

Der nachfolgende Beitrag gibt den zweiten Teil eines Vortrages von Gritt Richter, Referentin Genitalverstümmelung bei TERRE DES FEMMES e.V., auf dem IX. Hebammenkongress in Dresden vom 21.-23. Mai 2001 wieder. Die Ausführungen erschienen in gekürzter Form im Kongressband zum Hebammenkongress, S. 193-198. Das Referat verarbeitet Guidelines und Studien, die Sie teilweise auf der TERRE DES FEMMES-Homepage finden: Entweder können Sie über Links direkt auf die entsprechenden Seiten gelangen oder aber die Richtlinien in Kopie bei TERRE DES FEMMES bestellen. Die Ausführungen wurden an einigen Stellen im Jahr 2003 aktualisiert.

***Gritt Richter* Weibliche Genitalverstümmelung - ein Thema für Hebammen?**

Von der weiblichen Genitalverstümmelung sind heute zwischen 100 und 157 Millionen Frauen und Mädchen vor allem in Afrika, aber auch auf der arabischen Halbinsel und in Asien betroffen. Die Praktik ist medizinisch unnötig, hat äußerst nachteilige physische, sexuelle und psychosoziale Konsequenzen, besteht jedoch innerhalb eines komplexen Netzes unterschiedlicher Rechtfertigungen weiter.

Immer mehr Frauen aus Ländern, in denen die sexuellen Verstümmelungen praktiziert werden, migrieren nach Deutschland. Hier treffen sie in Bezug auf das Thema u.a. auf eine sensationslüsterne Medienberichterstattung, auf eine immer noch weitgehend uninformierte Öffentlichkeit und auf Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen, JuristInnen, ÄrztInnen, Krankenschwestern und Hebammen etc., die über wenig Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit dieser Problematik verfügen.

Mein Vortrag in Dresden konzentrierte sich im wesentlichen auf zwei Fragestellungen. Erstens: *Wie kann in Deutschland eine effiziente Prävention der genitalen Verstümmelung von Seiten des Gesundheitspersonals ermöglicht werden?* Denn auch in Deutschland leben mindestens 24.000 bereits betroffene Frauen und 6.000 gefährdete Mädchen. Zweitens: *Wie können wir für die hier lebenden Betroffenen eine adäquate medizinische Betreuung sicherstellen?* Um sowohl Prävention als auch einen angemessenen medizinischen und menschlichen Umgang mit den Frauen sicherzustellen, benötigt man einerseits ein gutes Grundlagenwissen, das die vielfältigen kulturellen Hintergründe der Praktik einschließt, andererseits spezielle Kenntnisse im Umgang mit dieser Patientinnengruppe.

Im Rahmen meiner täglichen Arbeit beobachte ich in beiden Bereichen große Defizite. In meinem Vortrag ging ich deshalb zunächst auf das Grundlagenwissen zum Thema ein: Verbreitung, Arten, Folgen und Begründungen für die weibliche Genitalverstümmelung. Diese Basiskenntnisse behandelte ich allerdings nur sehr kurz, weil es hierzu ausgezeichnete Literatur (englisch- wie auch deutschsprachige) gibt, über die sich jede/r selbst fundiert informieren kann. Das „gewichtiger“ Defizit, gerade im medizinischen Bereich, spiegelt sich meiner Einschätzung nach in Deutschland in der zweiten Fragestellung wider, die ich in meinem Vortrag ausführlicher bearbeitete. Hierzu ist in Deutschland bisher sehr wenig publiziert worden.

Im folgenden gehe ich deshalb nicht auf das Grundlagenwissen ein (für Fragen und Material kann man sich jederzeit gern an TERRE DES FEMMES wenden), sondern konzentriere mich ausschließlich auf die zweite Fragestellung. Hier fließen Erfahrungen aus Kanada, Großbritannien, Australien, Schweden und den Niederlanden ein.

Aspekte einer adäquaten medizinischen Betreuung und Behandlung

Ich möchte meine folgenden Ausführungen als Denkanstöße für den Umgang und die Behandlung verstümmelter Patientinnen verstanden wissen und erhebe keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

1. Allgemeines: Grundvoraussetzungen für ein Gespräch Informiert und aufmerksam sein

Informiert und aufmerksam zu sein, ist eine wichtige Grundvoraussetzung für den Umgang mit genitalverstümmelten Patientinnen. Nur wenn man über FGM und ihre gesundheitlichen Konsequenzen informiert ist, kann man die Beschwerden einer Patientin auch in Zusammenhang mit einer Verstümmelung bringen.

Wer denkt beispielsweise bei einem Niereninfekt, verschiedenen abdominalen Schmerzen, Inkontinenz, Eheproblemen, schmerzhafter Regelblutung, sexuellen Problemen, Urintraktinfektionen an eine Verstümmelung als Ursache.

Aktive Präventionsarbeit setzt ebenso fundierte Informationen voraus. Ein Gespräch zur Verhinderung der eventuell geplanten Verstümmelung einer Tochter kann nur erfolgreich sein bzw. zum Nachdenken anregen, wenn die soziokulturellen Hintergründe der Praktik bekannt sind und man somit auf gängige Abwehrreaktionen vorbereitet ist (zu diesem Punkt später mehr). Information vermeidet auch die bloße Verdächtigung zur oder Annahme einer Verstümmelung aufgrund der Hautfarbe oder Staatsbürgerschaft.

Sensibel sein

Die genitale Verstümmelung ist ein sehr sensibles Thema und genauso sollte sie auch behandelt werden. Ein wichtiger Punkt ist dabei die Verwendung der richtigen Terminologie. Eine Bezeichnung als *weibliche Genitalverstümmelung* mag aus feministischer Sicht richtig und in einer Veranstaltung wie dieser angemessen sein, im Gespräch mit betroffenen Frauen wird sie jedoch meist als abwertend empfunden. Die Benutzung der Begriffe *Beschneidung* oder *weibliche Beschneidung* werden hier zutreffender sein, um bei der Betroffenen nicht sofort eine Abwehrhaltung hervorzurufen.

Sensibilität bedeutet auch Sensibilität bei einer Untersuchung. Dazu gehört, dass im Zentrum einer jeden Behandlung immer die Patientin (z.B. als werdende Mutter oder als Patientin mit einem speziellen gesundheitlichen Problem) steht und nicht die verstümmelte Patientin (es sei denn, sie kommt genau deshalb). Ihre baldige Mutterschaft oder das gesundheitliche Problem sollten im Zentrum stehen, wie es auch bei anderen Frauen der Fall ist. Die vorliegende Verstümmelung findet Eingang in die medizinische Behandlung und Beratung, steht jedoch nicht in deren Vordergrund.

Einige Frauen verstehen den Fokus auf ihre Genitalien nicht und empfinden ihn als sehr aufdringlich und unangenehm. Für Migrantinnen beispielsweise stehen Bereiche wie Anpassung an eine fremde Kultur, Sprache, Erfahrungen mit Marginalisation und Rassismus an erster Stelle, nicht aber ihre „Beschneidung“, die viele Jahre zurückliegt und die sie oft auch als völlig normal empfinden.

Betroffene Frauen sollten nicht vorgeführt werden. Es bedarf unbedingt der vorherigen Zustimmung der Frau, wenn zu einer Untersuchung weiteres Personal oder StudentInnen hinzugezogen werden. Einige Frauen werden es darüber hinaus als nicht sensibel empfinden, sich vor einem Mann entblößen zu müssen oder gar von ihm untersucht zu werden.

In Australien konsultierten ÄrztInnen häufig andere KollegInnen, weil sie mit der Praxis nicht vertraut waren. Sie baten also Fremde, zu kommen. Diese Erfahrung beschrieben die Frauen, für die Privatsphäre und Zurückhaltung von großer Bedeutung sind, als sehr traumatisierend. Oft waren sie vorher nicht um Erlaubnis gefragt worden. Auch in Kanada ergab eine Studie über die Geburtserfahrungen somalischer Frauen, dass 42,6% des betreuenden Personals nach KollegInnen riefen, um sich das anzusehen und nur 11,1% dafür vorher um Erlaubnis baten.

Nicht überheblich sein, Gefühle kontrollieren

Ein integraler Bestandteil einer sensiblen Kommunikation ist es auch, nicht überheblich, anmaßend oder verurteilend zu sein, wenn das Thema FGM besprochen wird. Damit ist niemandem gedient. Die genitale Verstümmelung geht ganz klar auf Kosten der Frauen, allerdings tut dies Herablassung auch.

Gefühle wie Zorn, Wut, Entrüstung, Schmerz oder Empörung von Seiten des medizinischen Personals über das, was der Patientin angetan wurde, werden die meisten Frauen nicht verstehen. In ihren Heimatländern ist es normal, einer „Beschneidung“ unterzogen zu werden und sie sind damit ihr ganzes bisheriges Leben aufgewachsen. Noch weniger werden sie Ekel beim Anblick ihrer Genitalien nachvollziehen können, da sie ihre physische Erscheinung als Teil ihres Ichs und normal empfinden. Solche Reaktionen sollten Sie kontrollieren, denn sie sind gegenüber den Frauen fehl am Platz und nicht professionell. Schnell fühlen sich die Frauen zum Objekt degradiert.

Die von mir bereits zitierte Studie aus Kanada über die Geburtserfahrungen somalischer Frauen deckte auch in diesem Bereich erhebliche Mängel in bezug auf Qualität und Sensibilität der geleisteten Betreuung während der Schwangerschaft und der Geburt auf: 83% der Frauen erfuhren verletzendende Kommentare vom verantwortlichen Personal, 50% der Ärzte drückten verbal Überraschung über die Verstümmelung aus, 70,4% drückten non-verbale Überraschung aus, 40,7% reagierten mit Entrüstung und Ekel. Die Patientinnen gaben an, sich zum Objekt degradiert gefühlt zu haben. Dies verdeutlicht warum es überaus wichtig ist, bei einem sicher schockierenden Anblick einer Verstümmelung die Fassung zu bewahren. / Ratlose und schockierte Reaktionen auf den Anblick genitalverstümmelter Patientinnen kommentierte eine Afrikanerin wie folgt: „Sie sollten wissen, wie ich aussehe, und mich nicht fragen, ob ich einen Autounfall hatte. Sie sollten wissen, daß es für mich normal ist, wie ich aussehe.“ / Eine beschnittene Kenianerin sah bei einem Krankenhausaufenthalt in der Hauptstadt zum ersten Mal normale weibliche Genitalien. Ihr Kommentar: „Das sieht ja aus, wie bei einer Kuh.“

Sich Zeit nehmen

Das Thema der genitalen Verstümmelung ist hoch tabuisiert. In vielen Gesellschaften spricht man darüber nicht. Ein Bruch dieser Regel wird mit sozialer Ächtung bestraft. FGM gehört außerdem zu den Themen, die mit Sexualität zusammenhängen: ein weiteres Tabu. Um diese Tabus zu brechen, sollte zwischen medizinischer/m BetreuerIn und Patientin eine respekt- und vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden. Dafür ist viel Zeit nötig, möglicherweise viele Konsultationen. Diese Zeit sollten Sie sich allerdings unbedingt nehmen. Später kann diese Beziehung Diskussionen erleichtern sowie deren Verlauf und Ergebnis unter Umständen positiv beeinflussen.

Auf Gegenargumente kompetent und überzeugend reagieren können

Kommt letztlich ein Gespräch zustande, sollte man sich der möglichen Reaktionen und Gegenargumente auf vorgebrachte Kritik bewusst und auf sie vorbereitet sein, sich also informieren.

Einige Frauen und Männer betrachten Argumente gegen FGM als ethnozentristisch: „Sie mischen sich in etwas ein, was sie nichts angeht. Sie haben kein Recht, uns zu sagen, was wir tun sollen.“ Hier können die gesundheitlichen Komplikationen angebracht werden, die eine relativ objektive Kritik an der Praktik darstellen. Man wird Ihnen aufgrund Ihres unbestreitbaren Fachwissens sicher zumindest Respekt entgegenbringen und Ihnen zuhören. Andere mögen eine ‘doppelte Moral’ erkennen, die sich aus Phänomenen wie Piercing, Brustimplantaten etc. ergibt. Hier könnten Sie Zustimmung signalisieren, auf der anderen Seite jedoch schädliche Praktiken nennen, die bereits abgeschafft wurden. Andere solcher Gegenargumente seitens der Patientin wären: Das ist unsere Tradition. Sie verstehen unsere Kultur nicht. Die Klitoris wird ganz lang wachsen. Das ist gesund. Die Religion verlangt es. Ihre Kultur ist verdorben, sie ist besessen von Sex.

Kulturelle Differenzen in Betracht ziehen

Eine Behandlung und Betreuung sollte immer kultursensibel sein. Dies verlangt von Ihnen, sich einer Kultur zu öffnen, die sich mit ihren Überzeugungen, Anschauungen und Traditionen völlig von ihrer eigenen unterscheidet. Zu einem gewissen Grad kann Ihnen diese Öffnung mit viel Einfühlungsvermögen und Hintergrundinformationen gelingen, bestimmte Entscheidungen oder Reaktionen werden jedoch immer Unverständnis hervorrufen (z.B. Ablehnen eines Kaiserschnittes, obwohl das Kind in Gefahr ist, dazu an anderer Stelle mehr). Sie machen die Grenzen der eigenen zur anderen Kultur sichtbar. Dies bedeutet weder Versagen noch Unfähigkeit und sollte vielmehr akzeptiert werden.

Zusätzliche Punkte

Zur Verbesserung bzw. überhaupt Ermöglichung der Kommunikation kann es notwendig sein, eine Übersetzerin hinzuzuziehen. Vermeiden Sie im Gespräch medizinische Termini. Zeigen Sie Wertschätzung für die Patientin und für das, was sie durchgemacht hat, egal ob Sie mit den zum Ausdruck gebrachten Meinungen einverstanden sind oder nicht. Gehen Sie im Gespräch auf die Frau ein, greifen Sie sie niemals an oder blamieren Sie sie. Hören Sie ihr zu. Bringen Sie trotz aller Sensibilität klar zum Ausdruck, dass Sie die Praktik nicht billigen.

2. Spezielles: Genitalverstümmelung und Geburt

Einerseits ist die Genitalverstümmelung, wie bereits erwähnt, ein hoch sensibles, tabuisiertes Thema. Andererseits glauben die meisten betroffenen Frauen, dass sie keine gravierenden gesundheitlichen Komplikationen nach sich zieht, vom Schock und den Blutungen zur Zeit der Operation einmal abgesehen. Die sich ständig wiederholenden Infektionen, unter denen sie vielleicht leiden mögen, werden als normaler Bestandteil des Lebens einer Frau angesehen und nicht mit der Verstümmelung in Verbindung gebracht. Oft wird diese auch nicht als Problem für eine bevorstehende Geburt angesehen.

Aus diesen Gründen sollten Sie sich nicht wundern, wenn die Frauen von sich aus nicht über das Thema oder die Probleme, die damit verbunden sind, reden. Sie sollten aber danach fragen, denn es könnten sich schließlich daraus Komplikationen bei der Geburt ergeben. Eine sensible, aber dennoch direkte Frage könnte lauten: „Ich habe gehört, dass in Ihrem Heimatland die weibliche Beschneidung üblich ist. Sind Sie auch beschnitten?“ Wie ich bereits erwähnte, ist das Thema der genitalen Verstümmelung extrem sensibel. Viele Frauen fühlen sich deshalb sehr unwohl, wenn sie darüber sprechen sollen.

Die Befragung von drei Somalierinnen, die in den Niederlanden leben, ergab, dass bei keiner von ihnen die „Beschneidung“ während der Check-ups - weder bei GynäkologInnen noch bei der Hebamme - zur Sprache gebracht wurde. Eine Somali fand das nicht weiter schlimm, denn in ihrer Heimat sei dies auch nicht üblich (in Somalia sprechen die Menschen erst seit kurzem über *qudniin*¹). Außerdem wissen die GeburtshelferInnen, was zu tun ist, weil jede Frau beschnitten ist. Eine andere Frau fand dies allerdings besorgniserregend. Sie brachte das Thema deshalb selbst bei ihrem Gynäkologen zur Sprache. Diese Themen nicht in die Anamnese einzubeziehen, bedeutet u.a. den Frauen Informationen vorzuenthalten. Die Patientinnen zahlen also auf unterschiedlichen Ebenen den Preis dafür, dass Gesundheitspersonal aus verschiedenen Beweggründen nicht über „Beschneidung“ spricht.

Wenn die Frau tatsächlich einer genitalen Verstümmelung unterzogen wurde, sollte zunächst deren Art beurteilt werden. Frauen wissen oft nicht, wie „normale“ Genitalien aussehen oder kennen auch nicht deren normale Funktion. In diesem Fall sollten Sie die normale Anatomie sowie die Anatomie der betroffenen Frau erklären und illustrieren.

Benutzen Sie Modelle oder Bilder. Vermeiden Sie Photographien, die als Beleidigung oder Angriff aufgefasst werden könnten bzw. Anstoß erregen.

Dies ist auch ein guter Zeitpunkt, um die physischen Folgen zu beurteilen und der Patientin den Zusammenhang zwischen ihnen und der Verstümmelung sowie den potenziellen Komplikationen im Hinblick auf ihre bevorstehende Geburt zu erläutern.

Dass dieser Zusammenhang den Patientinnen wirklich oft nicht klar ist, zeigte eine Befragung betroffener in Australien lebender Frauen. Sie gaben an, dass eine Aufklärung darüber wichtig sei, wie die Tatsache, dass sie einer „Beschneidung“ unterzogen wurden, den Geburtsprozess beeinflussen kann.

Grundsätzlich sollte medizinisches Personal nicht von vornherein annehmen, dass alle betroffenen Frauen abnormal sind und gesundheitliche Folgeschäden davon getragen haben, weil sie verstümmelt worden sind. Die erlebten aus einer Verstümmelung resultierenden Komplikationen variieren auf individueller Ebene. Während einige Frauen kaum Komplikationen haben, spüren andere diese jeden Tag.

Viele der „milderen Formen“ von FGM sind rein physisch gesehen weniger offensichtlich und können deshalb während einer Untersuchung leicht übersehen werden. Frauen mögen daher auch leugnen, jemals einer solchen Praxis unterzogen worden zu sein. Doch sollte man nicht annehmen, dass diese „milderen Formen“ automatisch weniger Komplikationen zur Folge hätten. Das ist nicht notwendigerweise der Fall. Auch wenn eine Verstümmelung weniger offensichtlich ist, können die Frauen Schmerzen bei der vaginalen Untersuchung haben. Eine solche Untersuchung sollte daher grundsätzlich sensibel und sanft geschehen. Frauen könnten mit diesem Gebiet ihres Körpers Schmerz und Trauma assoziieren.

Die Somalierin Sira war bei ihrer Infibulation 10 Jahre alt. Der Eingriff wurde bei ihr ohne jegliche Betäubung vorgenommen. Sie hat heute noch Angst vor den Schmerzen. Die heute in Deutschland lebende Äthiopierin Genet erzählt: „Bei der Geburt meiner Tochter Elisabeth gab es Komplikationen. Schon Tage vor dem Geburtstermin war ich nicht mehr ich selbst. Ich wußte, ich wollte *dort* keinen Schmerz, an dieser Stelle, die eine solche Verletzung für mich bedeutete. So kam es, dass ich schließlich im Krankenhaus unter der Geburt lag, jedoch keine Wehen hatte. Ich weiß heute, dass der große psychische Druck dazu führte, dass ich sie wohl einfach nicht wollte, denn dann käme sicher der Schmerz *dort* wieder. Die Ärzte haben mich

¹ der in Somalia übliche Begriff für die Beschneidung.

dann per Kaiserschnitt entbunden.“ (Genet wurde in Äthiopien unter Totalanästhesie im Krankenhaus einer sogenannten „milderer Form“ unterzogen.)

Beim Vorliegen einer Infibulation müssen Sie darauf gefasst sein, dass eine vaginale Untersuchung für die Patientin sehr unangenehm und schmerzvoll ist. Wenn dies der Fall ist, setzen Sie die Untersuchung nicht fort. Unter Umständen können Sie die Vulva der Frau dann nur extern inspizieren (oder nur ein *pediatric speculum* benutzen). Dokumentieren Sie in diesem Fall die Ergebnisse Ihrer Untersuchungen sorgfältig, um Wiederholungen zu vermeiden und beschränken Sie die vaginalen Untersuchungen im allgemeinen auf ein Minimum.

Bei infibulierten Patientinnen müssen sie im Hinblick auf eine bevorstehende Geburt, auch wenn eine einigermaßen adäquate Öffnung für eine vaginale Entbindung vorhanden ist oder keine schlimmeren äußeren Anzeichen vorliegen, mit der Möglichkeit rechnen, dass (innerlich) abnormale Narbengewebe vorliegen, die plötzlich nachgeben und während der Wehen zerreißen. Diskutieren Sie deshalb je nach Fall vor der Geburt mit der Patientin die Möglichkeit einer Defibulation, auf jeden Fall aber die Frage der Reinfibulation.

Defibulation

Erfahrungen aus Schweden zufolge ist eine Defibulation während der Geburt zu empfehlen. Sie ist nur selten vor der Entbindung notwendig, es sei denn die Öffnung der Vulva ist extrem klein. Dies ist bei Frauen der Fall, die einer Infibulation unterzogen bzw. die bereits reinfibuliert wurden. Sie sollten zusammen mit ihrem Partner über die Vorteile und positiven Aspekte einer Öffnung informiert werden. In diesem Fall sollte die aufhebende Operation im Krankenhaus idealerweise um die 20. Schwangerschaftswoche stattfinden. Somit reduziert sich das Risiko einer Fehlgeburt und es bleibt Zeit zur Heilung. Dies empfehlen auch die Guidelines aus Australien: Sie betrachten die Durchführung der Operation bei engem Introitus während der vorgeburtlichen Periode als vorteilhaft, da dies viele Komplikationen mildere.

Wenn eine einigermaßen große Öffnung für eine vaginale Geburt besteht, aber trotzdem klar ist, dass geöffnet werden muss, sollte gemeinsam von der Frau, ihrem Ehemann und der/m GynäkologIn entschieden werden, ob dieser Eingriff bereits während der Schwangerschaft oder erst während der Geburt vorgenommen werden soll.

Grundsätzlich sollten mit infibulierten und im Genitalbereich stark vernarbten Frauen und ihren Partnern die Risiken, die sich durch dauerndes Öffnen und Schließen der Vulva ergeben, sowie die Vorteile einer öffnenden Operation diskutiert werden. Gerade bei diesen Gesprächen ist die Verwendung einer neutralen Terminologie, wie ‘schneiden’ (cutting) oder ‘Öffnung’ (opening) wichtig. Wenn die Frau dann tatsächlich einer dauernden Öffnung zustimmt, müssen die Erwartungen an diese Operation besprochen werden: wünscht sie lediglich eine partielle Öffnung, dass der Verkehr möglich ist, oder eine komplette Öffnung, so dass eine erneute Intervention während folgender Geburten beispielsweise nicht mehr nötig ist. Die Wünsche der Frau hinsichtlich der Öffnung sind zu beachten: eine zu große Öffnung kann ein soziales Desaster bedeuten.

Während einer Defibulation sollte die Frau eine adäquate Anästhesie erhalten. Bei einer inadäquaten Schmerzlinderung kann es zu traumatischen Flashbacks kommen.

Spätestens nach der Defibulation muss die Frau über das neue Körpergefühl aufgeklärt werden, so z.B. über das schnellere und lautere Entleeren der Blase (einige Frauen nahmen an, sie wären nun inkontinent), die Erleichterung bei der Menstruation und beim Geschlechtsverkehr sowie die Hygiene im Genitalbereich (kein exzessives Waschen nötig).

Reinfibulation

Die Erwartungen der Frau im Hinblick auf eine Reinfibulation sollten vor der Geburt abgeklärt werden. Dabei wird im Fall einer gewünschten Wiedervernähung eine Beratung über die Gesundheitsrisiken dieser Entscheidung notwendig sein. Wichtig ist es, eine Frau nicht einfach wieder zuzunähen, nur weil sie es so will (was ohnehin vom medizinischen und ethischen Standpunkt zu verurteilen ist). Sie sollte eine informierte Wahl treffen, Zeit zum Nachdenken haben und über die Konsequenzen einer jeden Alternative nachdenken.

Erfahrungen aus Australien zeigen, dass aufgrund von Gesprächen vor der Geburt nur wenige Paare auf einer Wiedervernähung bestanden. Suchen Sie deshalb dieses Gespräch. Einige Frauen mögen trotzdem wünschen, dass die Vulva nach der Geburt wieder auf den gleichen Grad zusammengenäht wird. Dies stellt ein Gesundheitsrisiko dar, sollte als illegal angesehen werden und ist unethisch, unprofessionell sowie unmoralisch. Oft scheint es jedoch Frauen nach der Geburt auch darum zu gehen, wieder 'sauber' zu sein: sauber hier im Sinne von einem ordentlichen Nähen der Episiotomien im Vulvagebiet. Das Aussehen der Genitalien nach der Geburt kann für die Frauen sehr wichtig sein, weshalb man hier sorgfältig arbeiten sollte. Finden Sie die Wünsche der Frau heraus und respektieren Sie sie.

Machen Sie sich klar, dass der Ehemann eine wichtige Rolle bei der Entscheidungsfindung spielen kann.

Erfahrungen aus den Niederlanden (hier ging es wohl eher um das saubere Nähen der Episiotomien) und Schweden gaben an, dass es selten sei, dass Frauen nach einer Entbindung eine Reinfibulation wünschen. Dieser Aussage widerspricht eine Studie aus Kanada. Dort wollten fast die Hälfte der interviewten Frauen reinfibuliert werden (48,1%). Bei fast zwei Drittel des Samples (63%) waren es die Ehemänner, die eine Reinfibulation für ihre Frauen forderten.

3. Fragen, die rund um die Geburt wichtig sind

Kennt das Paar/die Patientin das deutsche Gesundheitssystem?

Es kann sein, dass ein Paar zum ersten Mal in Kontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem kommt und daher nicht weiß, wie dieses funktioniert. Es braucht also u.U. Erklärungen und Informationen über die Art der Betreuung in diesem System.

Beispiel aus den Niederlanden: Die Strukturen der somalischen und der niederländischen Gesellschaft sind sehr unterschiedlich, auch sind die Gesundheitssektoren beider Länder komplett anders organisiert. HausärztInnen, Krankenkassen, Mütterberatung, all dies sind unbekannte Institutionen in Somalia, dort ist es die traditionelle Gesellschaft, in der die Familie den bedeutendsten Platz in einem System der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung einnimmt.

Welche Erwartungen hat die Patientin an unser Gesundheitssystem?

Die Patientin mag z.B. aufgrund der geringen Kinder- und Müttersterblichkeit hohe Erwartungen an unser System haben. Allerdings werden diese oft enttäuscht, da sich die Art des Gebärens in westlichen Ländern oft sehr gravierend von dem unterscheidet, was die Frauen von zu Hause kennen (Beispiele im Folgenden). Reden Sie darüber.

Weiß sie, dass in westlichen Ländern oft mehr vorgeburtliche Untersuchungen vorgenommen werden?

Manche Frauen verstehen die Gründe für sehr häufige, sich wiederholende vorgeburtliche Untersuchungen und Tests sowie die sehr medizinische Herangehensweise an eine Geburt (was ihrem Verständnis von der Geburt als pur natürlichem Ereignis widersprechen kann) nicht oder schenken dem wenig Beachtung. Erklären Sie deshalb einfach den Grund für Untersuchungen und Vorgehensweisen.

In einer Studie aus den Niederlanden bemerkte eine Somalierin: „In der letzten Phase meiner Schwangerschaft musste ich jede Woche kommen. Ich fand das etwas übertrieben und es beunruhigte mich auch.“

Welche Erwartungen hat sie an die Geburt?

Nehmen Sie sich die Zeit, um die Erwartungen der Frau in Bezug auf die Geburt abzuklären und zu verstehen. Es ist eine Tatsache, dass die Wünsche genitalverstümelter Patientinnen für die Geburt denen anderer Frauen sehr ähnlich sind. Selbst Frauen, die infibuliert sind, wünschen eine normale Geburt und erwarten in den meisten Fällen nicht, dass eine Infibulation die Geburt schwieriger macht. Reden Sie darüber. Wenn es zu Komplikationen kommen kann, ist es wichtig, diese vorher durchgesprochen zu haben.

Die meisten Ärzte in der kanadischen Studie hatten mit den Frauen nicht über Pläne und die verschiedenen Möglichkeiten der Geburt (77,8%) wie auch über einen möglichen Kaiserschnitt (74,1%) geredet.

Wird eventuell ein Kaiserschnitt nötig sein?

Wenn ein Kaiserschnitt nötig sein sollte, ziehen Sie das sehr unterschiedliche Verständnis von einem Kaiserschnitt in Afrika in Betracht. In den Heimatländern der Frauen sind die Raten der Kaiserschnitte oft sehr viel niedriger als bei uns. Viele Frauen lehnen aus verschiedenen Gründen einen Kaiserschnitt ab. Die kulturell und/oder sozial gefärbte Entscheidung einer Frau gegen einen Kaiserschnitt sollte, wenn sie medizinisch vertretbar ist, grundsätzlich akzeptiert und respektiert werden. In den meisten Fällen wird die Patientin sicher die Gründe für einen Kaiserschnitt verstehen, nicht aber die Vornahme eines Kaiserschnitts, weil man sich vielleicht eine „normale“ Geburt mit ihr nicht zutraut. Durch eine vertrauensvolle Beziehung können viele Probleme gelöst werden.

In Australien gibt es zum Beispiel in einigen *communities* die Annahme, dass australische Hebammen nicht in der Lage wären, bei verstümmelten Frauen eine normale Geburt durchzuführen und sie deshalb einen Kaiserschnitt vornähmen. Auch sei ein Kaiserschnitt bei betroffenen Frauen sehr viel einfacher und bequemer durchzuführen (aktuelle Daten bestätigen dies nicht). // Einige Gründe für ein unterschiedliches Verständnis des Kaiserschnittes: Es kann zum Beispiel sein, dass eine Sectio eine Bedrohung des Status als Frau darstellt. Eine Frau schämt sich vielleicht dafür, dass sie die Entbindung nicht „selbst gemacht“ hat, denn ein Kaiserschnitt hat nicht den Status einer natürlichen Geburt. Für manche Frauen ist es ein enormer Schock, wenn ein Kind nur mittels Kaiserschnitt zur Welt kommen kann. // Oftmals wird ein Kaiserschnitt in den jeweiligen Ländern nur als letzter Ausweg durchgeführt (nicht weil eine Reihe von medizinischen Indikationen vorliegen) und nur, wenn das Leben der Mutter gefährdet ist (von einer Assoziation zwischen Kaiserschnitt und Sterben wird z.B. in der niederländischen Studie berichtet, nach Aussage australischer Studien denken viele Frauen beim Vorschlag eines Kaiserschnitts sofort an eine Gefahr für ihr eigenes Leben). Eine Ablehnung einer Sectio trotz des Faktes, dass das Kind in Gefahr ist, mag uns unverständlich sein, kann daher aber vorkommen. // Die Einstellung der Frauen zum Kaiserschnitt zeigt sich deutlich in der kanadischen Studie. Hier hätten fast ohne Ausnahme alle Frauen eine normale Geburt ohne Kaiserschnitt bevorzugt. Da aber 74,1% des medizinischen Personals mit ihren somalischen

Patientinnen nicht über einen möglichen Kaiserschnitt geredet hatten, wurde die Geburt allzu oft hin zum Kaiserschnitt betrieben, häufig mit Totalanästhesie (46,3%). Die Frauen waren damit sehr unzufrieden. // Bei noch komplett infibulierten Frauen sollte man bedenken, was passiert, wenn die Frau später, immer noch total vernäht, in ihr Heimatland zurückkehrt und dort u.U. ohne medizinische Hilfe gebären muss: die kleine Öffnung kann sie und das Kind töten (Dr. Sabine Müller, Fortbildung 13.11.00).

Hat sie schon einmal ein Kind in Deutschland geboren?

Wie sind ihre Erwartungen hinsichtlich der Betreuung vor/während/nach der Geburt. Reden Sie mit ihr darüber, wie sie frühere Geburten erlebt hat. Wie wird die Geburt hier verlaufen?

Vor der Geburt: Eine Somalierin berichtete, sie hätte eine unglaublich merkwürdige Erfahrung gemacht, die zu Hause nie so möglich gewesen wäre. Nachdem sie von ihrem Mann ins Krankenhaus gebracht worden war, war sie allein im Entbindungszimmer. Der Arzt kam vorbei, merkte an, es sei noch zwei, drei Stunden Zeit und ging wieder. In Somalia ließe man nicht einfach eine Frau für Stunden allein im Entbindungszimmer. // **Während der Geburt:** Erfahrungen zweier Patientinnen aus Somalia: Sie konnten die Anweisungen nicht verstehen, ebensowenig die Reaktionen ihres Umfelds. Sira beispielsweise wartete auf die Schnitte, die in Somalia vorgenommen werden, wenn das Kind kommt. Sie wartete vergebens, hier (Niederlande) schnitten sie nicht: „Sie sagten ‘pressen, pressen, pressen’, aber ich wartete auf die Schnitte, denn ich war noch geschlossen. Es dauerte sehr lange und ich litt sehr unter den Schmerzen. Jetzt weiß ich, dass es hier wirklich langsam geht ‘pressen, atmen, einen Moment warten’, sehr sorgfältig.“ / Weibliche Familienangehörige und die Mutter sind in Somalia immer unter der Geburt anwesend. Sie massieren den Bauch, stützen den Rücken der Gebärenden und hören damit nicht eher auf, bis das Kind geboren ist. Die Unterstützung und Betreuung in den Niederlanden durch GeburtshelferInnen ist sehr verschieden. Eine Somalierin erzählt: „*Es ist so, als ob du die Entbindung hier selbst machen musst. Niemand fasst dich an. Du liegst in einem Bett, du hörst das Tick, Tick der Maschine neben dir. Eine Krankenschwester kommt, guckt, schreibt etwas auf und geht wieder.*“ / Die kanadische Studie berichtete, dass 90,7% der Krankenschwestern die somalischen Patientinnen als faul und widerwillig zu einer Kooperation ansahen (könnte man unter Umständen in den Zusammenhang der nicht verstandenen Anweisungen einordnen, A.d.V.) // **Nach der Geburt:** Eine Somalierin fand die Atmosphäre auf der Mütterstation sehr distanziert. In Somalia gibt es keine Besuchszeiten, jeder kommt einfach vorbei und bewundert das Baby. In den Niederlanden bekommt man Karten. Das Baby schläft zudem in einem separaten Raum. „Ich war auch wirklich überrascht als sie das Baby für mich wuschen, für mich. Das war nicht nötig.“

Anwesenheit des Ehemannes bei der Geburt

Der Ehemann ist in Afrika meist nicht bei den Geburten anwesend.

Somalis: Manchmal vermissten Frauen die weiblichen Verwandten und griffen sozusagen aus der Not zum Mann, der häufig überfordert war und nicht wusste, was man von ihm erwartete. // Die Studie aus Kanada zeigt, dass der Fakt, dass es in Kanada üblich ist, den Ehemann während der Wehen und auch während der Entbindung dabei zu haben, den somalischen Frauen sozusagen aufoktroziert wurde. Bei 44,4% der Frauen war der Ehemann bei den Wehen dabei, bei 35% während der Entbindung. In nur 11,1% im Falle der Wehen und 7,4% im Falle der Entbindung war es der eigene Wunsch der Frauen gewesen. Hätte man dieses Thema ganz den eigenen Präferenzen der Frauen überlassen, hätten nur 3,7% der Frauen das Beisein des Mannes bei den Wehen gewünscht und keine einzige während der Entbindung selbst.

4. Einige weitere Fragen sollten in Betracht gezogen werden:

Die Frage der Schmerzempfindung:

Die Frauen haben in der Mehrzahl sehr viel schmerzhaftere Geburten als „normale“ Frauen und auch nach der Geburt erleiden betroffene Frauen oft mehr Schmerz. Die Bitte der Frau nach einer Schmerzlinderung sollte deshalb respektiert werden.

Laut der kanadischen Studie hatten 61,1% des betreuenden Personals mit den somalischen Frauen nicht über einen Umgang mit dem Schmerz vor der Entbindung und 66,7% nicht über einen Umgang mit dem Schmerz danach gesprochen. Viele Krankenschwestern erschienen unsensibel hinsichtlich der Schmerzen nach der Entbindung (50%) und einige waren sich nicht darüber im klaren, dass verstümmelte Frauen mehr Schmerzen nach einer Entbindung erleiden (22,2%).

Die Frage von kulturellen Tabus:

Sie sollten sich bewusst machen, dass bestimmte Arten von Episiotomien und Risse unter Umständen Tabu sind. Einige Methoden, die z.B. mit der Berührung der äußeren Genitalien verbunden sind, können aus religiösen oder kulturellen Gründen unangemessen sein. Auch das auf-den-Bauch-Legen eines frisch geborenen Kindes, kann tabuisiert sein, wenn nach der Religion das Menstruationsblut unrein ist.

Studie Niederlande: Die Somalierin Sira konnte schließlich das ungewaschene Baby auf ihrem Bauch akzeptieren, auch wenn nach ihrer Religion Menstruationsblut unrein ist. Für Jara und Fatima hatte das Entbindungsblut nichts unreines.

Die Frage eines zu jungen Personals:

Einige Frauen haben Angst vor zu jungem Personal, weil sie deren Fähigkeiten nicht trauen.

Studie Niederlande: Die Somalierin Sira war überrascht über die jungen holländischen Assistentinnen. Sie zweifelte an deren Fähigkeiten und Erfahrungen, was sie sich sehr unbehaglich fühlen ließ. In Somalia sind die Geburtshelferinnen immer höheren Alters. Nach der kanadischen Studie schätzten die meisten Frauen (68,5%) das für sie zuständige medizinische Personal als nicht kompetent ein (könnte u. U. sein, weil das Personal zu jung war, offensichtlicher scheint jedoch, dass das Personal aufgrund der unsensiblen Behandlung und Betreuung als inkompetent empfunden wurde, A.d.V.).

Fragen nach der Geburt:

Stellen Sie eine angemessene nachgeburtliche Betreuung sicher, eingeschlossen Mütter- und Kindergesundheit. Frauen mögen eventuell Unterstützung und Rat brauchen: bei der Verarbeitung der physischen und psychischen Komplikationen resultierend aus der FGM und der Defibulation oder auch bei der Versorgung vaginaler Wunden etc. Auch Inkontinenz kann ein Thema nach der Geburt sein, je nach dem wie diese verlief. Ein nachgeburtlicher Check sollte angeboten werden. Spezielle Betreuung wird nötig sein, um z.B. Methoden der Kontrazeption zu diskutieren und dazu zu beraten. Ist das Kind ein Mädchen, sollte man die Gelegenheit nutzen und sich Zeit nehmen, um das Thema FGM im Hinblick auf die Tochter zu diskutieren.

Quellen:

Australien:

Female genital mutilation. Information for Australian health professionals, Published by The **Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists**, www.racog.edu.au/, 14.07.00, 14.15 Uhr

Niederlande:

Nienhuis, G. (Pharos Foundation, refugee Healthcare Center, Utrecht, The Netherlands), 1998: Somali women tell: It's like you have to do the delivery here by yourself (translation of Somalische vrouwen aan woord: 'het is alsof je de bevalling hier alleen moet doen'. In: Tijdschrift voor Verloskundigen, maart 1998)

Kanada:

Chalmers, B. (Centre for Research in Women's Health, University of Toronto, Canada), 1998: What is the role of who in FGM in Europe. In: Materialien der *Second Conference on Female Genital Mutilation in Europe*, 1-3 July 1998, Gothenborg (unveröffentlicht)

Schweden:

Guidelines aus Schweden, 1998: für den Umgang mit genitalverstümmelten Frauen in der (pränatalen) Betreuung, für die gynäkologische Untersuchung genitalverstümmelter Frauen, für Allgemeinärzte. In: Materialien der *Second Conference on Female Genital Mutilation in Europe*, 1-3 July 1998, Gothenborg (unveröffentlicht)

Johansson, W., 1998: Klinische Fragen und Fragen der Rehabilitation. In: Materialien der *Second Conference on Female Genital Mutilation in Europe*, 1-3 July 1998, Gothenborg (unveröffentlicht)

Großbritannien:

The Royal College of Midwives, Position Paper, Number 21, June 1998, Female Genital Mutilation (Female Circumcision)

Adamson, F.: FORWARD, GB, Female Genital Mutilation. A counselling Guide for Professionals

Deutschland:

Richter, G.: „Ich habe viel zu lange geschwiegen!“ (Interview mit Genet Nerayo). In: TERRE DES FEMMES-Zeitschrift "Menschenrechte für die Frau", 3/01, S. 12-13.