dem Angebot wäre durchaus positiv gewesen, berichtet mir Frau Müller, die ich zusammen mit ihrer 15-jährigen Tochter Natalie interviewe. Natalie hätte das aber damals (als ihre Frauenärztin ihr im März die Infoblätter mitgegeben hätte) „irgendwie noch nicht machen“ wollen. Prinzipiell würde sich es aber „schon unterstützen, wenn sie halt einen Freund hat oder so, dass sie das macht“ erläutert sie mir zu Beginn unseres Gespräches. Sie denke aber nicht, dass man da „unkritisch“ rangehen sollte, relativiert sie später.

Es gäbe schließlich noch viele offene Punkte und sie bräuchte „*noch mehr Aufklärungsgespräche*“ und würde sich auch noch mal im Internet und homöopathisch erkundigen wollen. Zudem hätte sie das Gefühl, dass das „*schon ziemlich gepuscht*“ würde. „*Einfach so drauflos impfen*“ wäre eh nicht ihre Sache, da dies ja dann auch im Widerspruch zu ihren sonstigen homöopathischen Behandlungen stünde, betont Frau Müller. Vor allem aber Natalie ist skeptisch. Sie hätte „*halt darüber nachgedacht, aber noch nicht entschieden*“ ob sie das machen wolle oder nicht, erklärt sie mir. Zum einen sei das alles „*auch relativ neu*“, man wisse nicht, ob das hilft und so. Und zum anderen hätte sie sich auch noch nie Gedanken darüber gemacht, das (Gebärmutterhalskrebs) zu bekommen. Sie wisse eigentlich nichts über die Impfung und auch über Krebs allgemein.<sup>123</sup> „*Als Jugendlicher ist man dann ja auch mit was anderem beschäftigt*“, verteidigt sie sich. Wenn ihr „*ein Hausarzt so sagen würde, das müsste man jetzt auf jeden Fall machen, weil es wirken würde*“ und auch keine Risiken habe, dann würde sie es schon machen. Da sie aber vermute, dass der Impfstoff „*ziemlich heftig*“ sei, damit das „*auch längere Zeit*“ gegen Krebs helfe, würde sie jetzt nicht von sich aus hingehen und sagen, „*das möchte ich unbedingt*“. Wenn es wirklich wichtig sei, dann würde das auch noch „*populärer werden*“, von der Kasse bezahlt werden und der Arzt würde „*einen auch noch mehr darauf hinweisen*“, so Natalie.

Sie wollten jetzt „*erst mal abwarten und gucken, was noch kommt, und wie sich das bei Natalie einfach auch freundschaftlich entwickelt*“, so Frau Müller am Ende unseres Gespräches.

### **„Das Kind muss sich doch sowieso schützen gegen andere Schwierigkeiten.“**

Auch Frau Eller erinnert sich, dass sie zuerst gedacht hätte: „*Mensch, das ist ja ne super Idee, wenn man dann davon ab ist diesen Virus zu bekommen, nicht schlecht*“. Zumal eine Freundin „*gerade kurz vorm Gebärmutterhalskrebs vorhergekommen ist*“ bzw. längere Zeit die Stufe III gehabt hätte. Bisher hätte sie sich nicht weiter drum gekümmert und wäre, wenn ich jetzt nicht angerufen hätte, demnächst einfach zu ihrem vertrauten „*anthroposophischen Hausarzt*“ gegangen, da sie jetzt ebenfalls die Hepatitisimpfung angehen wollten. Seit unserem Telefonat wäre sie aber immer skeptischer geworden und hätte „*so im Kopf auch die Bälle hin und her geworfen*“. So dass Herr Eller, der nach etwa fünf Minuten zufällig zum Interview hinzu stößt, erstaunt (aber auch lachend) feststellt, dass er ja noch gar nichts davon

---

<sup>123</sup> Auch der Zusammenhang mit „*dem Geschlechtsverkehr*“ war Natalie wie erwähnt nicht bekannt gewesen.

wisse, dass sie seit dem letzten Gespräch<sup>124</sup> beim Abendbrot „so eine Kehrtwende gemacht“ hätte.

Neben vielen anderen offenen Punkten hätte sie vor allem die Information, „dass im Grunde eigentlich nur drei Prozent der verursachenden Viren davon getroffen sind“ an der Sache zweifeln lassen, berichtet Frau Eller. Vielleicht wäre die Impfung dann „nur so ne Illusion“, die „auch wieder zu einer Nachlässigkeit führen“ könnte. Und da sie auch grundsätzlich Angst vorm Impfen hätte und sich viel mehr „Erfahrungswerte“ wünsche, würde sie im Moment nichts übereilen wollen. Natürlich sollte man es „eigentlich vor dem ersten Mal machen, also vor dem ersten sexuellen Kontakt“, betont sie. Aber es gäbe ja auch noch andere Krankheiten bzw.: Das Kind müsse sich „doch sowieso schützen gegen andere Schwierigkeiten“.<sup>125</sup> Und wenn eine feste Beziehung anstünde, könnte ihre Tochter Maike „ja auch selbst aktiv werden“. Vielleicht wisse man dann schon mehr.

Sie hätte da „etwas unterschiedliche Positionen“ bezüglich des Impfens allgemein, erläutert mir Herr Eller. „Ein bisschen pauschal gesagt“ wäre seine Frau „eigentlich ein Impfgegner“, bis auf zwei, drei Ausnahmen und die Hepatitisimpfung, auf die sich vor kurzem geeinigt hätten. Vor Hepatitis hätte sie „einfach irgendwie Angst“, da diese Krankheit wirklich „im Kommen“ und „wahnsinnig ansteckend“ sei, erzählt Frau Eller und erwähnt zudem zwei gute Freunde, die damit chronisch infiziert seien. Gebärmutterhalskrebs schätze sie dagegen als „sehr gut heilbar“ bzw. erkennbar ein „wenn man wirklich regelmäßig zur Untersuchung“ ginge. Ihr gefalle es einfach nicht, dass man jetzt so mit der „Idee überschwemmt“, konfrontiert und unter Druck gesetzt werde.

Bisher hätte er eigentlich das größte Problem „in der Finanzierung“ gesehen, wisse aber nicht, wie der Status diesbezüglich im Moment sei, führt Herr Eller aus. Abgesehen davon sähe er nur in Nebenwirkungen „einen Grund, der dagegen spräche“, obwohl er sich sonst auch „als relativ kritisch“ und keineswegs als „absoluten Impfbefürworter“ bezeichnen würde. Auf den Hinweis seiner Frau bezüglich der fehlenden „Erfahrungswerte“ verweist er auf die gesetzlichen Testverfahren, die jedes Präparat durchlaufen müsse. Aber das seien „doch nicht die Ergebnisse, als wenn die das in die Öffentlichkeit streuen“, wendet Frau Eller ein. Das glaube sie einfach nicht. Sie würde „dem Braten einfach noch nicht so ganz“ trauen. Zudem sei das für sie auch eine „politische Geschichte“, wenn das jetzt so massiv auf den Markt gebracht würde. „Von den Medien her“ habe sie „zumindest bewusst nichts Kritisches

---

<sup>124</sup> Bei diesem Gespräch war es vor allem auch um die hohen Kosten gegangen, von denen Maike erfahren hatte.

<sup>125</sup> Dass sie sich schütze, sei doch sowieso klar, erwidert Maike. Sie erkundigt sich dann noch mal genauer nach der sexuellen Übertragbarkeit der Viren, woraufhin Frau Eller ihrer Tochter die Mechanismen erklärt.

wahrgenommen“. Auch werte sie die (bisherigen) hohen Kosten als „*sozial ungerecht*“. Vielleicht sei das Ganze ja nur „*eine Geschichte von der Pharmaindustrie*“.

„*Du meinst, es gibt einfach kein Mittel, was gut, einfach nur gut ist?*“, fragt bzw. stellt ihr Mann fest. Für ihn sei das ganz normal, so Herr Eller, wenn das Präparat jetzt, wo es „*sich auch in Tests als positiv erwiesen*“ und „*Marktreife*“ erreicht hätte, auch mit einer „*gigantischen PR-Maschinerie*“ beworben würde. Er hätte im Gegensatz „*zu anderen Geschichten*“ in dem Fall einfach spontan gedacht „*es ist was Gutes*“. Weil er einfach seine „*Tochter im Blick*“ hätte und denke, der „*solle nichts passieren*“ wirft Frau Eller ein. Natürlich hätte er seine Tochter im Blick, antwortet Herr Eller. Ja, aber das wäre genau „*der Moment*“, wo man „*auf einmal unkritisch*“ würde und da halt Angst hätte, hebt Frau Eller hervor. „*Ja, genau*“, er denke da halt an seine Kinder (Maike und die achtjährige Schwester) und „*möchte, dass denen das erspart*“ bliebe. Deswegen würde er auch 500 € bezahlen, auch wenn er natürlich dafür wäre, dass das von der Kasse übernommen würde.

„*Genauso wäre es bei ihr spontan auch*“ gewesen, lacht Frau Eller. Trotzdem wolle sie sich im Moment nicht unter Druck setzen lassen und bräuchte auf jeden Fall noch mehr Informationen. Sie werde jetzt ganz bewusst nicht zu ihrer neuen Frauenärztin gehen, da diese da bestimmt „*auch keine großen Probleme*“ sähe, sondern sich an den erwähnten Hausarzt wenden, von dem sie wisse, dass „*er da ne kritische Haltung*“ habe und der sie auch zur Hepatitisimpfung gut beraten hätte.

Maike, die die lebhaften Diskussionen ihrer Eltern gewöhnt zu sein scheint, gibt sich genau wie diese auch sehr gelassen und entspannt im Interview. Ähnlich, wie ihre Freundin und Klassenkameradin Natalie<sup>126</sup>, erzählt sie, dass sie relativ uninformiert und noch unentschieden sei und bisher auch nicht auf die Idee gekommen wäre, von sich aus die Initiative zu ergreifen. Der generelle Besuch einer „*Mädchensprechstunde*“ beim Frauenarzt würde sie dagegen schon interessieren. Ansonsten stellt sie viele kritische Zwischenfragen, vor allem auch zur sexuellen Übertragbarkeit der Viren, zu Nebenwirkungen und zu der Frage, wie Krebs allgemein entsteht.

### ***Die Sicht der Mädchen***

Die Bandbreite der Meinungen der Mädchen gleicht denen der Eltern, die ich im obigen Teil dargestellt habe. Wie erwähnt und aufgezeigt, geben sich die Mädchen, die ich gemeinsam mit ihren Eltern treffe, trotz einer offenen Gesprächsatmosphäre zurückhaltender als die Mädchen in der Gesamtschule. Dort beziehen sich diejenigen, die schon geimpft sind oder

---

<sup>126</sup> Der Interviewkontakt zu Frau Müller wurde durch Frau Eller vermittelt.

unmittelbar vor einem Termin stehen, zum großen Teil auf Aussagen „von ihren Müttern“ oder der Ärzte. Die anderen stellen viele Fragen und diskutieren munter untereinander und mit mir. Diejenigen Mädchen<sup>127</sup> in der Jahrgangsstufe, die sich durch die Thematik (bzw. den Impfwunsch ihrer Eltern) genervt fühlen, so mein Eindruck aus der Vorstellungsrunde, haben sich auch erst gar nicht zum Gespräch angemeldet.

Ähnlich wie Maike und Natalie äußert zum Beispiel auch Juliane eine (starke) Angst vor Nebenwirkungen. Erst wenn sie sich „reichlich informiert“, das mit ihrer Mutter besprochen hätte und auch „von Wissenschaftlern bewiesen“ wäre, dass es wirklich hilft, wäre sie „sich auch wirklich sicher“. „Und wenn es wirklich schädlich ist, will ich, dass es gut ist“, erklärt mir die Schülerin. Sie würde es aber „nicht aus Gruppenzwang machen“, weil es ja schließlich ihr Körper sei. Auf der anderen Seite hätte sie auch eine große Angst vor Krebs und „familiäre Erkenntnisse“ bei anderen Krebsarten, so Juliane<sup>128</sup>. Man sei, glaube sie, beim „ersten Mal ohnehin schon sehr aufgeregt“ und dass da jetzt auch noch der Gebärmutterhalskrebs wäre, mache ihr Angst. „Und es gibt auch kaum wirklich Möglichkeiten sich zu schützen, außer jetzt Kondome“. Aber, die wären ja auch nicht wirklich sicher, wie ihnen die Biologielehrerin gestern erklärt hätte, fügt Juliane hinzu.

Die anderen sind weniger ängstlich als Juliane, zumindest bezüglich der Nebenwirkungen. Manche erzählen von (Brust-)Krebserkrankungen in der Familie oder im Bekanntenkreis. Sie „hätten auch zwei Fälle hier auf der Schule“ gehabt, erinnert sich Sibel. Das wäre „schon eine große Sache für“ sie gewesen und sie hätte sich „informiert, wie das passiert und wie man das verhindern kann“.<sup>129</sup> Von dem „Krebs am Gebärmutterhals“ haben aber fast alle vorher noch nichts gehört. „Wenn es doch weniger auftritt als Brustkrebs“ merkt Marion an, dann ist ja „eigentlich unnötig, dass man sich dagegen impfen lässt“. Diesen Einwand lassen ihre Klassenkameradinnen jedoch nicht gelten. Bei dem Großteil der Mädchen scheint sich im Laufe der Interviews der Gedanke durchzusetzen, dass das „bestimmt nicht verkehrt“ bzw. „die Spritze eigentlich gut“ ist. Selbst wenn es, wie sie durch meine Erklärungen erfahren, „keine 100 Prozent“ seien. Das sei doch „besser als gar kein Schutz“. Die (spontane) Idee von Nadine, dass Kondome doch eigentlich den gleichen Effekt haben müssten, wenn das („die Infektion“) „ne Geschlechtskrankheit“ sei, äußern ebenfalls viele der Mädchen.

---

<sup>127</sup> Gleiches gilt (wahrscheinlich) für alle die, die schon lange ‚keine Jungfrauen‘ mehr sind.

<sup>128</sup> Juliane und ihre Freundin Melanie sind die Einzigen unter den Mädchen in der Gesamtschule, die nicht komplett gegen die anderen Kinderkrankheiten „durchgeimpft“ sind.

<sup>129</sup> Hier bezieht sie sich vor allem auf Nichtrauchen, eine gesunde Ernährung und Sonnenbankbesuche.

Sabrina, die sich, sobald die Krankenkasse direkt bezahlt, impfen lassen will, erklärt, dass manche, die sie kenne das „auf die leichte Schulter“ nähmen. Natürlich wäre das „immer ne freiwillige Sache“. Aber da es „schon was Schlimmes“ wäre, sollte „man sich, wenn es so was schon gibt, dann auf jeden Fall davor schützen.“

Sonja, Sandra und auch einige andere sind sich sicher, „dass das jeden ansprechen“ würde, „wenn man halt mehr Informationen darüber hätte“. Bzw. „dass sich auch mehr dafür entscheiden würden, wenn die das zum Beispiel in der Werbung“ sähen. „Oder wenn die Krankenkasse das übernehmen“ würde ohne Vorstrecken, ergänzt Marion.

Auch Sibel findet, dass man diese Chance nutzen sollte, wenn auch „vielleicht nicht jetzt im Moment“. Ayse und Nadine, die sich insgesamt am kritischsten und ausführlichsten erkundigt haben, kommen zu dem Ergebnis, dass man vielleicht noch ein bisschen warten sollte, bis „noch mehr darüber bekannt“ und das „ein bisschen Normalität“ geworden sei. Es gäbe doch „immer Sachen, die später dann ausbrechen“ und vielleicht werde die Impfung dann „wieder verboten“ oder so, mutmaßt Ayse. Sie wolle jetzt nicht ein „Testkaninchen für die Kommenden“ sein.

Vor allem aber die Frage, ob die Impfung für sie im Moment überhaupt „nötig“ sei (bzw. ob sie „gefährdet“ sind) wird von den türkischen Mädchen lebhaft diskutiert. Wenn sie „doch eh im Moment keinen Geschlechtsverkehr“ habe, dann sei „die Spritze doch im Moment auch überhaupt nicht wichtig“ wird Sevgi von ihren Freundinnen spaßhaft unter Beschuss genommen. Diese verteidigt sich gelassen. Sie hätte es halt „ausprobieren“<sup>130</sup> wollen, „weil es neu ist“ und helfe. Und selbst, wenn sie nicht solange hielte, dann mache sie das „halt noch einmal“. Vielleicht hätte ihre Mutter auch „einfach Angst“ gehabt und hätte es „zur Sicherheit“ halt machen lassen wollen, mutmaßt eine der Freundinnen. Im Laufe des Interviews einigen sich die Mädchen aber darauf, dass es eigentlich „schon in Ordnung“ sei, „dass man das so früh macht“. Man könne schließlich „nie wissen wann man Geschlechtsverkehr bekomme“. „Auch wenn man es sich jetzt in den Kopf gesetzt“ hätte. Ein weiteres Argument, so die Mädchen, sei auch, dass die Krankenkasse das nur bis 18 bezahle. Die Frage sei nur, ob und wie sie ihre Eltern von „der Spritze“ überzeugen sollten und auch wollten.

Auch in der anderen Gruppe, wo Sabrina die Frage aufgeworfen hatte, ob „manche Elternteile“ das vielleicht nicht möchten, „weil das mit dem Thema (Sex) zusammenhängt“, wird

---

<sup>130</sup> „Dann musst du auch Geschlechtsverkehr probieren“, schlussfolgert ihre Freundin.

dieser Punkt diskutiert. Die Meinungen der Mädchen hierzu gehen aber auseinander. Vielleicht würden ihre Eltern ihr das *„auch eher empfehlen, das zu machen“*, weil sie denken würden: *„Ja, die Sicherheit geht vor“*, merkt zum Beispiel Sibel an. Auch wenn sie selbst anders dächte. Ayse berichtet von ihrer Tante, die auch eine *„sehr strenge Türkin“* sei und die das ihrer Tochter trotzdem vorgeschlagen hätte. Diese würde schließlich auch irgendwann heiraten und dann sei da halt auch *„eine Wahrscheinlichkeit, dass sie das von ihrem Mann“* bekomme. Es wäre ja nicht so, *„dass man das nur von irgendwelchen Freunden bekommt“*.

Wie diese kurzen Anmerkungen der türkischen Mädchen zeigen, aber auch in meinen obigen Beispielen deutlich wurde, sind die Meinungen der Mädchen sehr eng mit denen ihrer Eltern verknüpft. Ich werde im Folgenden noch einmal kurz zusammenfassen, wie meine Interviewpartner ihre ‚Verhandlungen‘ über die Impfentscheidung beschrieben haben.

## **5.2 Entscheiden und Verantworten**

### *Die Mädchen und ihre Eltern*

Bis auf die Mädchen, die durch die Schulärztin informiert geworden sind, erklären mir fast alle anderen, die konkret ein Impfen planen, dass ihre Mütter sie erst *„auf die Idee gebracht“* hätten bzw. dass diese das *„vorgeschlagen“* und für sie *„entschieden“* hätten. Wenngleich sie betonen, dass sie selbst das auch *„als eine gute Sache“* betrachteten und sich auch durch die Ärzte überzeugt fühlten.

Auch Ezgi erinnert sich, dass der Frauenarzt, den sie extra für ein Beratungsgespräch aufgesucht hatte, sie auch zunächst *„ein bisschen überzeugt“* hätte. Durch die Zweifel und Bedenken ihrer Mutter, die sich von ihrer Tante (*„die das für nötig hält“*) die Broschüre hat ins Türkische übersetzen lassen, sei sie jetzt aber selbst verunsichert, ob sich die Sache *„im Moment lohne“*. Seitdem hätte sie aber mit ihrer Mutter (die auch *„Sorgen wegen der Krankenkasse“* gehabt hätte) nicht *„weitergeredet“* und sich auch nicht getraut, ihren Vater anzusprechen. Bei ihr sei auch noch alles offen, erzählt mir Melanie, die sonst überhaupt nicht geimpft ist. Sie würde das schon gerne machen und hätte sich auch informiert, um ihre Mutter zu überreden. Diese hätte aber gesagt, dass *„nicht so viele Möglichkeiten bestehen“*, dass sie das kriege und wollte sich jetzt selbst erstmal beim Frauenarzt erkundigen.

Bei den meisten anderen Mädchen gestaltete sich – zumindest ihren Erzählungen nach – die Kommunikation über die Impfung als problemlos. Lediglich von einer Sprechstundenhilfe, mit der ich im Rahmen der ersten Recherchen spreche, erfahre ich, dass es für sie manchmal ein wenig schwierig wäre, den jungen Mädchen (*„die ihre Mütter gerne aus der Sache raus-*

halten wollten“) zu erklären, dass der Arzt bis zum 18. Lebensjahr eine Einwilligungserklärung der Eltern verlange (vgl. FFT, 13). Für die Mädchen, mit denen ich spreche, scheint sich diese Frage aber noch nicht gestellt zu haben oder kein Problem darzustellen, da sie eh keine „Alleingänge“<sup>131</sup> planen und auf das Urteil ihrer Eltern zu vertrauen scheinen.

### *Die Eltern und ihre Töchter*

Auch von Seiten der Eltern bzw. Mütter, die ich zum persönlichen Interview treffe, heißt es meist, dass ihre Töchter „*das ziemlich gut finden würden*“. Wobei die Reaktionen der Töchter und der Austausch über das Impfangebot natürlich je nach Alter und Beziehung variieren.

Frau Franz zum Beispiel berichtet am Telefon, dass ihre 14-jährige Tochter zurzeit „sehr genant wäre“ und schon bei der Formulierung „vor dem ersten Geschlechtsverkehr“ abgeblockt hätte. Daher plane sie jetzt erstmal, sich ausreichend zu informieren, um dieser Fragen beantworten zu können und damit es nachher nicht hieße: „Meine Mutter will das jetzt, dann muss ich das auch machen“. Spritzen seien natürlich nie etwas Angenehmes für Kinder, bestätigt auch Frau Blau. Da ihre 13-jährige Tochter aber „durch ihre eigene Brustkrebserkrankung einen Horror vor Krebs hätte“, wäre sie sofort einverstanden gewesen.

Letztendlich würde sie das natürlich als Mutter entscheiden, sagt auch Frau Mahler. Sie hätten das kurz durchgesprochen, aber ihre Tochter würde ihr voll vertrauen. Gerade weil das mit zwölf, wo „*die Pubertät noch nicht so ganz so fortgeschritten*“ sei, unkomplizierter wäre, würde sie jetzt auch nicht bis zu einem Alter warten, wo das „*mehr in die Selbstentscheidung*“ ginge. Ähnlich argumentiert auch Frau Michel. Sie könne ja nicht wissen, „*inwieweit sie da noch Zugang*“ hätte. Deshalb würde sie das jetzt „*über ihren Kopf hinweg entscheiden*“ und käme so gar nicht in die Situation, mit ihrer elfjährigen Tochter diskutieren zu müssen. Zudem hielte sie es auch für Jugendliche eine Überforderung, das selbst einschätzen zu können, wo selbst sie nach einem (Medizin-)Studium das noch nicht mal könne.

In den Familien mit den älteren Töchtern ist es – vor allem auch als außen stehende Person – schwieriger und nicht ganz klar zu benennen, wer die letztendliche Impfscheidung trifft oder treffen wird.

Frau Stern hat, wie gesagt, die Entscheidung zunächst an ihre Töchter bzw. die Ärztin abgegeben. Bei dem Ehepaar Eller und ihrer Tochter Maike, sowie bei Natalie und ihrer Mutter besteht auf allen Seiten noch viel weiterer Informationsbedarf. Im Falle von Frau Halber hat

---

<sup>131</sup> Diese sind zu meinem Forschungszeitraum durch die „Kostenerstattungsregelung“ sowieso nur schwer möglich. Theoretisch sind Jugendliche bereits ab dem 16. Lebensjahr einwilligungsfähig (vgl. STIKO 2, 280).

die volljährige Tochter zwar selbst entschieden, das konkrete Impfen hängt aber von der Finanzierung durch die Eltern ab. Andere, wie z.B. Frau Walter und auch Frau Roller berichten, dass ihre Töchter wie selbstverständlich davon ausgingen, dass sie geimpft würden, das auch wirklich gut fänden, aber alle weiteren organisatorischen Dinge und das endgültige Urteil ihren Müttern überließen. Frau Eisen betont zudem, dass ihre Zwillinge sehr stolz gewesen wären, dass der Frauenarzt sie persönlich (und ohne ihre Anwesenheit) nach ihrer Meinung gefragt hätte.

Bezogen auf alle Gespräche bleibt der Eindruck, dass von einer Art „gemeinsamer Entscheidung“ gesprochen werden kann, in die, wie auch in meiner These formuliert, sowohl das elterliche Urteil, der töchterliche Impfwunsch und auch in zunehmenden Maße die Haltung der Mehrheit („*das machen jetzt alle in der Klasse*“) mit einfließen.

Rein rechtlich gesehen, sind es natürlich die Eltern, die entscheiden und auch die Verantwortung für das Impfen ihrer minderjährigen Töchter tragen. In der Praxis wird die Option der Impfung in der Familie thematisiert und es findet ein Meinungsaustausch darüber statt. Wer dafür den ersten Impuls gibt und danach weitere Erkundigungen anregt, variiert.<sup>132</sup>

Eine sehr wichtige oder wenn nicht gar die wichtigste Rolle für die Impfentscheidung, spielt, wie in nahezu allen meinen Gesprächen deutlich wurde, das Urteil der vertrauten ‚Experten‘. Wie in einigen Fällen angeklungen ist, wirken diese eventuell auch als ‚unabhängige Vermittlungspersonen‘, auf die man sich beziehen kann, wenn eine der beiden Seiten nicht überzeugt scheint.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Art und Weise, in der die HPV-Impfung zum Zeitpunkt meiner Forschung verhandelt wird, individuell und auch durch die große Altersspanne der ‚ersten Impfgeneration‘, sehr verschieden ist. Ich werde in der folgenden kritischen Würdigung meines empirischen Materials noch einmal die spezifische Anfangssituation hervorheben und eine zusammenfassende Einschätzung liefern.

---

<sup>132</sup> Im Falle meiner Interviewpartner waren es tendenziell eher die Mütter, die Initiative ergriffen haben. Diese Beobachtung hängt aber natürlich stark mit meinem Forschungsdesign (bzw. auch dem Alter der Mädchen) und der jeweiligen Interviewkonstellation zusammen.

## 6. Kritische Würdigung und Zusammenfassung

*„Doch wie dieses einfache Beispiel belegt, gibt es keinen simplen determinierenden Zusammenhang zwischen Wissen und Handeln. Neues Wissen wird von sozialen Akteuren vor dem Hintergrund bestehenden Alltagswissens, normativer Orientierungen, sozialen Praxen und kulturell spezifischen Erzählungen vom glücklichen Leben interpretiert.“ (S. Beck 2001, 36)*

Wie Stefan Beck beschreibt, steht die Art, wie sich jemand mit neuem Wissen auseinandersetzt und ob er dieses auch zum Anlass nimmt zu handeln, im Zusammenhang mit der persönlich empfundenen Wichtigkeit, der Relevanzsetzung und vorhandenem Wissen. Bezogen auf meine Forschung bedeutet dies, dass meine Interviewpartner bei den Versuchen, die HPV-Impfung in bestehende Erfahrungen einzuordnen und in Bezug zu anderen Entscheidungssituationen zu setzen, zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Hinter einer Entscheidung zu einer HPV-Impfung stehen somit verschiedene Ambivalenzen und Abwägungen. Die Bedeutung, die dem neuen Angebot beigemessen wird, variiert ebenfalls. Trotz der unterschiedlichen Einschätzungen und Interpretationen der einzelnen Fakten und Risikobotschaften gibt es dennoch verbindende Tendenzen.

Die Schwierigkeit, die sich beim Einordnen der HPV-Impfung stellt, ist, dass sie sich durch ihre ‚Neuartigkeit‘, diesem in gewisser Weise entzieht. Dass die Impfung als eine Revolution bzw. als ‚Krebsimpfung‘ präsentiert wird, löst bei Laien sowohl Begeisterung als auch Skepsis aus. Mein Eindruck aus den Gesprächen ist, dass die „große Idee“ dieses Angebotes durch die Komplexität der Botschaften und die vielen offenen Punkte für viele seltsam abstrakt bleibt<sup>133</sup>, obwohl natürlich emotionale Themen damit kontextiert werden. Die Mechanismen von Schutzimpfungen, Krebserkrankungen und viralen Infektionen sind einzeln für sich schon schwer zu verstehen und werfen viele (Forschungs-)Fragen auf. Das Ganze dann auch noch im Kontext von Sexualität ist schwer zu ‚begreifen‘. Eine Vereinfachung des Zusammenhänge bzw. das Vornehmen einer ‚Reduzierung‘ ist daher zwangsläufig notwendig. Sei es auf Seiten der Experten, die aufklären und überzeugen wollen oder auf Seiten der Laien, um eine Entscheidung vornehmen zu können. Dass dabei Widersprüchlichkeiten und offene Punkte verdeckt oder auch (bewusst) ausgeblendet werden, ist normal, auf Seiten der Befürworter wie der der Skeptiker und Kritiker.

---

<sup>133</sup> Die Tatsache, dass viele Mädchen untereinander einfach nur von „der Spritze“ sprechen, ist, denke ich, ein Ausdruck dafür, dass versucht wird der Sache eine gewisse ‚Gegenständlichkeit‘ bzw. ein Symbol zu geben. Natürlich erleben die Mädchen die Impfung ja auch als solche. Meine eigene ‚direkteste‘ Begegnung war das Beobachten einer jungen Frau in der Straßenbahn, die eingehend den Beipackzettel einer eben erworbenen Packung Gardasil studierte. Zu der Abstraktheit passt weiterhin die Beobachtung, dass in fast allen Gesprächen der Aspekt der ‚Körperlichkeit‘ völlig außen vor gelassen wurde.

Ich fokussiere, wie an vielen Stellen beschrieben eine Anfangs- und zugleich eine Umbruchsituation. Umbruchsituation in dem Sinne, als meine Forschung auch zu einem Zeitpunkt stattgefunden hat, wo die Impfung gerade begann, nicht mehr nur zahlungskräftigen oder – willigen Familien zu Verfügung zu stehen und/oder, wie es der Kritiker Rolf Rosenbrock formulierte, als „Köder für die Mittelschicht“ (Rosenbrock 2007c) zu fungieren, sondern eine größere Gruppe erreichte. So schien vor allem in den Schulen<sup>134</sup> zwischen den Oster- und den Sommerferien, die Impfung ein mehr oder minder großes Thema zu sein und sich eine gewisse Dynamik abzuzeichnen. Meine Ergebnisse können somit als Momentaufnahme dieser Situation gewertet werden und analog dazu stellt jedes einzelne Gespräch nur einen sehr kleinen Ausschnitt des individuellen Aneignungsprozesses bzw. der „Wissensarbeit“ meiner Interviewpartner dar. Wie beschrieben, ist für viele der Ausgang dieses Prozesses noch offen und/oder sie geben an, dass ihnen noch die entscheidenden handlungsanleitenden ‚Informationen‘ fehlten.

Sich mit dem neuen Impfangebot auseinanderzusetzen, bedeutet – wie bei jedem Präventionsangebot – sich mit verschiedenen impliziten oder implizierten Risiken zu beschäftigen und diese zu interpretieren. Die vielen skizzierten Missverständnisse zeigen, dass dies bei der HPV-Impfung keine einfache und eindeutige Sache bzw. Aufgabe ist. Man könnte es auch anderes formulieren und sagen, dass vielen noch nicht so ganz klar war oder ist, wo das Entscheidungsdilemma liegt.

Gebärmutterhalskrebs kann, um es mit den Formulierungen aus dem theoretischen Teil zu beschreiben, durch die zumindest in den so genannten „Industrieländern“ etablierten Vorsorgeuntersuchungen zwar schon seit längerem nicht mehr als „schicksalhafte Gefahr“ bezeichnet werden. Die Erkenntnis über die (Mit-)Ursachen der Krankheit scheint, wie auch ich in meinen Gesprächen erfahren habe, doch noch nicht zum „Allgemeingut“ (Ein Impfstoff gegen ..) zu gehören. Erst jetzt mit der ‚neuen‘ Möglichkeit, den Infektionen vorzubeugen, wird der Zusammenhang bzw. vor allem die sexuelle Übertragbarkeit der HP-Viren in das Bewusstsein (vieler) gerückt. Das heißt, dass sexuelle Kontakte bisher von den meisten nicht als ‚Risiko für eine Krebserkrankung‘ betrachtet wurden und, so meine Schlussfolgerung, Gebärmutterhalskrebs auch nicht in dem Maße mit Stigmatisierungen belegt war oder mit Promiskuität in Verbindung gebracht wurde, wie dies Chavez ausführt (vgl. Chavez u.a. 2001).

---

<sup>134</sup> Eine Mutter auf einem der Informationsabende beklagt, dass das Thema massiv in die Schulen getragen würde (durch „subtile Werbung“), die Mädchen unter Druck gesetzt würden, manche Biologielehrer ihre Kompetenzen überschritten und etwa mit extremen Bildern von Genitalwarzen überzeugen wollten (vgl. FFT 39).

Meiner Meinung stiftete auch die Tatsache, dass es keine definierte Risikogruppe<sup>135</sup>, sondern nur eine Zielgruppe des Impfangebotes gibt, Verwirrung. Der Versprecher: „junge Frauen“ und „Jungfrauen“, ist mir öfter begegnet. Einige Mädchen schienen sich zunächst auch gefährdet zu sehen, einfach dadurch, dass sie jung sind (zwischen zwölf und 17) und nicht direkt die Koppelung mit dem ‚Risikofaktor‘ Geschlechtsverkehr zu haben. Für fast alle Mädchen war diese spezielle Krebserkrankung bisher unbekannt oder Krebs allgemein, wie es Frau Dr. Rosenberg ausdrückt, „*im Kopf eher für den älteren Menschen*“ reserviert. Wobei es hier natürlich auch große Unterschiede zwischen den Mädchen hinsichtlich ihrer Erfahrungen, Ängste und Vorstellungen gibt. Die ‚relative‘ Langfristigkeit der Entstehung dieses Krebses war zumindest auch ein Aspekt, der für die Mädchen schwer zu erfassen war. Zumindest habe ich einigen entsprechenden Fragen entnommen, dass diese sich sehr kurzfristig bedroht sehen und ihnen auch die Tatsache, dass man den Krebs selber nicht entdecken kann, bevor die Ärztinnen und ich den Ablauf der Vorsorge erklärten, Angst zu machen schien.

Die Aufmerksamkeit für die HPV-Impfung war auch in den verschiedenen Fragestunden recht unterschiedlich. Für die jüngeren Mädchen standen insbesondere die praktischen Aspekte im Vordergrund und das Thema der ersten Periode<sup>136</sup> schien viel interessanter zu sein. Die älteren Mädchen setzten die Thematik in den engen Kontext von Gefahren und Schutzmöglichkeiten anderer sexuell übertragbaren Erkrankungen.

Bei den Eltern variieren die Risikoeinschätzungen ebenfalls je nach deren Erfahrungen mit Krebs, der Vorsorge, anderen Impfungen und dem Medizinsystem allgemein. Ich habe hier in den Interviews zum einen eine unbestimmte „Furcht vor Neuem“, bzw. ein Bemängeln der fehlenden Erfahrungen mit den Nebenwirkungen und ein Misstrauen in die postulierte Risikoarmut erlebt, ähnlich wie bei den Mädchen aber auch eine Begeisterung und Neugier auf das Neue.

Trotz der Tatsache, dass einige der Mütter, angeben, dass Gebärmutterhalskrebs in keinem Falle ihre erste Assoziation wäre, wenn sie an Krebs dächten, erwähnen viele, dass der persönlichere Bezug zum Risiko (durch den PAP-Test) bei der Bewertung dieser Impfung eine

---

<sup>135</sup> Ein ‚Risiko‘ für Gebärmutterhalskrebs haben zunächst einmal alle Frauen. HPV-Infektionen gibt es in allen ‚Schichten‘, wobei die Prävalenz bei Jüngeren höher ist. Experten betonen aber, dass es durch „spätere Heiraten, vermehrte Scheidungen und Wiederheirat sowie ein steigendes Heiratsalter in Deutschland“ auch ein Risiko des Kontaktes bei Älteren gibt (Schneider u.a. 2007b). Hier setzt die angestrebte Zielgruppenerweiterung an.

<sup>136</sup> Frau Dr. Rosenberg betont, dass sie die Impfung auch als „*einen sehr positiven Einstieg*“ betrachtet, um mit den Mädchen „*über so ein Thema*“ bzw. deren allgemeine „*sexuelle Potenz*“ reden zu können. In eine ähnliche Richtung geht die Argumentation, dass die Impfung die Hürde des ersten Frauenarztbesuches senken könnte. Für eine kritische Analyse des Themas: „Medikalisierung der Pubertät durch die Mädchengynäkologie“ verweise ich auf den Beitrag: „Mädchen als neue Klientel“ von Bettina Schmidt (B. Schmidt 2000) in dem Buch: Weiblichkeit ist keine Krankheit (Kolip 2000).

Rolle spielt. Ein „persönliches Risiko“ ist nach meinen obigen theoretischen Ausführungen natürlich ein Widerspruch in sich, da es ja eigentlich um statistische Wahrscheinlichkeiten geht. Dennoch empfinden es einige meiner Gesprächspartner so, dass sie immer ein Risiko für HPV, bzw. den Gebärmutterhalskrebs hätten, es sei denn, sie lebten vollkommen enthaltsam. Das Argument von Julia, dass man es einfach nicht einschätzen könne, schon gar nicht (so weit) im Voraus, ob man oder auch die eigene Tochter gefährdet sei, ist demnach eine logische Konsequenz und gilt vielen als die entscheidende Motivation, die Impfung wahrzunehmen.

Wie erwähnt, sind in meinen Interviews und Beobachtungen gewisse Tendenzen in der Risikoeinschätzung erkennbar. Das heißt aber nicht, dass man etwa sagen kann, dass alle, die dem Impfen allgemein oder der Schulmedizin kritisch gegenüberstehen, auch hier von vornherein eine ablehnende Position einnehmen. Eine größere Skepsis, insbesondere bezüglich der (Neben-)Wirkung ist in jedem Fall feststellbar und es werden teilweise, wie ich auf einem Informationsabend erfahren habe, auch ähnliche Gegenargumente angeführt wie bei den ‚klassischen‘ Impfungen (vgl. Heinbach 2005 und FFT, 38).<sup>137</sup> Dennoch scheint der Impfung in ihrer Spezifität eine Sonderposition eingeräumt zu werden und durch „*die Schwere der Erkrankung*“, wie es Frau Stern formuliert hat, zumindest für einige die klassische Argumentationsweise der Homöopathie in mancher Hinsicht außer Kraft zu setzen.

Das ‚theoretische‘ Restrisiko von 30 Prozent war, wie ausgeführt, noch nicht allen meinen Gesprächspartnern klar gewesen zu sein. Die Gefahr, dass die Mädchen (und Eltern) den Hinweis darauf überhören oder überlesen und zunächst der Suggestion eines lebenslangen, vollkommenen (bzw. den 100 Prozent, die sich aber nur auf die vier Virentypen beziehen) Schutzes erliegen, ist durchaus gegeben bzw. berechtigt. Somit sehen zumindest alle Experten, die ich gesprochen habe, ihre besondere Aufgabe darin, auch die Grenzen der Impfung aufzuzeigen. Eine allgemeine Einschätzung hierzu ist somit nicht möglich. Auch über die Auswirkungen auf das Safer-Sex-Verhalten kann zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden.

Es lässt sich festhalten, dass sich aus den verschiedenen Risikointerpretationen abweichende Reaktionsoptionen ergeben. Im Zentrum steht die Frage, ob man diesen neuen (zusätzlichen)

---

<sup>137</sup> Die Mütter beziehen sich hier auch auf die Tatsache, dass der Impfstoff ein gentechnisch hergestelltes Fremdprotein enthält. Ferner befürchten sie (allergische) Reaktionen auf die Hilfsstoffe Aluminiumphosphat etc. (vgl. FFT, 38).

Schutz für sich oder für seine Tochter zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt möchte, ihn als notwendig und wirksam betrachtet oder ob man die bisherigen oder alternativen ‚Optionen des Schutzes‘ als ausreichend befindet. Der Umfang und die ‚Qualität‘ der Information, die meine Interviewpartner benötigen, um diese Frage für sich beantworten zu können und daraus eine Entscheidung abzuleiten, ist aber individuell verschieden. Tendenziell wünschen die Skeptiker mehr Informationen. Zudem zeigte sich auch das Auflösen von Missverständnissen und neue Informationen innerhalb des Interviews als sehr wirkungsvoll und beeinflussend, so dass das Interview (oder bereits die Anfrage) als Motor und Intervention in den Entscheidungsprozess gewertet werden kann.

Frau Dr. Rosenberg berichtet davon, dass in den Fragestunden, oft die Frage käme, warum denn die Vorsorge nicht ausreichen würde. Teilweise gibt es diese Haltung auch unter meinen Interviewpartnern. Die meisten äußern dies jedoch nur als Vermutung in Ermangelung konkreter Informationen zur Wirksamkeit der Impfung.

Die andere alternative Option des Schutzes durch Kondome wird von vielen Mädchen, aber eher weniger von den Eltern thematisiert. Ob dies daran liegt, dass bereits die Information vorliegt, dass diese auch keinen ‚vollkommenen Schutz‘ bieten oder andere Gründe hat, bleibt unklar. In jedem Fall wurden die Einzelheiten des Übertragungsweges in den Elterngesprächen von Elternseite eher nicht thematisiert, obwohl das Thema von allen in den direkten Kontext mit Sexualität gesetzt wurde.

Je nach Ambivalenz, Ängsten und Bedenken fühlen sich meine Interviewpartner auch unterschiedlich herausgefordert durch die Impfung und die implizierte, zu treffende Entscheidung. Der Großteil gibt vor, dieser Aufgabe relativ gelassen und entspannt gegenüber zu stehen. Wirklich unter Druck gesetzt fühlt sich keiner, auch wenn Frau Eller ihren Unmut über die „massive Werbung“ äußert. Alle scheinen auf zukünftige Informationen zu vertrauen und äußern zudem oft den expliziten Wunsch, von den Experten auch direktiv beraten zu werden. Der Grad der ‚Dringlichkeit‘, sich näher mit dem Thema zu beschäftigen, wird unterschiedlich eingeschätzt. Etliche scheinen erstmal eine, wie auch immer motivierte, abwartende Position einzunehmen. Mein Eindruck bezüglich der Gelassenheit kann aber nicht verallgemeinert werden. So berichtet mir z.B. eine der Ärztinnen auf dem Informationsabend von der „Panikmache“ einiger Frauenärzte und Anrufen verunsicherter Mütter, denen diese bei einer zögerlichen oder ablehnenden Haltung starke Schuldgefühle gemacht hätten (vgl. FFT, 32).

Wie auch im Theorieteil beschrieben, muss man somit, um den Prozess der Aneignung auf der Laienseite zu verstehen, auch beleuchten, wie das Wissen produziert, validiert und ‚praktisch‘ vermittelt wird. Ich habe versucht, dies in Ansätzen zu tun und teile die Einschätzung meiner Interviewpartner, dass das Echo der Medien und der Experten extrem positiv und fast einstimmig ist. Dies beeinflusst je nach deren Erwartungshaltung die Rezipienten der Informationen. Mein Eindruck ist ferner, und da stimme ich Frau Michel zu, dass die ‚harten Fakten‘ sich auf wenige ‚Kerndaten und Zusammenhänge‘ reduzieren lassen. Ob dies an der ‚Eindeutigkeit‘ der Sache an sich liegt oder, wie von Kritikern betont, fehlenden unabhängigen Informationen und der exzellenten Vermarktung, bzw. einer „Propagandierung“ geschuldet ist, ist Interpretationssache. Es hat zumindest zum Zeitpunkt meiner Forschung den Anschein, dass das präsentierte ‚Wissen‘ rund um die HPV-Impfung trotz der offenen Fragen mehr Verlässlichkeit und Klarheit bereithält als dies bei anderen Risikoentscheidungen der Fall ist.

Die Medien haben sicherlich (zeitweilig) dem Thema sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet. Es ist jedoch zwischen kurzen Artikeln in den Massenmedien und detaillierteren Angeboten und Darstellungen zu unterscheiden. Letztere waren im Frühjahr 2007 größtenteils noch im Aufbau bzw. auch die großen Kampagnen starteten gerade erst. Für meine Interviewpartner scheinen die vertrauten Ärzte der entscheidende Faktor bei der Transformation der Informationen zu sein.

Bezüglich der Ärzte darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Impfungen im Zuge der allgemeinen Rentabilitätsüberlegungen, wie Frau Dr. Rosenberg betont, mittlerweile so etwas „wie Basisarbeit“ geworden sind bzw. von diesen auch „als ökonomische Einnahmequelle“ entdeckt wurden, da sie noch von den Kassen übernommen werden. Ob jedoch die Komplexität der neuen Impfung in einem kurzen Beratungsgespräch erfasst werden kann, wage ich zu bezweifeln. Wie auch Frau Dr. Bäumer hervorhebt, scheint es in diesen auch eher um Tendenzen zu gehen. Dazu passt die Beobachtung, dass nur wenige sich an konkrete Zahlen erinnern können und sich die Prozentzahlen, die zu beeindrucken scheinen, im Großen und Ganzen auf einige, auch in der ‚Werbung‘ und in den Medien angeführte Werte beschränken.

Die wichtigste Erkenntnis für mich als Forscherin war, dass die theoretische Beschäftigung (als Wissenschaftler, Mediziner, Politiker oder Journalist) mit der Vielschichtigkeit der Kontexte, Diskurse und politischen Dimensionen nicht zu vergleichen ist mit den Überlegungen, die bei den Mädchen und Eltern stattfinden. Diese ‚müssen‘ sich, wie ausgeführt, konkret und

praktisch mit der Option der Impfung beschäftigen und ihre persönliche, um es mit den Begrifflichkeiten der Public-Health-Experten zu beschreiben, „Kosten-Nutzen-Rechnung“ aufstellen. Ausreichende und sachliche Informationen sind hierfür sehr wichtig. Eine detaillierte Recherche, die versucht, alle ‚Zahlenspiele‘ und Widersprüchlichkeiten zu erfassen, ist für die Entscheidung der Laien nicht unbedingt hilfreich und vielleicht sogar kontraproduktiv. Frau Michel, die als Expertin und Mutter zugleich erscheint, hat den Punkt der „Reduzierung“ und die „Emotionalität“ treffend beschrieben. Auch andere Ärzte erwähnen, dass Beratung suchende Mütter vor allem hätten wissen wollen „ob sie denn ihre eigene Tochter auch impfen lassen würden“ (vgl. FFT, 2 und 49).<sup>138</sup> Letztendlich ist es, da stimme ich Frau Michel und Frau Eisen zu, eine „*Verantwortungsentscheidung*“, bei der auch „*der Bauch*“ mitentscheidet.

Auf politischer Ebene hingegen, so kommentiert der Journalist Joachim Müller-Jung in der FAZ, geht es z.B. in dem von ihm ausgemachten Strategiestreit zwischen zur Hausen und Rosenbrock wohl eher um einen „Kampf um die begrenzten Ressourcen für die Prävention“ (Müller-Jung 2007). Für die Eltern und die Mädchen mögen solche politische Dimensionen auch eine Rolle für die Bewertung spielen; der ‚persönliche Schutz‘ und die Wirkung auf den eigenen/töchterlichen Körper stehen aber für sie im Vordergrund. Die Finanzierung durch die Krankenkasse ist für viele ein wichtiger Grund zu sagen: „*Warum nicht, wenn es keine Risiken hat?*“ Wie die Aussagen meiner Interviewpartner zeigen, ist dieser Blick auf die eigene Person aber durchaus geprägt durch die erwähnte Ideologie des eigenverantwortlichen Risikomanagements, die besagt, dass das Neue, medizinisch Mögliche auch genutzt werden sollte.

Interessant an meiner Forschung war für mich, wie auch in meinen Annahmen formuliert, dass die Frage der HPV-Impfung Mädchen in einem Alter anspricht und adressiert, in dem sie, wie es auch die Deutsche Krebshilfe formuliert, „ein Bewusstsein für ihre Eigenverantwortung“ entwickeln (vgl. Deutsche Krebshilfe) und natürlich auch ihre eigenen Entscheidungen treffen wollen. Durch die große Altersspanne der ‚ersten Impfgeneration‘ lässt sich nicht genau sagen, ob das Thema im Moment eher als Frauen- oder als Kinderthema aufgegriffen wird, wobei ich eine solche Zuordnung auch nicht für sinnvoll halte.

Natürlich wird die potentielle Sexualität der Mädchen durch die Impfung in irgendeiner Weise zum Thema. Frau Dr. Rosenberg betont aber, dass es hier nicht um die Frage geht, wie sie

---

<sup>138</sup> Diese (hypothetische) Frage wird auch mir oft gestellt, von den Ärztinnen, Mädchen und Eltern.

mit dieser umgehen sollen<sup>139</sup>, sondern auf einer sachlichen Ebene lediglich der Ist-Zustand („*vor dem ersten Mal*“) thematisiert wird und die Thematik auch die Botschaft der positiven (indirekten) Anerkennung als „*sexuelles Wesen*“ implizieren kann. Ob bereits diese „sachliche Ebene“ für beide Seiten konflikt- oder schambesetzt ist, oder ob die Impfscheidung vielleicht sogar moralisch aufgeladen wird, ist individuell verschieden und hängt von weiteren Faktoren ab. Wird das Thema eher als Frage der „Gesundheit“ aufgegriffen, entsteht für junge Mädchen auch nicht die Notwendigkeit, sich zu distanzieren, denn „*bei der Gesundheit*“, so die Einschätzung von Frau Dr. Rosenberg, wird „*Eltern noch eine Kompetenz*“ zugetraut.

Die Frage, wer letztendlich die Entscheidung zu Impfung trifft, kann ich aus meiner Perspektive nicht eindeutig beantworten, obwohl ich bei den Älteren von einer Art ‚gemeinsamen Entscheidung‘ ausgehe. Ob hier ein Seite (Eltern oder Mädchen) ‚sanften‘ Druck auf die andere Seite ausübt, bleibt ebenfalls Spekulation. Die Tatsache, dass das Angebot in meinem Forschungszeitraum immer ‚populärer‘ wurde, beeinflusst die Entscheidungsfindung beider Seiten. Ob Eltern oder auch Mädchen gegen den expliziten Willen der anderen Seite entscheiden (oder handeln) würden, kann ebenfalls nicht beurteilt werden.<sup>140</sup> Es wird bestimmt einige Fälle geben, wo die Eltern, wie auch immer motiviert, ein Impfen verbieten.

Die Mädchen und Eltern, die sich zu einem Interview mit mir bereiterklärt haben, zeigen allein schon durch diese Bereitschaft einen gewissen offenen Umgang<sup>141</sup> mit der Thematik in der Familie. In Zuge der Recherche gab es, wie angedeutet, einige ‚peinliche‘ Situationen. Die Atmosphäre in den Gesprächen selber war dann aber durchgehend angenehm und locker, wenn auch die Ebene, auf der diskutiert wurde, trotz Frageleitfaden, sehr variierte, je nach Konstellation, Schwerpunkt der Kontextualisierung und emotionalem Bezug zur Thematik.

Wie in meinen Ausführungen deutlich geworden ist, konnte der väterlichen Haltung nur in Ansätzen nachgegangen werden. Gemäß den Äußerungen der Mädchen sprechen diese alle lieber mit ihren Müttern über die Thematik.<sup>142</sup> Der Großteil der Mütter gibt an, mit ihren Männern schon mal kurz über die Impfung gesprochen zu haben. Inwiefern die Eltern gemeinsam über ein weiteres Vorgehen beraten, ist somit offen. Durch die Tatsache, dass die Frauenärzte der Mütter oft den ersten Incentive gaben oder als Anlaufstellen für weitere

---

<sup>139</sup> Diese Einschätzung gilt natürlich nur, wenn das Thema Safer-Sex und Promiskuität nicht direkt mit dem Risiko für HPV-Infektionen, (von den Eltern) kontextiert wird und moralische Aspekte außen vor bleiben.

<sup>140</sup> Bei einer der Informationsveranstaltungen habe ich am Rande mitbekommen, dass die Tochter einer Mutter, die sich sehr kritisch geäußert hatte, nach der Veranstaltung zu ihrer Freundin meinte, dass sie das trotzdem machen wollte. Die weiteren Diskussionen hierzu konnte ich nicht verfolgen (vgl. FFT, 40). Ich bezweifle aber, dass (viele) Eltern sich gegen den expliziten Wunsch ihrer Töchter stellen werden.

<sup>141</sup> Selbiges gilt auch für den offenen (und offensiven) Umgang mit Wissenslücken oder ‚Nichtwissen‘.

<sup>142</sup> Wobei auch weit über die Hälfte der Mädchen angibt, keinen oder wenig Kontakt zu ihren Vätern zu haben.

Informationen betrachtet werden, übernehmen die Mütter in der Thematik aber eine stärkere Vermittlungsposition.

Dass die Einwilligungsfähigkeit Jugendlicher in Deutschland nicht gesetzlich geregelt ist, wurde bereits erwähnt. Es bleibt somit abzuwarten, ob es hierzu in Zukunft eine ähnliche Debatte wie zu der Verordnung der Pille und zu Schwangerschaftsabbrüchen geben wird und wie sich der Umgang mit der Impfung in der alltäglichen, ärztlichen Praxis gestalten wird, speziell auch dann, wenn die Impfung bundesweit über die Chipkarte der Krankenkassen abgerechnet wird. Sicherlich wird es hinsichtlich der Frage, ob die HPV-Impfentscheidung in die elterliche Verantwortung fällt oder bereits dem Bereich der jugendlichen (sexuellen) Selbstbestimmung zugeordnet werden kann, unterschiedliche Meinungen geben.<sup>143</sup>

Die wirkmächtigste und grundlegendste Idee, die mit der Etablierung der HPV-Impfung verbunden ist, ist natürlich die, dass diese als Präventionsmaßnahme gegen Krebs fungieren soll. Krebsforscher sprechen davon, dass durch die Impfung ein Paradigmenwechsel eingeläutet wird. Die „Kausalerklärungen“ hinsichtlich des Gebärmutterhalskrebses können, wie im theoretischen Teil erläutert, nur im Rückblick „Plausibilität beanspruchen“ und sind auch nicht eindeutig auf die HPV-Infektionen reduzierbar (vgl. Bröckling 2004, 211). So genannte ‚Rückkoppelungen‘ sind aber bei biologischen Prozessen sehr häufig. Es bleibt somit die ‚Leerstelle‘, bzw. die Tatsache, dass bisher nicht genau geklärt ist, warum die Zellveränderungen bei einigen Frauen schließlich bösartig werden und bei anderen nicht. Ob die genannten Ko-Faktoren als solche oder ‚eigenständige‘ Risikofaktoren wirken, wird ebenfalls in Fachkreisen weiter diskutiert. Für die Laien bleibt dieser Punkt somit auch unklar und wird entweder als Argument gegen, aber weitaus häufiger als Argument für eine Impfung gewertet bzw. interpretiert.

Im Moment gibt es auch nur Modellrechnungen darüber, ob und wie die Impfung die Gebärmutterhalskrebsfälle absenken könnte. Ob es überhaupt einen statistisch eindeutigen Beweis dafür geben kann, bleibt somit abzuwarten. Nichtsdestotrotz wird von allen meinen

---

<sup>143</sup> Ich beschränke mich an dieser Stelle darauf, auf die Studie von Loretta Brabin und ihren Kollegen zu verweisen, die am Beispiel Großbritanniens aufgezeigt haben, dass es unter Eltern sehr geteilte Meinungen zu der Frage gibt, ob für unter 16-Jährige ein Impfen ohne elterliche Einwilligung an den dortigen „sexual health care clinics“ möglich sein sollte. Sie schlussfolgern, dass ein solcher Vorstoß eine strategische Entscheidung wäre, um eine optimale Impfquote (bzw. auch die geschätzten 20 Prozent, die bei einer obligatorischen elterlichen Zustimmung nicht geimpft würden) zu erreichen, auf der anderen Seite aber auch die Gefahr bürge, die Impfung zu stigmatisieren und Eltern zu beunruhigen, die sonst mit dieser einverstanden gewesen wären (vgl. Brabin/Roberts/Kitchener 2007).

Interviewpartnern die direkte Koppelung mit Krebs hergestellt, auch wenn unterschiedlich differenziert über den Zusammenhang mit den Infektionen gesprochen wird.

Die Begrifflichkeit oder die Idee der „Krebsimpfung“ kann insgesamt somit als ein von vielen Seiten bzw. von Laien und Experten zugleich geprägtes und genutztes „kulturelles Konstrukt“ bezeichnet werden. Es dient zum einen der Erklärung und Werbung, zum anderen aber auch der Vereinfachung und Verständigung über das Thema. Natürlich führt die Begrifflichkeit auch zu Missverständnissen und Ängsten. Welche Auswirkungen diese haben können oder könnten, ist schwer zu beurteilen.

Die Idee oder das Bild eines Körpers, der ein verringertes Krebsrisiko hat oder haben könnte, ist aber sicher eines, das Begeisterung hervorruft, dem Wunsch vieler entspricht und als Grundlage für einen Erfolg der Impfung gewertet werden kann. Dennoch denke ich, zumindest nach meinen Erfahrungen in der Forschung, dass dieses Bild bzw. Vorstellung noch nicht recht konturenreich ist. Zudem setzen alle das Angebot in Relation zu anderen bekannteren Krebsarten, die ihnen präsenter sind. Die Erklärungsmodelle hinsichtlich der Entstehung von Krebs sind auch aus wissenschaftlicher Sicht momentan starken Veränderungen unterworfen. Laienerklärungsmodelle und das Laienverständnis von Krebs sind ebenfalls große Themen, die hier nicht weiter ausgeführt werden können.

Die Möglichkeit der Impfung, auch wenn diese einen Umweg nimmt, stellt eine ‚direktere Intervention‘ dar als die anderen Formen der Krebsprävention, wie z.B. eine gesunde Ernährung oder Nichtrauchen. Die Vielfalt der Entstehungsgründe für Krebs erschwert aber eine einfache Diskussion über die Optionen der Krebsprävention und eigener Anstrengungen diesbezüglich. Zwar wurden die Vorstellungen hierzu in den Interviews kurz angesprochen, diese standen aber meist losgelöst von den Ideen zur HPV-Impfung da. Insgesamt habe ich den Eindruck, dass sowohl die Eltern als auch die Mädchen – speziell auch nach den Erläuterungen der Ärzte – eine recht realistische Einschätzung davon haben, dass die Option der Impfung sich nur auf eine Krebserkrankung unter vielen bezieht.

Ob die HPV-Impfung Einfluss auf die Weise nimmt, wie Krebs allgemein ‚gedacht‘ wird bzw. ob sich der angedeutete ‚Paradigmenwechsel‘ auch in Köpfen der Laien wieder findet, ist eine sehr spannende theoretische Forschungsfrage. Ausgehend von meinen Ergebnissen kann diese aber nicht beantwortet werden bzw. ist es noch zu früh, hierzu Einschätzungen zu treffen. Ferner denke ich, dass wenn man eventuelle Rückwirkungen dieser (nicht ganz so neuen) Erkenntnis der Krebsforschung auf gesellschaftliche Leitbilder betrachten will, einen

viel weiter gefassten Ansatz haben sollte. Das heißt, dass die Impfung in einer Reihe steht mit den anderen eigenverantwortlichen individuellen Verhaltensänderungen, die im Bezug auf Krebs bzw. chronische Erkrankungen insgesamt gefordert und gefördert werden sollen. Obwohl natürlich anzumerken ist, dass die drei Spritzen, die zwar aktiv eingefordert werden müssen, aber auf der anderen Seite aber auch passiv ‚empfangen‘ werden, eine weniger starke alltägliche Relevanz haben als z.B. eine Umstellung der Ernährung.

In jedem Fall verändert die Impfung, wie ich in Ansätzen gezeigt habe, die Vorstellungen von dem Krankheitsbild Gebärmutterhalskrebs. In den Gesprächen war es schwierig, bisher vorhandenen Krankheitsmodellen nachzuspüren, da diese entweder sehr unspezifisch waren, es Verwechslungen gab oder die ‚Entdeckung‘ der Impfung zunächst Verwirrung auslöste. Eine interessante Frage für weitere Forschungen könnte daher nicht nur sein, ob sich aus ‚praktischer‘, gesundheitsökonomischer und medizinischer Sicht Synergien und/oder Beeinflussungen zwischen Vorsorge und Impfung ergeben, sondern auch, ob sich die Perspektive der älteren Frauen auf den Abstrich/ PAP-Test, oder ihre Gefährdung verändern wird.

In Bezug auf die jungen Mädchen, aber im Grunde genommen auch auf alle älteren Frauen, Jungen und Männer, ist ebenfalls zu beleuchten oder zu überlegen, welchen realistischen Stellenwert oder welche Relevanz die HPV-Infektion oder die Angst vor ihr im Vergleich zu anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen hat. So merkt auch pro familia an, dass diese und der allgemein wichtige Schutz durch Kondome nicht in den Hintergrund treten dürften und dass einige andere Infektionen für die Gesundheit und die Fruchtbarkeit (junger) Menschen „eine weit höhere Relevanz“ hätten (vgl. pro familia).

Diese Gedanken führen zu der Frage, welche Wichtigkeit der Thematik insgesamt von meinen Interviewpartnern eingeräumt wird. Viele betonen, dass dies schon ein spannendes und vielschichtiges Thema sei. Trotzdem ist die Impfung natürlich nichts, wie Frau Eisen es formuliert, „*worüber man (als Elternteil oder Jugendlicher) ständig nachdenkt*“. Die Impfscheidung hat zudem anders als bei den anderen Impfungen keine sich unmittelbar und kurzfristig auf den Alltag auswirkende Konsequenzen, wie dies z.B. Heinbach (vgl. Heinbach 2005, 110f.)<sup>144</sup> beschrieben hat. Dies lässt sie für viele abstrakt bleiben, vor und nach einer Entscheidung und dem Impfen selbst. Meinem Eindruck nach beschränkt sich somit die Auseinandersetzung der meisten mit der Impfung auf ‚punktuelle‘ Begegnungen mit

---

<sup>144</sup> Heinbach bezieht sich hier z.B. auf einen Verdienstausschlag, den die wochenlange Pflege eines keuchhustenkranken Kindes bedeuten könnte (vgl. Heinbach 2005, 111).

ihr. Unabhängig davon, ob ihr eher mit Skepsis oder mit prinzipieller Zustimmung begegnet wird, haben viele auch gar nicht die Zeit für eine intensive Recherche.

Nicht nur der zeitliche Aspekt verdeutlicht, dass, wie es Stefan Beck beschrieben hat (S. Beck 2004), die Begriffe des „mündigen Patienten“ und der „informierten Zustimmung/ Entscheidung“ auch in Bezug auf die HPV-Impfung nicht ganz unproblematisch sind bzw. zur „Fiktion“ werden. Kritiker, aber nicht nur die, fordern einen besonnenen Umgang mit der Impfung, der frei von Panikmache und Eile ist. Weder die Entscheidung dafür noch dagegen sollte, so formuliert es eine der referierenden Ärztinnen beim Informationsabend, von irgendeiner „Art von schlechtem Gewissen belegt sein“ (FFT, 38). Meinem Eindruck nach lassen sich meine Interviewpartner nicht unter Druck setzen und nehmen sich Zeit sich zu informieren; wobei jeder etwas anderes darunter versteht. Ich denke, es ist aber deutlich geworden, dass in der Einführungsphase, die meine Forschung beobachtet, für beide Seiten, Laien und Experten<sup>145</sup>, das „entscheidungsnotwendige Wissen“ nicht unbedingt „transparent“ und zugänglich war (vgl. S. Beck 2004, 22) und dass die Eindeutigkeit nur vordergründig vorhanden war. Durch die Neuheit des Angebots müssen sich somit (fast) alle bezüglich der endgültigen Risiko- und Nutzeinschätzung letztendlich auf das Urteil anderer verlassen, sei es das der Zulassungsbehörden, der STIKO oder der vertrauten Ärzte.

Welcher Interpretation man sich anschließt, hängt, wie eingangs beschrieben, von vorhandenen Erfahrungen und Orientierungen ab und wird auch durch ‚Vorbilder‘ im Umfeld bestimmt. Ein ‚persönliches Risiko‘ kann dabei keiner wirklich für sich abschätzen. Auch selbst nach einer intensiven Recherche ist es meiner Meinung nach (als Laie) nicht wirklich möglich, darüber zu urteilen, ob es sich bei dem Präventionsanbot um, wie es der Kritiker Hans Tolzin beschreibt, ein „Wunschdenken“ oder „Glaubensgebäude“ handelt (vgl. Impfkritik), oder ob dieses eine wissenschaftlich begründete ‚Hoffnung‘ bzw. einen Gewinn darstellt.

Die erwähnten „sozialen und kognitiven Rahmenbedingungen“ (vgl. Stehr 2000, 88) spielen sicherlich auch bei der Aneignung der HPV-Thematik eine Rolle. So sind auch die Kompetenzen hinsichtlich der Erfassung der Zusammenhänge und offenen Fragen, unter meinen Interviewpartnern unterschiedlich vorhanden gewesen. Dies mag mit deren Alter und auch Bildungsgrad zusammenhängen. Dennoch wäre ich vorsichtig, hierzu eine definitive Aussage

---

<sup>145</sup> An dieser Stelle sei nochmals auf die Tatsache verwiesen, dass die jüngsten Teilergebnisse der Studien erst Ende Mai 2007 veröffentlicht wurden und somit auch dann erst den beratenden Experten zur Verfügung standen.

zu treffen. Denn zunächst einmal ist das Thema für die meisten neu und in seiner Komplexität schwer im Ganzen zu erfassen; unabhängig davon ob man „Akademiker“ ist oder nicht. Entscheidend sind hier entsprechende Vorerfahrungen und -kenntnisse. Verstehensschwierigkeiten bzw. Missverständnisse und „seltsame“ Fragen, die auf solche hindeuten, habe ich auf allen Seiten erlebt, unabhängig von der Schulform und/oder dem Bildungsabschluss meiner Interviewpartner. Ob diese die Mechanismen ‚wirklich‘ verstanden haben, blieb in vielen Gesprächen offen. Ich bezweifle auch, wie oben bereits erwähnt, dass ein einzelnes Experten- bzw. Arztgespräch genug Erklärungen bieten kann. Ferner stimme ich Frau Dr. Rosenberg zu, die die teilweise fehlerhafte Medienberichterstattung für die Verwirrung und falsche Annahmen verantwortlich macht.

Der Erfolg (und somit auch die Wirksamkeit) des Angebots insgesamt ist erst in der Zukunft<sup>146</sup> feststellbar und hängt von vielen Einzelfaktoren ab, die zurzeit noch nicht absehbar sind. Zudem wird die Effektivität, wie Experten betonen, auch maßgeblich von der Annahme des Angebotes bestimmt (vgl. Schneider u.a. 2007b).

Letztendlich, so mein Eindruck als außenstehende Beobachterin, ist die Entscheidung für die Eltern und Mädchen eine Vertrauensfrage. Zum anderen muss die Entscheidung auch in Relation zu anderen Verantwortungsentscheidungen bezüglich der Gesundheit gesehen werden. Der entscheidende Punkt wird sein, was man im Endeffekt mit dem Wissen um oder der Vorstellung von dem Impfschutz macht bzw. ob es in irgendeiner Form zu einer Art von ‚Nachlässigkeit‘ führt. Ich denke, dass sowohl die Entscheidung für als auch gegen die Impfung als verantwortlich gewertet werden kann, je nach der eigenen Abwägung.

---

<sup>146</sup> Hier geht es um Zeiträume von 20 Jahren und mehr.

## 7. Schlussbetrachtung und Ausblick

*„Prävention ist also ein sehr aufwendiger und anspruchsvoller Prozess, der an vielen Punkten scheitern kann: am Bewusstsein über das Vorhandensein eines Risikos, an der Beschaffung seriöser Informationen, an der Erstellung einer realistischen Prognose oder auch an der Wirksamkeit der durchgeführten Präventionsmaßnahme, wie der Soziologe Johann August Schüle in schon in den 1980er Jahren diskutierte (vgl. dazu Schüle 1983, 18f).“ (Heinbach 2005, 45)*

Mit diesem Zitat von Gesa Heinbach möchte ich meine Ausführungen abschließen. Ich denke, dass ich deutlich gemacht habe, dass der Gesamtprozess der HPV-Impfeinführung sowie die Aneignung auf persönlicher individueller Ebene ein sehr vielschichtiger, vielfältiger Vorgang ist, der ebenfalls als sehr ‚störanfällig‘ bezeichnet werden kann. Mit meinen Ergebnissen habe ich versucht, einen kleinen Ausschnitt einer Gesamtentwicklung bzw. einzelne Facetten derselben darzustellen. Dass jedes Gespräch nur Teilaspekte einer sehr komplexen Thematik berühren kann und dass meine Auswahl der Interviewpartner viele soziale Gruppen etc. ausschließt, ist ebenso selbstverständlich.

Ferner ist zu betonen, dass die Entwicklung nach der Beendigung der Feldphase und während der Erstellung dieser Arbeit natürlich weitergegangen ist. Ich habe bewusst nicht mehr bei meinen Interviewpartnern nachgefragt, Medienberichte und einzelne Kommentare meiner Informanten ließen sich aber nicht ausblenden. So erfuhr ich, dass Gardasil bereits im August mit „weitem Abstand die Liste der umsatzstärksten Medikamente in Deutschland“ anführte (Kuchenbuch 2007), dass Anfang 2008 bereits ca. ein Drittel der Mädchen (von 15 bis 20) immunisiert ist (vgl. Kaufen 2008) und dass Mädchen, von denen ich im Frühjahr noch fragende Blicke erhalten habe, mittlerweile selbstverständlich geimpft sind. Die wachsende Stückzahl der verkauften Impfdosen sagt jedoch nichts über die Vielfalt der Entscheidungsfindungen aus. Ich denke, dass ich mit meiner Forschung dazu beigetragen habe, diese Seite zu beleuchten und somit die Besonderheiten der Einführungsphase und die alltägliche Relevanz darzustellen.

Meine Thesen und Annahmen waren in Anlehnung an den Grundgedanken der Ko-Produktion sehr offen und weit gefasst. Gemäß des prozessualen Charakters der Thematik lässt sich somit auch kein feststehendes Ergebnis oder ein eindeutiger Beleg der Thesen präsentieren. Meine Beispiele haben verdeutlicht, dass es eine Vielzahl von Faktoren gibt, die in die Impfentscheidung mit einfließen. Neben der persönlichen Erfahrungsebene auf Seiten der Eltern wie Töchter (bzgl. Krebs, Impfen, Vorsorge und der Medizin allgemein), sind ebenso strukturelle, medizinische und normative Aspekte zu nennen. Manchmal ist aber auch einfach nur das ‚Engagement‘ eines Arztes oder Lehrers dafür verantwortlich, dass meine

Interviewpartner schon informiert waren. Eindeutige und lineare Zusammenhänge möchte auch ich ausschließen.

Die sozioökonomischen Faktoren spielen sicher eine Rolle, wenn man sich anschaut, wie auch Frau Dr. Rosenberg betont, „*wer zuerst geimpft wurde und wer später*“. Ein einfaches Fazit lässt sich aus solchen Werten jedoch nicht ziehen. In der so genannten Mittelschicht mag vielleicht eher ein Denken in Kategorien der „Eigenverantwortung“ etabliert sein; dem könnte jedoch ebenso eine Skepsis bezüglich Impfungen und der Schulmedizin gegenüberstehen.

Zum anderen scheint die Offenheit des Diskurses und der medizinischen Fragen noch keine eindeutigen ‚Lager‘ zuzulassen. Wie bereits betont, habe ich mich in meiner Recherche intensiv mit den kontroversen Positionen auseinandergesetzt; das ‚Suchen‘ und Verstehen bzw. Analysieren dieser Positionen war aber durchaus zeitaufwendig. Die Heftigkeit der Diskussionen, von denen in einigen amerikanischen Artikeln berichtet wurde, fand sich aber in den deutschen Medien zum meinem Forschungszeitpunkt nicht wieder. Auch in meinen Interviews wurde zwar kritisch nachgefragt, die relative Gelassenheit meiner Interviewpartner und auch deren ‚Unwissen‘ stand aber in keinem Verhältnis zu meinen Eindrücken aus der Literaturrecherche.

Prävention ist ein aufwendiger, aber auch sensibler Prozess. Die allgemeinen Risiko- und Nutzenabschätzungen und Empfehlungen der offiziellen Instanzen sind auch laut STIKO nur eine Momentaufnahme. So schlugen Meldungen über zwei Todesfälle im Kontext der HPV-Impfung rund um den Jahreswechsel ‚hohe Wellen‘, nachdem es im zweiten Halbjahr (2007) in den Medien relativ ruhig um diese geworden war. Zunächst in Österreich und etwas später auch in Deutschland wurden der Tod zweier Mädchen publik<sup>147</sup> gemacht, der in zeitlicher Nähe zu der Impfung mit Gardasil stand (vgl. Kaufen 2008). Beide Fälle gelten als „plötzlicher ungeklärter Tod“ (ebd.), ein kausaler Zusammenhang mit der Impfung wird, mit Verweis auf den statistischen Zufall und medizinische Analysen<sup>148</sup>, von Experten nicht gesehen. Unabhängig davon und der Tatsache, dass auch alle offiziellen Stellen (PEI, EMEA, CDC) an ihrer Beurteilung und Empfehlung der Impfung festhalten, verursachen solche Nachrichten natürlich Verunsicherungen und Ängste bei den Eltern und Mädchen; auch wenn diese

---

<sup>147</sup> In Österreich veröffentlichten die Eltern vor Weihnachten einen öffentlichen Brief im Internet, in Deutschland hat das zuständige Paul-Ehrlich-Institut den Fall im Januar in ihre Datenbank der Verdachtsfälle aufgenommen (vgl. Kaulen 2008).

<sup>148</sup> Deren Ergebnisse stehen aber zum Teil (Anfang Februar 2008) noch aus (vgl. Kaulen 2008). Zu hundertprozentiger Sicherheit kann ein Zusammenhang aber nicht ausgeschlossen werden.

vielleicht nur vorübergehend sind. Stimmen, die sagen, „man kann auch gut darauf verzichten“, werden auch in den Medien wieder lauter (vgl. Berndt 2008).

Wie an vielen Stellen deutlich geworden ist, gibt es bezüglich der Impfung noch viele offene Fragen, und auch die politischen Diskussionen<sup>149</sup> sind, wie insbesondere der Blick ins Ausland zeigt, noch nicht abgeschlossen. Weitere Forschungen bzw. die Veröffentlichungen von weiteren Studienergebnissen werden manche dieser offenen Fragen vielleicht beantworten, eventuell werden neue Zielgruppen hinzukommen. Spannend wird es sein, die Entwicklung langfristig zu verfolgen und zu beobachten, was geschieht, wenn die ‚erste Generation‘ geimpft ist, wenn die „Euphorie“ oder die mediale Aufmerksamkeit nachlassen und die Impfung, wie die Mädchen es formulierten „Normalität“ geworden ist.

Die Zugangsprobleme, auch in sozialer Hinsicht, so die Einschätzung der Experten, sind die gleichen wie bei der sekundären Vorsorge. Die Finanzierung der Impfung durch die Krankenkassen (oder die öffentliche Hand, wie in anderen Ländern) wird den Kreis der geimpften Mädchen vergrößern, eine Garantie für die angestrebten hohen Durchimpfungsraten ist sie aber keinesfalls. Im Hinblick auf die (Kosten-)Effektivität und die Gesamtstatistik reicht es nicht, wenn etwa nur die Hälfte der Mädchen geimpft ist. Auch Frau Dr. Rosenberg ist skeptisch. Das Problem dieser Impfung ist das Impfalter, und *„dass man noch mal eine extra Entscheidung im Kopf treffen muss“*, so die Ärztin. Es wäre somit auch denkbar, dass in Zukunft früher (im Kontext der anderen Kinderimpfungen) geimpft wird, wenn Studienergebnisse zeigen sollten, dass der Impfschutz für einen längeren Zeitraum gewährleistet ist.

Auch die Tatsache, dass in Deutschland, im Gegensatz zu anderen EU-Staaten, zunächst keine Reihen- oder Schulimpfungen bestimmter Jahrgänge geplant sind, lässt die Situation für die Eltern und Mädchen offen. Es bleibt somit zu beobachten, wie sich die Haltung der Impfung gegenüber allgemein entwickeln wird und welche Normen, Umgangsweisen und auch Verantwortungspositionen sich etablieren werden.

Ob meine Ergebnisse, die sich auf die ersten Monate des ‚neuen‘ Angebotes beziehen, Hinweise darauf geben, in welche Richtung die Entwicklung gehen könnte, ist Interpretationssache. Bei einer Betrachtung der weiteren Entwicklungen sind, wie deutlich geworden ist, immer die anderen (primären und sekundären) Präventionsangebote und die diesbezüglichen Anstrengungen gesundheitspolitischer Programme mit einzubeziehen.

---

<sup>149</sup> So forderte die CDU/CSU-Fraktion Ende Januar 2008 nach den gemeldeten ungeklärten Todesfällen dringend eine Begleitstudie zur Impfung (vgl. CDU/CSU). Davor jedoch hatte es in Deutschland erstaunlicherweise keine ‚direkten‘ gesundheitspolitischen Diskussionen zur HPV-Impfung gegeben.

## 8. Literatur

**Abholz, Heinz-Harald** (2007) Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – kritische Würdigung einer ungewöhnlichen Impfstoff-Zulassung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83 (2007), S.57-60

**Adams, Inez F.** (2007) The Ethnographic Evaluation of Michigan's High-Risk Hepatitis B Vaccination Program. In: NAPA BULLETIN 27 (2007), S.81-92

**Agosti, Jan M. /Goldie, Sue J.** (2007) Introducing HPV Vaccine in Developing Countries – Key Challenges and Issues. In: The New England Journal of Medicine 356 (2007) 19, S.1908

**Amman, Klaus/Hirschauer, Stefan** (Hg.) (1997) Die Befremdung in der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main 1997

**Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.** (AKF) Stellungnahme der Frauenärztinnen im AKF zur HPV Impfung vom Mai 2007.  
<http://www.akf-info.de> (07/2007)

**Arznei-Telegramm** (2007) HPV-Impfstoff Gardasil: Nutzen zu hoch eingeschätzt? In: Arznei-Telegramm 38 (2007) 6, S. 57-59. Als elektronisches Dokument in:  
[http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene\\_dateien/bilder/themen/Gebaermutter/ges0607.pdf](http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/themen/Gebaermutter/ges0607.pdf) (07/2007)

**Ärzteblatt** (2006a) Zervixkarzinom: Kondome verhindern HPV-Infektionen. Am 22.06.2006. Als elektronisches Dokument in: <http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docId=103321> (05/2007)

**Ärzteblatt** (2006b) Kombination aus HPV und Rauchen erhöht das Risiko für Zervixkarzinom. Am 24.11.2006. Als elektronisches Dokument in: <http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docId=104407> (05/2007)

**Ärzteblatt** (2007a) HPV-Impfung: bisher bescheidene Reduktion der Krebsrate. Am 11.05.2007. Als elektronisches Dokument in:  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=28442> (05/2007)

**Ärzteblatt** (2007b) FDA: Erste UAW-Verdachtsfälle nach HPV-Impfung mit Gardasil®. Am 25.05.2007. Als elektronisches Dokument in:  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=28591> (05/2007)

**Ärzteblatt** (2007c) HPV-Impfung ohne therapeutische Wirkung. Am 15.08.2007. Als elektronisches Dokument in  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?p=hpv&src=suche&id=29496> (09/2007)

**Ärztezeitung** (2007) HPV-Impfstoff schützt auch nach fünf Jahren zu 99 Prozent. Am 07.05.2007. Als elektronisches Dokument in:  
<http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/05/07/083a1201.asp?cat=/medizin> (05/2007)

„Auch Jungs impfen!“ (2006) In: Die Zeit Nr. 04/2006

- Bachmann, Annette u.a.** (2007) HPV-Infektion und Zervixkarzinom – eine Übersicht. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 67 (2007) 5, S.438-442
- Bahnsen, Ulrich** (2007) Die Wende im Kampf gegen Krebs. In: Die Zeit Nr. 29/2007
- Bechmann, Gotthard/Stehr, Nico** (2000) Risikokommunikation und die Risiken der Kommunikation wissenschaftlichen Wissens - zum gesellschaftlichen Umgang mit Nichtwissen. In: Gaia 9 (2000) 2, S.113-201
- Beck, Stefan** (1997) Postfordistische Wissenschaft? Zur Herausforderung einer „Glokalisierung“ der Wissensproduktion. In: Anthropolitan 5 (1997), S.5-9
- Beck, Stefan** (2000a) Rekombinante Praxen. Wissensarbeit als Gegenstand der Europäischen Ethnologie. In: Zeitschrift für Volkskunde 96 (2000) 2, S.218-246
- Beck, Stefan** (2000b) Zur alltagskulturellen Sprengkraft der Genomanalyse. In: unimagazin. Die Zeitschrift der Universität Zürich (2000) 2, S.16-18. Als elektronisches Dokument in: [http://www.unicom.uzh.ch/publications/unimagazin/archiv/unimagazin\\_2\\_00.pdf](http://www.unicom.uzh.ch/publications/unimagazin/archiv/unimagazin_2_00.pdf) (09/2007)
- Beck, Stefan** (2001a) Reflexible Körper. Anmerkungen zur Transformation von Gesundheitsverständnissen und Verwandtschaftsverhältnissen durch humangenetisches Wissen. In: Brednich, Rolf W./Schneider, Annette/Werner, Ute (Hg.) Natur – Kultur. Volkskundliche Perspektiven auf Mensch und Umwelt. Münster 2001, S.31-45
- Beck, Stefan** (2001b) Verwissenschaftlichung des Alltags? Volkskundliche Perspektiven am Beispiel der Ernährungskultur. In: Schweizerisches Archiv für Volkskunde 97 (2001), S. 213-229
- Beck, Stefan/Knecht, Michi** (2003) Körper – Körperpolitik – Biopolitik. In: Berliner Blätter. Ethnographische Studien und ethnologische Beiträge. Heft 29: Körperpolitik – Biopolitik. Münster 2003, S. 7-23
- Beck, Stefan** (2004) Alltage, Modernitäten, Solidaritäten. Soziale Formen und kulturelle Aneignung der Biowissenschaften – Plädoyer für eine vergleichende Perspektive. In: Zeitschrift für Volkskunde 100 (2004) 1, S.1-30
- Beck, Stefan/Knecht, Michi** (2005) Einführung: Der Körper als ethnographisches Objekt. Panel. In: Binder, Beate u.a. (Hg.) Ort. Arbeit. Körper. Ethnographie Europäischer Modernen. Münster 2005, 381-384
- Beck, Stefan u.a.** (Hg.) (2007) Verwandtschaft machen. Reproduktionsmedizin und Adoption in Deutschland und der Türkei. Berliner Blätter. Ethnographische Studien und ethnologische Beiträge. Heft 42. Münster 2007
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas** (1980) Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main 1980
- Berndt, Christina** (2008) „Man kann gut darauf verzichten“. Krebsimpfung nach zwei Todesfällen erneut in der Diskussion. In: Süddeutsche Zeitung vom 30.01.2008
- Binder, Jana** (2005) Globality. Eine Ethnographie über Backpacker. Münster 2005

- Bonß, Wolfgang** (1995) Vom Risiko. Unsicherheit und Ungewissheit in der Moderne. Hamburg 1995
- Bonß, Wolfgang** (2002) Riskantes Wissen? Zur Rolle der Wissenschaft in der Risikogesellschaft. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): Gut zu Wissen – Links zur Wissensgesellschaft. Münster 2002, S.114-130
- Borck, Cornelius** (Hg.) (1996) Anatomien medizinischen Wissens. Medizin • Macht • Moleküle. Frankfurt am Main 1996
- Borck, Cornelius** (1996) Anatomien medizinischer Erkenntnis. In: Borck, Cornelius (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens 1996, S. 9-52
- Bourdieu, Pierre** (1976) Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft. Frankfurt am Main 1976
- Brabin, Loretta/Roberts Stephen A./Kitchener, Henry C.** (2007) A semi-qualitative study of attitudes to vaccinating adolescents against human papillomavirus without parental consent. In: BMC Public Health 7 (2007) 20. Als elektronisches Dokument in : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/20> (03/2007)
- Brown, Peter J./Barret, Ronald L./Padilla, Mark B.** (1998) Medical Anthropology: An Introduction to the Fields. In: Brown, Peter J.: Understanding and Applying Medical Anthropology. Mountain View/London/Toronto 1998, S.10-19
- Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas** (Hg.) (2004) Glossar der Gegenwart. Frankfurt am Main 2004
- Bröckling, Ulrich** (2004) Prävention. In: Bröckling/Krasmann/Lemke 2004, S.210-215
- Buergin, Reiner** (1999) Handeln unter Unsicherheit und Risiko. Eine Zusammenschau verschiedener Zugänge und disziplinärer Forschungslinien. Als elektronisches Dokument in: [http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1675/pdf/FOR27\\_99.PDF](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1675/pdf/FOR27_99.PDF) (08/2007)
- Bundesverband der Frauenärzte e.V.**  
Humane Papillom Viren (HPV). Übertragung & Verbreitung. Als elektronisches Dokument in: [http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de\\_uebertragung-verbreitung\\_913.html](http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_uebertragung-verbreitung_913.html) (12/2007)
- CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag**  
Begleitstudie zur HPV-Impfung dringend erforderlich. Zwei Todesfälle nach Impfung mit dem Krebs-Impfstoff Gardasil. Pressemitteilung vom 30.01.2008. Als elektronisches Dokument in: [http://www.cducsu.de/Titel\\_Begleitstudie\\_zur\\_HPV\\_Impfung\\_dringend\\_erforderlich/TabID\\_6/SubTabID\\_7/InhaltTypID\\_1/InhaltID\\_8783/Inhalte.aspx](http://www.cducsu.de/Titel_Begleitstudie_zur_HPV_Impfung_dringend_erforderlich/TabID_6/SubTabID_7/InhaltTypID_1/InhaltID_8783/Inhalte.aspx) (02/2008)
- Center for Disease Control (CDC)**  
Human Papillomavirus (HPV) Infection. Als elektronisches Dokument in: <http://www.cdc.gov/std/hpv/> (10/2007)
- Charo, R. Alta** (2007) Politics, Parents, and Prophylaxis – Mandating HPV Vaccination in the United States. In: The New England Journal of Medicine 356 (2007) 19, S.1905-1908

**Chavez, Leo R. u.a.** (2001) Beliefs Matter: Cultural Beliefs and the Use of Cervical Cancer-Screening Tests. In: American Anthropologist 103 (2001) 4, 1114-1129

**Christuo, Jean** (2007) 'Doctors failing to follow guidelines on cervical cancer vaccine'. In: Cyprus Mail vom 13.03.2007

**Clarke, Adele E./Casper, Monica J.** (1996) From Simple Technology to Complex Arena: Classification of Pap Smears, 1911-99. In: Medical Anthropology Quarterly. New Series. 10 (1996) 4, 601-623

#### **CSAL**

"Forschungsverbund: Sozialanthropologie & Lebenswissenschaften C:SL". Forschungsschwerpunkt: Präventives Selbst. Interdisziplinäre Untersuchung einer emergenten Lebensform. Als elektronisches Dokument in: <http://www.csal.de> (02/2008)

**Dein, Simon** (2006) Culture and Cancer Care. Anthropological Insights in Oncology. Maidenhead 2006

#### **Deutsches Grünes Kreuz e.V. a (DGK)**

Humane Papillomviren (HPV). Seltene Krebsarten. Als elektronisches Dokument in: <http://www.dgk.de/gesundheit/impfen-infektionskrankheiten/krankheiten-von-a-bis-z/humane-papillomviren-hpv/seltene-krebsarten.html> (10/2007)

#### **Deutsches Grünes Kreuz e.V. b**

Jette Joop unterstützt DGK-Kampagne gegen HPV. In: <http://www.dgk.de> (07/2007)

#### **Deutsches Krebsforschungszentrum a (DKFZ)**

Schutz vor Krebs (2007). Als elektronisches Dokument in: <http://www.krebsinformationsdienst.de/Krebsvorbeugung/Schutzvorkrebs-PDF-2007.pdf> (07/2007)

#### **Deutsches Krebsforschungszentrum b**

Impfen gegen Krebs: Begriffe und ihre Bedeutung (2008). Als elektronisches Dokument in: <http://www.krebsinformationsdienst.de/themen/behandlung/impfen-gegen-krebs.php> (01/2008)

#### **Deutsche Krebsgesellschaft e.V. a (DKG)**

Leberzellkrebs – Ursachen und Risikofaktoren. Als elektronisches Dokument in: [http://www.krebsgesellschaft.de/db\\_leberkrebs\\_ursache\\_und\\_risikofaktoren.4198.html](http://www.krebsgesellschaft.de/db_leberkrebs_ursache_und_risikofaktoren.4198.html) (10/2007)

#### **Deutsche Krebsgesellschaft e.V. b**

1. Nationale Onkologische Präventionskonferenz (NOP). Essener Erklärung vom 16.06.2007. Als elektronisches Dokument in: [http://www.krebsgesellschaft.de/nationale\\_onkologische\\_praeventionskonferenz.html?markierung=Essener%7CErkl%E4rung](http://www.krebsgesellschaft.de/nationale_onkologische_praeventionskonferenz.html?markierung=Essener%7CErkl%E4rung) (07/2007)

#### **Deutsche Krebsgesellschaft e.V. c**

Schneller als das Virus! Die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Als elektronisches Dokument in: [http://www.krebsgesellschaft.de/download/broschuere\\_hpv\\_impfung.pdf](http://www.krebsgesellschaft.de/download/broschuere_hpv_impfung.pdf) (09/2007)

**Deutsche Krebshilfe e.V.**

„Mädchen checken das“ – Kampagnenstart in Berlin. Pressemitteilung vom 17.09.2007. Als elektronisches Dokument in: <http://www.krebshilfe.de> (09/2007)

**Duden, Barbara/Zimmermann, Beate** (2000) Aspekte des Wandels des Verständnisses von Gesundheit / Krankheit / Behinderung als Folge der modernen Medizin. Gutachten für die Enquete-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin". Als elektronisches Dokument in:

[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0108/parlament/gremien/kommissionen/archiv14/medi/medi\\_gut\\_dud.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0108/parlament/gremien/kommissionen/archiv14/medi/medi_gut_dud.pdf) (09/2007)

**Dunne, Eileen F. u.a.** (2007) Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States. In: The Journal of the American Medical Association 297 (2007) 6, S.813-819

**Ein Impfstoff gegen den Krebs.** Pharmakonzerne entwickeln wirksame Vorbeugung gegen Gebärmutterhalskrebs. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 06.01.2006

**Evers, Adalbert/Nowotny, Helga** (1987) Über den Umgang mit Unsicherheit. Frankfurt am Main 1987

**EU**

Cervical cancer: role of vaccines against human papilloma virus (HPV). Background and EU Action. Als elektronisches Dokument in:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/com/hpv/hpv\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/hpv/hpv_en.htm) (10/2007)

**Europäische Arzneimittelagentur (EMA)**

<http://www.ema.europa.eu/> (02/2008)

**Ewald, François** (1993) Der Vorsorgestaat. Frankfurt am Main 1993

**Flaake, Karin/King, Vera** (Hg.) (2003) Weibliche Adoleszenz. Weinheim/Basel/Berlin 2003

**Franklin, Sarah** (1997) Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception. London/New York 1997

**Frauengesundheitszentrum Graz (FGZ)**

Impfung gegen HPV (Human Papilloma Viren) und gegen Gebärmutterhalskrebs. Hintergrundinformationen vom Juni 2007. <http://www.fgz.co.at> (06/2007)

**Friese, Klaus/Schäfer, Axel/Hof, Herbert** (2003) Infektionskrankheiten in Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin 2003

**Gemeinsamer Bundesausschuss a (G-BA)**

Pressemitteilung vom 20.07.2007: Beratungspflicht statt verpflichtende Früherkennungsuntersuchungen - Gemeinsamer Bundesausschuss setzt gesetzlichen Auftrag um. Als elektronisches Dokument in:

<http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/191/> (09/2007)

**Gemeinsamer Bundesausschuss b**

Newsletter Nr. 07 - August 2007. Kommentar des Vorsitzenden.

Als elektronisches Dokument in: <http://www.g-ba.de/institution/sys/newsletter/69/> (09/2007)

**German Teenage Girls to get controversial HPV Vaccine.** In: Spiegel online vom 29.03.2007. Als elektronisches Dokument in:  
<http://www.spiegel.de/international/germany/0,1518,474662,00.html> (07/2007)

**Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD).**  
<http://www.anthroposophischeaerzte.de> (05/2007)

**Görlitzer, K.-P.** (2007) Impfkommision im Interessenkonflikt. In: die tageszeitung vom 16.11.2007

**Gregg, Jessica L.** (2003) Virtually Virgins. Sexual Strategies and Cervical Cancer in Recife, Brazil. Stanford 2003

**Grosse, Angela** (2007) Jedes Mädchen soll geimpft werden. In: Hamburger Abendblatt vom 30.03.2007

**Hannerz, Ulf** (1969) Soulside. New York 1969

**Hannez, Ulf** (1992) Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning. New York 1992

**Harbers, Hans** (Hg.) (2005) Inside the Politics of Technology. Agency and Normativity in the Co-Production of Technology and Society. Amsterdam 2005

**Harbers, Hans** (2005) Introduction: Co-Production, Agency, and Normativity. In: Harbers, Hans 2005, S.9-25

**Hartmann, Andreas** (1991) Über die Kulturanalyse des Diskurses – eine Erkundung. In: Zeitschrift für Volkskunde 87(1991)1, S.21-28

**Hauser-Schäublin, Brigitta u.a.** (2001) Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland. Frankfurt/New York 2001

**Heinbach, Gesa** (2005) Differenziertes Impfen. Körperbilder, Umgang mit Risiken und der Verantwortungsdiskurs als Grundlagen der Entscheidung von Eltern über die Impfung ihrer Kinder. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie. Frankfurt am Main

**Herr Harthorn, Barbara/Oaks, Laury** (Hg.) (2003) Risk, culture, and health inequality: shifting perceptions of danger and blame. Westport 2003

**Hillemanns, Peter u. a.** (2007) HPV-Infektion: Impfung, Diagnostik und Therapie. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 67 (2007) 1, R1-R28

**Hirte, Martin** (2007) Die HPV-Impfung. Als elektronisches Dokument in:  
[http://www.individuelleimpfentscheidung.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=23&Itemid=1](http://www.individuelleimpfentscheidung.de/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=1) (09/2007)

**Holmberg, Christine** (2005a) Diagnose Brustkrebs. Eine ethnographische Studie über Krankheit und Krankheitserleben. Frankfurt am Main/New York 2005

**Holmberg, Christine** (2005b) Die Interdependenz von Statistik und Krankheitserfahrung als Gegenstand der Europäischen Ethnologie. In: Binder, Beate u.a. (Hg.) Ort. Arbeit. Körper. Ethnographie Europäischer Modernen. Münster 2005, S.413-419

**HPV-Impfung ab 2008 auch in Südtirol.** Sunshine Radio online vom 09.02.2007. Als elektronisches Dokument in:

[http://www.sunshine.it/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4009&Itemid=6](http://www.sunshine.it/index.php?option=com_content&task=view&id=4009&Itemid=6)  
(05/2007)

**HPV-Impfung: Erste Berichte über unerwünschte Wirkungen.** In: diestandard online vom 01.06.2007. Als elektronisches Dokument in: <http://diestandard.at/?url=/?id=2902905>  
(07/2007)

**Impfen.** Die neue Allzweckwaffe. In: Focus Nr.40/2007

### **Impfkritik**

„Portal für unabhängige Informationen“. Homepage von Hans Tolzin.

<http://www.impfkritik.de> (04/2007)

### **Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

<http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html> (10/2007)

**James, Allison** (2007) Giving Voice to Children's Voices: Practices and Problems, Pitfalls and Potentials. In: American Anthropologist 109 (2007) 2, S.261-272

**Jasanoff, Sheila** (Hg.) (2004) States of Knowledge. The co-production of science and social order. London 2004

**Jasanoff, Sheila** (2004) The idiom of co-production. In: Jasanoff, Sheila 2004, S.1-12

**Jasanoff, Sheila** (2004) Afterword. In: Jasanoff, Sheila 2004, S.274-282

**Kaschuba, Wolfgang** (1999) Einführung in die Europäische Ethnologie. München 1999

### **Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin)**

Bereits 40 Prozent der Berliner Mädchen gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft. Pressemitteilung vom 01.11.2007. Als elektronisches Dokument in:

<http://www.kvberlin.de/40presse/10pressemitteilung/pe071101.html> (11/2007)

### **Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen)**

Impfempfehlungen der STIKO (Stand Juli 2007). Als elektronisches Dokument in:

[http://www.kvhessen.de/Mitglieder/Pr%C3%A4vention%20und%20Impfen/Impfen%20allgemein/Impfempfehlungen%20der%20STIKO%20\(Stand%20Juli%202007\)-p-33175.html](http://www.kvhessen.de/Mitglieder/Pr%C3%A4vention%20und%20Impfen/Impfen%20allgemein/Impfempfehlungen%20der%20STIKO%20(Stand%20Juli%202007)-p-33175.html)  
(10/2007)

### **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein)**

Schutzimpfungsrichtlinie noch nicht in Kraft gesetzt – Ausnahme HPV-Impfung. Als elektronisches Dokument in:

[http://www.kvno.de/mitglieder/praxinfo/praxarch/prin0708/schutz\\_richtlinie.html](http://www.kvno.de/mitglieder/praxinfo/praxarch/prin0708/schutz_richtlinie.html) (11/2007)

- Kaufen, Hildegard** (2008) Ein Schatten über der Krebsimpfung. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 06.02.2008
- Kaufert, Patricia** (2000) Screening the body: The pap smear and the mammogram. In: Lock, Margaret/Young, Allan u.a. (Hg.): Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry. Cambridge 2000, S.165-183
- Kdolsky: Kampf gegen Gebärmutterhalskrebs forcieren.** Pressemeldung des österreichischen Gesundheitsministeriums am 28.01.2008. Als elektronisches Dokument in: [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/presse\\_detail.html?channel=CH0616&doc=CMS1201604022549](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/presse_detail.html?channel=CH0616&doc=CMS1201604022549) (02/2008)
- Kdolsky will HPV-Impfung als Teil von Gesamtstrategie.** In: diestandard online vom 13.07.2007. Als elektronisches Dokument in: <http://diestandard.at/?url=/?id=2958600> (08/2007)
- Keim, Gerhard** (1999) Magic Moments. Ethnographische Gänge in die Konsumwelt. Frankfurt am Main 1999
- Kimmig, Rainer** (2007) Ist das Zervixkarzinom besiegt? In: MMV – Fortschritte der Medizin 149 (2007) 12, S.28,29
- Kimmel, Sanford R.** (2006) Practical Implementation of HPV Vaccines in Clinical Practice. In: (Supplement to) The Journal of Family Practice 55 (2007) 11, S.18-23
- Kirk, Susan** (2007) Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: A literature review. In: International Journal of Nursing Studies 44 (2007) 7, S.1250-1260
- Knecht, Michi/Welz, Gisela** (1995) Ethnographisches Schreiben nach Clifford. In: Hauschild, Thomas (Hg.) Ethnologie und Literatur. Kea. Sonderband 1. 1995
- Koch, Gertraud** (2006) (Hg.) Internationalisierung von Wissen. Multidisziplinäre Beiträge zu neuen Praxen des Wissenstransfers. St. Ingbert 2006
- Koch, Gertraud** (2006) Internationalisierung von Wissen. In: Koch, Gertraud 2006, S. 11-23
- Kolip, Petra** (Hg.) (2000) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim/München 2000
- Kraft, Jürgen/Schemel, Julia** (2005) Wissensaneignung medizinischer Laien. Mündiger Patient sucht aufgeklärten Arzt. In: Welz, Gisela u.a. 2005, S. 21-38
- Krebsliga** (2004) Arbeitspapier: Die Entstehung von Krebs mit Prävention und Gesundheitsförderung wirksam verhindern. Vorschlag zur Entwicklung eines Nationalen Programms für die Gesundheitsförderung und zur Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten (NPGP). <http://www.swisscancer.ch> (08/2007)

**Kuchenbuch, Peter** (2007) FTD: Neuer Krebsimpfstoff beflügelt Sanofi. Als elektronisches Dokument in:

<http://www.ftd.de/unternehmen/industrie/:Neuer%20Krebsimpfstoff%20Sanofi/242960.html>  
vom 23.08.2007 (02/2008)

**Landesfrauenrat Sachsen-Anhalt e.V.**

Rundbrief 80 (Mai-2007). Erstattung: HPV-IMPfung in Berlin über Chipkarte. Als elektronisches Dokument in:

<http://www.landesfrauenrat.de/website.php?sid=9902dc27e1d0a0f38865c79c23806fea&id=/index/rundbrief/archiv.htm&rbid=80&cid=828> (11/2007)

**Lemke, Thomas** (2007a) Biopolitik zur Einführung. Hamburg 2007

**Lemke, Thomas** (2007b) Gouvernamentalität und Biopolitik. Wiesbaden 2007

**Marcovic, Milica/Manderson, Leonore/Quinn, Michael** (2004) Embodied Changes and the Search for Gynecological Cancer Diagnosis. In: *Medical Anthropology Quarterly* 18 (2004) 3, S.376-396

**Marcus, George** (1995) Ethnography in/of the World System: The Emergence of the Multi-Sited Ethnography. In: *Annual Review of Anthropology* (1995) 24, S.95-117

**Martin, Emily** (1992) The End of the body? In: *American Ethnologist* 19 (1992), S.121-140

**Mens-Verhulst, Janneke van/Schreurs, Karlein/Woertman, Liesbeth** (Hg.) (1996) Töchter und Mütter: Weibliche Identität, Sexualität und Individualität. Stuttgart/Berlin/Köln 1996

**Moore, Rhonda J./Spiegel, David** (Hg.) (2004) *Cancer, Culture, and Communication*. New York 2004

**Müller, Franziska** (2005a) No body is perfect. Cystische Fibrose – Lebenserwartung zwischen Risiko und Prävention. In: *Welz, Gisela u.a.* 2005, S.173-192

**Müller, Franziska** (2005b) "Risiko macht Hoffnung". Leben mit cystischer Fibrose. In: *Forschung Frankfurt* 3 (2005), S.27-29

**Müller-Jung, Joachim** (2006) Impfen gegen Krebs – in der Apotheke wird ein Traum wahr. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 11.10.2006

**Müller-Jung, Joachim** (2007) Streitsache Krebsimpfung. Der Mitbegründer der HPV-Vakzine attackiert Kritiker. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 15.08.2007

**Nichter, Mark** (2003) Harm Reduction: A Core Concern for Medical Anthropology. In: *Herr Harthorn, Barbara/Oaks, Laury* 2003, S.13-33

**Niewöhner, Jörg** (2007) Forschungsschwerpunkt: Präventives Selbst. Herz-Kreislauferkrankungen im Jahr der Geisteswissenschaften. In: *Humboldt Spektrum* 14 (2007) 1, S.34-37

**Ortner, Sherry B.** (1984) Theory in Anthropology since the Sixties. In Comparative Studies in Society and History. 26 (1984), S.126-166

#### **Paul-Ehrlich-Institut**

Informationen zu Verdachtsfällen auf Impfkomplicationen sowie von Verdachtsfällen schwerwiegender Nebenwirkungen. Datenbank in: <http://www.pei.de> (10/2007)

**Pietzsch, Joachim** (2006) Millionen – gegen Gebärmutterhalskrebs. In: Innovate! – Das Magazin für Forschung und Technologie (2006) 3, S.9-12. Als elektronisches Dokument in: [http://www.innovate-magazin.de/beitrag\\_2077311.html](http://www.innovate-magazin.de/beitrag_2077311.html) (03/2007)

#### **pro familia**

Humane Papillomaviren (HPV). Fachinformationen zur Impfung. Als elektronisches Dokument in: <http://www.profamilia.de/shop/download/241.pdf> (07/2007)

**Rabe, Steffen** (2007) Leserbrief SZ zur HPV-Impfung 27.03.07. Als elektronisches Dokument in: [http://www.individuelle-impfentscheidung.de/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=29](http://www.individuelle-impfentscheidung.de/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=29) (04/2007)

**Rabinow, Paul** (1996) Making PCR: A Story of Biotechnology. Chicago/London 1996

**Rabinow, Paul** (2004) Anthropologie der Vernunft. Frankfurt am Main 2004

„**Risiko von Krebs durch HPV gering**“ In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 02.03.2007

#### **Robert Koch-Institut a (STIKO)**

Epidemiologisches Bulletin: Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung (2007) 12, S.97-103. Als elektronisches Dokument in: [http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_264978/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Ausschnitte/HPV\\_STIKO\\_12\\_07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/HPV\\_STIKO\\_12\\_07.pdf](http://www.rki.de/cln_048/nn_264978/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Ausschnitte/HPV_STIKO_12_07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/HPV_STIKO_12_07.pdf) (03/2007)

#### **Robert Koch-Institut b**

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 37: Gebärmuttererkrankungen. Als elektronisches Dokument in: [http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_197532/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gebaermuttererkr,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gebaermuttererkr.pdf](http://www.rki.de/cln_048/nn_197532/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gebaermuttererkr,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gebaermuttererkr.pdf) (07/2007)

#### **Robert Koch-Institut c (STIKO 2)**

Epidemiologisches Bulletin: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand Juli 2007. (2007) 30, S.267-286

**Rose, David** (2007) One in ten girls has sexually-transmitted virus HPV by 16, study suggests. In: The Times vom 20.09.2007

**Rosenbrock, Rolf** (2007a) Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin 2007

**Rosenbrock, Rolf** (2007b) Impfung gegen HPV Typ 16 +18 aus der Sicht von Public Health. Vortrag vom 07.03.2007 im Rahmen einer Veranstaltung von: GlaxoSmithKline im Dialog. Als elektronisches Dokument in: [http://www.glaxosmithkline.de/docs-pdf/gesundheitspolitik/070307/070307Rosenbrock\\_Charts.pdf](http://www.glaxosmithkline.de/docs-pdf/gesundheitspolitik/070307/070307Rosenbrock_Charts.pdf) (05/2007)

**Rosenbrock, Rolf** (2007c) Ein Köder für die Mittelschicht. Krebsprävention. Gebärmutterhalskrebs ist grausam – doch ist die vorbeugende Impfung aussichtsreich? Als elektronisches Dokument in: <http://www.freitag.de/2007/17/07171801.php> (07/2007)

**Samerski, Silja** (2002) Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung. Münster 2002

**Samerski, Silja** (2003) Die Freisetzung genetischer Begrifflichkeiten, oder: Wie die genetische Beratung zum Risikomanagement verpflichtet. In: Beck, Stefan/Knecht, Michi 2003, S.15-23

#### **Sanofi Pasteur MSD GmbH**

Pressemappe. Als elektronisches Dokument in:

[http://www.ots.at/pressemappe.php?q=\(EMITTENTID=2198\)](http://www.ots.at/pressemappe.php?q=(EMITTENTID=2198)) (10/2007)

**Sawaya, George F.** (2007) HPV vaccination – more answers, more questions. In: The New England Journal of Medicine 356 (2007) 19, S.1991-1993

**Schmidt, Britta** (2000) Mädchen als neue Klientel. Die Medikalisierung der Pubertät durch die Mädchengynäkologie. In: Kolip, Petra (Hg.) 2000, S.31-57

**Schmitt, Cosima** (2007a) Drei Piekser für die Ewigkeit. In: die tageszeitung vom 04.01.2007

**Schmitt, Cosima** (2007b) „Sex ist blöd, davon kriegt man Krebs“. In: die tageszeitung vom 08.08.2007

**Schmitt, Cosima** (2007c) Bevormundung von Patienten. In: die tageszeitung vom 08.08.2007

**Schmidt-Petruschkat, Silke** (2007) Was der Hausarzt über die HPV-Infektion wissen sollte. In: MMV – Fortschritte der Medizin 149 (2007) 12, S.29-31

**Schneider, Achim/Kaufmann, Andreas** (2007a) Prophylaktische HPV-Vakzinierung – Der Hoffnungsträger in der Prävention des Zervixkarzinoms – aktueller Stand. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 67 (2007) 1, S.19-21

**Schneider, Achim u.a.** (2007b) Langfristige Public-Health-Effekte einer Impfung gegen Zervixkarzinom in Deutschland. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 67 (2007b) 8, S.850-858

**Schuh, Hans** (2006) Impfen gegen Krebs. In: Die Zeit Nr. 44/2006

**Schüle, Johann August** (1983) Gesellschaftliche Entwicklung und Prävention. In: Wambach, Manfred Max (Hg.): Der Mensch als Risiko. Frankfurt am Main 1983

**Schülerduden.** Die Biologie. Mannheim/Wien/Zürich 1986

**Sperling, Stefan** (2004) Biomedizin aus Sicht der Medizin- und Kulturanthropologie. Gutachten im Auftrag der AG Bioethik und Wissenschaftskommunikation am Max-Dellbrück-Centrum für molekulare Medizin (MDC) in Berlin. Als elektronisches Dokument in: [http://www.bioethik-diskurs.de/documents/wissensdatenbank/gutachten/Download-Dokumente/Sperling\\_Gutachten.pdf](http://www.bioethik-diskurs.de/documents/wissensdatenbank/gutachten/Download-Dokumente/Sperling_Gutachten.pdf) (08/2004)

**Stehr, Nico** (2000) Die Zerbrechlichkeit moderner Gesellschaften. Weilerswist 2000

**Stemerding, Dirk/Nelis, Annemiek** (2005) Choices and Choosing in Cancer Genetics. In: Harbers, Hans 2005, S.109-124

**Süßbrich, Ute** (2004) Vision Forschung. Ethnographie in Medienlaboratorien. Als elektronisches Dokument in: [http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=971180091&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=971180091.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=971180091&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=971180091.pdf) (10/2007)

#### **tell someone**

"tell someone: Ich sag´s weiter - Du auch?". Aufklärungskampagne zur Vorbeugung von Gebärmutterhalskrebs jetzt gestartet. Pressemitteilung vom 29.03.2007. Als elektronisches Dokument in: [http://www.presseportal.de/pm/65793/963367/tell\\_someone](http://www.presseportal.de/pm/65793/963367/tell_someone) (04/2007)

#### **Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)**

In: <http://vaers.hhs.gov/> (10/2007)

**Waal, Mieke de** (1989) Girls: a separate world. An ethnography of girls at secondary school. Amsterdam 1989

**Waal, Mieke de** (1996) Adoleszente Töchter über ihre Mütter. In: Mens-Verhulst, Janneke van u.a. 1996, S.59-69

**Wahdat, Anna** (2007) Nur geimpft zum ersten Sex. In: Kölner Stadtanzeiger vom 29.03.2007

**Weingart, Peter** (2001) Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissensgesellschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft. Weilerswist 2001

**Weiner, Diane** (Hg.) (1999) Preventing and Controlling Cancer in North America: A Cross-Cultural Perspective. Westport 1999

**Welz, Gisela** (1991) StreetLife. Alltag in einem New Yorker Slum. Frankfurt am Main 1991

**Welz, Gisela** (1998) Moving Targets. Feldforschung unter Mobilitätsdruck. In: Zeitschrift für Volkskunde 94 (1998) 2, S.177-194

**Welz, Gisela u.a.** (Hg.) (2005) Gesunde Ansichten. Wissensaneignung medizinische Laien. Frankfurt am Main 2005

**Welz, Gisela** (2005) Gesunde Ansichten. Zur Einführung. In: Welz, Gisela u.a. (Hg.) 2005, S.11-18

**Welz, Gisela** (2006) Vom Wandel der Kulturen zu den Kulturen des Wandels. Überlegungen zu einer kulturanthropologischen Innovationsforschung. In: Koch, Gertraud (Hg.) 2006, S.129-143

**Weymayer, Christian/Koch, Klaus** (2007) Krebsvorsorge  
Eine kritische Bestandsaufnahme, Teil 3: Das Zervixkarzinom. Als elektronisches Dokument in: <http://www.krebsvorsorge-aktuell.de/Weymayr%20ars%20medici%20Zervix.pdf> (10/2007)

**WHO** (World Health Organization) a  
Human Papillomavirus and HPV vaccines: Technical Information for policy-makers and health professionals (2007). In:  
<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF07/866.pdf> (10/2007)

**WHO b**  
Karte: Burden of HPV DNA 16 or 18 in woman with or without cervical cancer by world region. In: <http://www.who.int/hpvcentre/statistics/en/> (09/2007)

**WHO c**  
What is the impact of cervical cancer in your country?. In:  
<http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/SummaryReportsSelect.cfm> (10/2007)

**WHO d**  
National Cancer Control Programmes (2002). Policies and Managerial Guidelines. 2nd Edition. Genf 2002. Als elektronisches Dokument in:  
<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> (10/2007)

**Wirtz, Norbert** (1990) Kenntnis- und Bewusstseinsstand 12- und 13jähriger Mädchen und ihrer Eltern über die Gefahren der Rötelerkrankung sowie Möglichkeit und Nutzen der Impfung. Marburg/Lahn 1990

**ZDF**  
Magazin „Frontal 21“ vom 10.07.2007. <http://www.zdf.de> (07/2007)

**Zervita**  
<http://www.zervita.de> (09/2007)

## 9. Anhang

### Aufstellung der Interviewpartner und Beobachtungen (chronologische Darstellung)

	Zeitpunkt	Kinder <sup>150</sup>	Ort	Art der Daten
<b>„Experten“</b>				
Herr Dr. Winter (Kinder- und Jugend- arzt)	Ende März		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Dr. Bäumer (Frauenärztin)	Mitte April		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Dr. Schmitz (Mitarbeiterin (Ärztin) einer Sexualberatungs- stelle)	Anfang Mai		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Dr. Rosenberg (Ärztin in der schuli- schen Sexual- bzw. Gesundheitsaufklärung)	Ende Juni		Ostdeutsche Großstadt	Interviewtranskript/ Gesprächsnotizen
<b>Telefoninterviews</b>				
Frau Wolf	Mitte April	Tochter (14)		Gesprächsnotizen
Frau Blau	Anfang Mai	Tochter (13)		Gesprächsnotizen
Frau Franz	Anfang Mai	Töchter (10+14)		Gesprächsnotizen

---

<sup>150</sup> Nicht anwesende Kinder

	<b>Zeitpunkt</b>	<b>Kinder<sup>151</sup></b>	<b>Ort</b>	<b>Art der Daten</b>
<b>Eltern-/ Familieninterviews</b>				
Frau Roller (39) Julia (14)	Mitte April	Sohn (10)	Ländlicher Raum / West- deutschland	Gesprächsnotizen
Frau Michel (38)	Mitte Mai	Tochter (11) Söhne (4+1)	Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Mahler (39)	Anfang Juni	Tochter (12)	Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Walter (k.A.)	Anfang Juni	Tochter (15) Sohn (23)	Ländlicher Raum / West- deutschland	Interviewtranskript
Frau Eller (47) Herr Eller (50) Maike (15)	Anfang Juni	Tochter (8)	Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Müller (k.A.) Natalie (15)	Anfang Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Halber (43)	Anfang Juni	Töchter (12+18) Söhne (9+16)	Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Eisen (50)	Mitte Juni	Töchter (15+15) Sohn (16)	Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Herr Nafil (52)	Mitte Juni	Tochter (13) Söhne (16+19)	Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Frau Stern (k.A.) Selma (16) Franziska (13)	Ende Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript

---

<sup>151</sup> Nicht anwesende Kinder

	<b>Zeitpunkt</b>		<b>Ort</b>	<b>Art der Daten</b>
<b>Mädcheninterviews/ Gesamtschule</b>				
Juliane (15) Melanie (15)	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Veronika (15) Sabine (14)	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Sabrina (14) Ayse (14) Sibel (15) Handan (15)	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Ina (15) Ezgi (16)	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Sevgi (15) b (15) c (15) d (15)	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
Selina (14) Nadine (15) Marion (14) Sonja (15) Sandra (15)	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Interviewtranskript
<b>Teilnehmende Beobachtung</b>				
6. Klasse Realschule	Mitte Juni		Ländlicher Raum / West- deutschland	Erinnerungsprotokoll/ Gesprächsnotizen
9. Klasse Realschule	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Erinnerungsprotokoll/ Gesprächsnotizen
7. Klasse Realschule	Ende Juni		Ostdeutsche Großstadt	Erinnerungsprotokoll/ Gesprächsnotizen
7. Klasse Gymna- sium (2 Klassen)	Ende Juni		Ostdeutsche Großstadt	Erinnerungsprotokoll/ Gesprächsnotizen
Informationsabend Sexualberatungs- stelle	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Erinnerungsprotokoll/ Gesprächsnotizen
Informationsabend Gesundheits- beratungsstelle	Mitte Juni		Westdeutsche Großstadt	Erinnerungsprotokoll/ Gesprächsnotizen