

**Lisbeth Nybro Bericht einer dänischen Hebamme, die viele somalische Frauen betreut hat.  
Übersetzt und ergänzt von Gritt Richter**

Ich bin Hebamme im Frederiksberg Krankenhaus am Stadtrand von Kopenhagen. Ich arbeite mit somalischen Frauen, seit diese begannen nach Dänemark zu immigrieren. Diese Arbeit begann als eine Art Familienobligation, nachdem mein Stiefbruder eine Somalierin heiratete und 1981 nach Somalia übersiedelte. 1985 verbrachte ich einen Sommer in Somalia und als Resultat spreche ich ein lausiges Somali, vielleicht einige hundert Worte, aber die Frau meines Stiefbruders lehrte mich, daraus sehr effiziente Sätze zu bilden, wie:

- Hallo. Wie geht es heute?
- Zeigen Sie mir, wo es weh tut.
- Sind Sie in den Wehen?
- Ich muß eine Blutprobe nehmen.
- Vielen Dank, Auf Wiedersehen usw.

Ich fand heraus, dass diese hundert Wörter Wunder tun können. Somalis haben einen wundervollen Sinn für Humor und wenn ich keine Angst habe, ihre Sprache zu sprechen, werden sie es mit mir auf Dänisch versuchen. So lachten wir viel. Wenn sie mich einmal als Gleiche akzeptierten, konnte ich ihnen alles erzählen und sie nahmen sich meine Worte zu Herzen.

Ich möchte hier hervorheben, dass ich meine Worte sehr sorgfältig wähle. Ich spreche immer von weiblicher Beschneidung. Wäre ich Somali, würde ich definitiv den Begriff der weiblichen Genitalverstümmelung wählen. Da ich jedoch eine Weiße und Dänin bin, empfinde ich weibliche Beschneidung als den richtigen Ausdruck.<sup>1</sup>

Jedes Jahr kommen ungefähr 20 somalische Frauen wegen ihrer Mutterschaft ins Frederiksberg Krankenhaus, und sie werden alle zu mir geschickt. Mit Ausnahme von zwei Frauen waren alle infibuliert.<sup>2</sup> Diese Frauen verdienen es von Hebammen versorgt und gepflegt zu werden, die ihre Situation verstehen, und das ist nun mal leichter, wenn man gewöhnt ist, mit dem Problem umzugehen.

Einfühlungsvermögen ist dabei besonders wichtig. Auch ein guter Dolmetscher ist von großer Bedeutung. Ich arbeite immer mit demselben zusammen. Ich frage nie den Ehemann oder die Kinder der Frau, ob sie für mich übersetzen.

---

<sup>1</sup> Es wird in den meisten Fällen angemessener sein, mit den Frauen über ihre *Beschneidung* und nicht über ihre *Verstümmelung* zu sprechen. Es spielt dabei keinerlei Rolle, ob wir persönlich diesen Eingriff als Verstümmelung definieren. Betroffene Frauen mögen sich durch diesen Begriff angegriffen und verletzt fühlen und sich zurückziehen. Es bleibt also im Einzelfall zu entscheiden, wie sich die Frauen selbst bezeichnen würden. Einige fühlen sich durchaus verstümmelt, andere nicht. Eine zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland lebende, in ihrer Jugend verstümmelte Frau sagte dazu: „Fragst du mich, ob ich betroffen bin, sage ich: Ja. Fragst du mich, ob ich verstümmelt bin, sage ich: Nein.“ (Anm. d. Ü.)

<sup>2</sup> *Infibulation*: drastischste Form der genitalen Verstümmelung, bei die Klitoris teilweise oder vollständig, die kleinen Labien vollständig, ein Teil bzw. die gesamten und stets inneren Schichten der großen Labien sowie ein Teil des Venushügels entfernt werden. Anschließend werden die blutigen Innenseiten der Vulva bis auf eine winzige Öffnung vernäht, so dass die Haut zu einer Brücke aus Narbengewebe über der Vaginalöffnung zusammenwächst.

Wenn eine Somali zu mir kommt, sage ich ihr, dass wir nun zusammen ihre Schwangerschaft und ihre Geburt planen werden: sie und ich, zusammen. Wir sprechen über ihre Beschneidung, und ich frage sie, ob sie jemals unter sich wiederholenden Urintraktinfektionen, unter Schwierigkeiten beim Urinieren oder sehr schmerzhaften Perioden gelitten hat. Ich erkläre ihr, dass das keine typischen Frauenprobleme sind, sondern langfristige Komplikationen einer Infibulation.

Ich frage sie, wann sie infibuliert wurde, wer die Operation ausgeführt hat und dann frage ich sie, ob ich die Infibulation sehen darf. Ich beurteile dann das Ausmaß der Beschneidung, teste die Elastizität des Gewebes (kann ich beispielsweise mit zwei Fingern eindringen „can I do the check-up with two fingers“). Ich untersuche die alten Narben, und ich kann herausfinden, ob die Frau trotz der Ehe noch komplett infibuliert ist.

Ich biete jeder somalischen Frau früh in der Schwangerschaft eine Defibulation<sup>3</sup> an. Ich dränge jedoch diejenigen Frauen dazu, die noch komplett infibuliert sind. Ich erkläre ihr, dass die Wehen länger und schmerzhafter sein können und sie einen normalerweise nicht notwendigen Kaiserschnitt<sup>4</sup> riskiert, wenn wir sie während der Schwangerschaft nicht richtig untersuchen können und wir deshalb nicht richtig einschätzen können, ob die Schwangerschaft normal verläuft. Die meisten Frauen wollen, so schnell wie möglich defibuliert werden.

Dann zeige ich ihr Zeichnungen einer normalen und einer infibulierten Vulva einer erwachsenen Frau. Normalerweise wissen infibulierte Frauen nicht, wie wir aussehen, und sie wissen nicht, wieviel ihnen weggeschnitten wurde, als sie infibuliert wurden. Ich zeige ihr, wie sie bei der Geburt geschnitten werden wird und was passiert, wenn eine medio-laterale Episiotomie durchgeführt werden muß. Wir diskutieren den normalen Geburtsverlauf. Ich erkläre die Konsequenzen jeder Wahl und die Risiken einer anschließenden totalen Wiedervernähung.<sup>5</sup>

Dann hat die Frau einige Entscheidungen zu treffen. Einige gehen nach Hause und denken darüber nach. Andere wissen genau, was sie tun wollen, nachdem sie die Bilder gesehen haben. Ihre Ehemänner stimmen gewöhnlich zu. Oft sagen sie: „Ich möchte das, was das Beste für meine Frau ist.“

Wenn sich die Frau einmal entschieden hat, trete ich speziell zu ihrem Fall in eine Art Entscheidungsphase ein. Ich beschreibe meinen Kollegen wie die Anästhesie zu verabreichen ist, wie und wo zu schneiden ist, was zu tun ist, wenn die Frau defibuliert werden möchte und was, wenn sie teilweise wieder vernäht werden möchte.<sup>6</sup> Ich mache Zeichnungen zu ihrem Fall, die ich ihr zeige, so

---

<sup>3</sup> Als *Defibulation* bezeichnet man die notwendige Auftrennung der verwachsenen Genitalien zur Ermöglichung des Geschlechtsverkehrs, der Geburt oder auch aus rein diagnostischen Gründen.

<sup>4</sup> Bei noch komplett infibulierten Frauen sollte man bedenken, was passiert, wenn die Frau später, immer noch total infibuliert, in ihr Heimatland zurückkehrt und ohne medizinische Hilfe gebären muß: die kleine Öffnung kann sie und das Kind töten. Eine kanadische Studie unter somalischen Frauen zeigte darüber hinaus: Viele betroffene Frauen wollen keinen Kaiserschnitt und bevorzugen eine normale Geburt.

<sup>5</sup> Die totale Wiedervernähung, auch *Reinfibulation*, bezeichnet das erneute Vernähen des losen Gewebes nach einer Geburt.

<sup>6</sup> **ACHTUNG!** Eine partielle bzw. totale Wiedervernähung ist unethisch, unmoralisch und unprofessionell. Die Frau wird nach einer totalen Reinfibulation wieder an den gleichen gesundheitlichen Problemen leiden wie vorher. Laut Dr. Harry Gordon, Spezialist in der Well-Women-Clinic in London, die sich gezielt den Problemen genitalverstümmelter Patientinnen annimmt, ist selbst eine „teilweise Re-Infibulation [...] eine schlechte Idee und sollte nicht ermutigt werden. Dies führt zur Zunahme von Schmerz und auch dazu, dass dieser Eingriff oft in späteren Wehen und Entbindungen (zer)platzt.“

dass sie sicher sein kann, dass ihre Wünsche auch respektiert werden. Zuletzt erinnere ich meine Kollegen daran, dass beschnittene Frauen einer speziellen Schmerzbehandlung nach der Geburt bedürfen.

Über die Beschneidung mit somalischen Frauen zu sprechen, ist sehr leicht. Es ist sogar so, dass sie erwarten, dass wir das tun, und dass sie das Vertrauen in uns verlieren können, wenn wir es nicht tun. Ich denke, es ist wichtig, die Wahl der Frau zu respektieren, sogar, wenn sie wieder vernäht werden möchte. Sie ist erwachsen. Sie weiß, um was sie bittet und sie ist die einzige, die damit für den Rest ihres Lebens leben muß. (siehe Anmerkung Fußnote 6, Generell ist es sehr wichtig, die Wahl der Frau zu respektieren. Im Fall einer Reinfibulation jedoch sollte man alles daran setzen, sie vom Gegenteil zu überzeugen. Anm. d. Ü.)

Meine Erfahrungen aus dem Frederiksberg Krankenhaus zeigen:

- Alle Frauen, die komplett infibuliert waren, wollten vor der Niederkunft defibuliert werden.
- Die meisten Frauen, die vor der ersten Geburt standen, wollten vor der Geburt eine Defibulation.
- Frauen, die schon geboren hatten und die nur teilweise wieder vernäht waren, präferierten -wenn möglich - das Kind ohne weiteres Schneiden und Nähen zu entbinden.
- Andere wählen eine medio-laterale Episiotomie, besonders dann, wenn das für sie in der Vergangenheit gut ging.
- Und schließlich ergreifen einige Frauen zu dieser Zeit die Möglichkeit, komplett defibuliert zu werden.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass meine Ergebnisse durch den Fakt beeinflusst werden, dass ich mit „den besseren Somali“ zu tun habe („the better of the somali women“). Es gibt keine Flüchtlingscamps in der Nähe des Krankenhauses. Den Frauen, die ich behandle, wurde Asyl gewährt, einigen erst kürzlich, aber eine ganze Menge sind schon einige Zeit in Dänemark.

Nachdem wir die Entbindung geplant haben, bringe ich das Thema des ungeborenen Kindes zur Sprache und was zu tun ist, wenn es ein Mädchen wird. Wieder arbeite ich mit Zeichnungen. Ich spreche über das Hymen, als natürliches Zeichen der Jungfräulichkeit. Ich zeige ihr, was weggeschnitten wird, wenn man infibuliert wird. Ich beschreibe, wie die großen Schamlippen zusammengenäht werden und wie sie eine Hautkapuze, ja eine Haube bilden, die die Harnröhre und den größten Teil der Vagina bedeckt. Wir sprechen darüber, wie die Narben das Urinieren und die Menstruation behindern, zu Blutklumpen führen und sogar die Fruchtbarkeit reduzieren.

Viele Somalis, die ich kenne, glauben, dass die Beschneidung gut für die weibliche Gesundheit ist. Sie sind verstört darüber, was ich ihnen sage, aber sie hören mir zu. Wenn sie wollen, gebe ich ihnen Fotografien oder auch meine Zeichnungen. Ich gebe ihnen auch ein Faltblatt in Somali über die weibliche Beschneidung des Dänischen Flüchtlingsrates.<sup>7</sup> Selbst wenn sie nicht lesen können, kennen sie jemanden, der es kann.

Letztlich frage ich den Ehemann und die Frau, was ihre Intentionen sind, sollte sie ein Mädchen gebären. Die meisten von ihnen lächeln nachsichtig und sagen mir, dass ihre Töchter natürlich nicht

---

<sup>7</sup> TERRE DES FEMMES hat eine mehrsprachige Präventionsbroschüre für in Deutschland lebende Migrant/innen herausgegeben. Die Broschüre „Wir schützen unsere Töchter“ ist in den Sprachen deutsch, französisch, englisch, somali, kiswahili und arabisch erhältlich. Sie soll die Migrant/innen aus betroffenen Ländern über Formen, Begründungen und Gefahren einer Verstümmelung sowie die rechtliche Lage in Deutschland aufklären. Zudem kann sie ebenso von Mediziner/innen, Sozialarbeiter/innen etc. im Rahmen der Präventionsarbeit eingesetzt werden. Die Bestelladresse findet sich am Ende dieses Berichtes.

beschnitten werden sollen. Die Männer sagen oft, dass sie überhaupt nie wollten, dass ihre Töchter beschnitten werden.

Ich wundere mich oft darüber, wie diese Methode der Gesundheitserziehung so effizient sein kann. Ist es der Zeitpunkt? Während der Schwangerschaft, sind die Frauen hoch motiviert, das Thema der weiblichen Beschneidung zu überdenken. Zuerst sicherlich, weil sie sich selbst ständig den Konsequenzen der eigenen Beschneidung stellen müssen, aber vor allem, weil eine persönliche Veränderung vom Individuum zur Mutter vor sich geht. Sie sind also besonders aufnahmebereit für Informationen, die das Wohlergehen ihres Kindes betreffen.

Es erscheint mir, dass die von der Hebamme während der Schwangerschaft vorgenommene Gesundheitserziehung, die die weibliche Anatomie und die Konsequenzen der weiblichen Beschneidung einbezieht, wichtige Prävention leisten kann, um viele Mütter diese schädliche Tradition überwinden zu lassen.

**Kommentar:**

Im Umgang mit verstümmelten Frauen erweisen sich die *Sensibilität* und das *Einfühlungsvermögen*, mit der die Patientin behandelt und der *Respekt*, der ihr während einer Untersuchung entgegengebracht wird, als besonders wichtig. Medizinisches Personal ist ein bedeutender Ansprechpartner und sollte, sowohl im medizinischen als auch im zwischenmenschlichen Bereich der Betreuung, sensibel auf die Patientin eingehen. Überaus wichtig ist es auch, bei einem sicher schockierenden Anblick einer drastischen Verstümmelung die *Fassung* zu *bewahren*. Für Dr. Harry Gordon (siehe Fußnote 7) gehört zu einer angemessenen Qualifikation auch der Respekt vor den Frauen: „Niemand, der bei mir arbeitet, darf meine Patientinnen verachten, indem er eine abfällige Bemerkung oder Mimik beim Anblick der Verstümmelung zeigt.“ Denn schnell fühlt sich die Patientin zum Objekt degradiert. Selbstverständlich findet die Verstümmelung Eingang in die medizinische Behandlung, sollte jedoch nie absolut vorrangig in ihrem Zentrum stehen. Fokus ist die Frau mit ihren spezifischen Problemen. Sie ist ein menschliches Wesen, das mit ihrer Verstümmelung lebt. Für sie ist sie ein Teil ihres Ichs. *„Es war eine ernüchternde Erfahrung, denn sie erinnerte mich daran, immer im Kopf zu behalten, daß ich es mit menschlichen Lebewesen zu tun hatte, mit real gelebtem Leben und wirklichen Beziehungen in einer Vielfalt von Dimensionen, nicht nur mit weiblichen Genitalien in verschiedenen Stadien der Verstümmelung.“*<sup>8</sup>

**Die Autorin:** Lisbeth Nybro, Hebamme am Frederiksberg Krankenhaus in Kopenhagen, hat diesen Beitrag für eine Konferenz verfasst: „The Second Study Conference on Female Genital Mutilation in Europe“, 1. bis 3. Juli 1998 in Svenska Mässan, Göteborg, Schweden.

**Die Übersetzerin:** Gritt Richter ist Referentin für Genitalverstümmelung bei TERRE DES FEMMES e.V., Tübingen. Sie hat den Text mit Fußnoten, Anmerkungen und einem Kommentar versehen.

*Der Beitrag erschien in leicht veränderter Form in der Deutschen Hebammenzeitschrift, Heft 5/2003, S. 15-17.*

---

<sup>8</sup> Lightfoot-Klein, H., 1992: Das grausame Ritual, Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen, zweite Auflage, Fischer 1993, S. 41f.