

Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie

SCHWERPUNKT

Die anatomische Rekonstruktion nach weiblicher Genitalbeschneidung (FGM/C)

Dan mon O'Dey

Weit verbreitet und mit weit reichenden Folgen

Die rituelle weibliche Genitalverstümmelung oder -beschneidung (kurz FGM/C für englisch Female Genital Mutilation/Cutting) ist weit verbreitet. Sie betrifft Abermillionen Mädchen und Frauen und ist in einigen afrikanischen und arabischen Kulturkreisen tief verwurzelt. Häufig gilt sie als Grundvoraussetzung für die soziale und wirtschaftliche Integration von Mädchen und Frauen. Die Abwendung von FGM/C ist daher keine einfache Aufgabe und erfordert ein komplexes Ineinandergreifen von Aufklärung, Prävention und Therapie. In diesem Zusammenhang ist die Interaktion diverser medi-

ziner Fachdisziplinen, humanitärer Organisationen und Behörden unabdingbar.

Von FGM/C betroffene Mädchen und Frauen leiden unter vulvo-vaginalen Funktionsverlusten und Störungen, genitalen Deformierungen, Fisteln, Narben- und Neuromschmerzen. Hinzu kommen regional übergreifende Störungen wie Abflussbehinderungen von Urin und Menstruationsblut, aufsteigende Infektionen, organisch unerfülltes Sexualleben, mechanisch bedingte Gewebeerreißung bei Geschlechtsverkehr oder Geburten und schließlich psychische Belastungen.

Alle diese Faktoren beeinträchtigen die Sexualität, das Körperbild, die Körperfunktion und damit das psychophysische Gleichgewicht. Die Sexualität ist ein Kernthema im Rahmen von FGM/C. Sie steht in direktem Zusammenhang mit einer gesunden genitalen Form und Funktion, hängt aber auch von einer ungestörten Selbstwahrnehmung ab, welche wiederum aus einer als „normal“ empfundenen Form und Funktion resultiert. Rekonstruktive Operationstechniken werden daher häufig an ihrem Potential bemessen, in wie weit sie diese „Normalität“ erreichen können^{2, 3}.



SCHWERPUNKT –

WEIBLICHE GENITALBESCHNEIDUNG (UPDATE)

- Die anatomische Rekonstruktion nach weiblicher Genitalbeschneidung (FGM/C) Seite 1
- Weibliche Genitalverstümmelung – Formen, Folgen, Prävention und Beratung Seite 4

AKTUELLE INFORMATIONEN

ab Seite 10

- Internationale Studien zu FGM, In der gynäkologischen Praxis,
- Vereinte Nationen zu FGM,
- Empirische Studie zu FGM in Deutschland ...

Typen von FGM/C

Gründe für FGM/C bestehen in kulturellen, traditionellen, wirtschaftlichen, aber auch schönheitsideellen Zusammenhängen. Die rituelle Genitalbeschneidung von Mädchen und Frauen umfasst dabei alle Verfahren, die aus nicht medizinischer Indikation heraus eine anteilige oder komplette Entfernung des äußeren weiblichen Genitals, dessen Verletzung und daraus folgende Form- und Funktionsveränderungen bedingen. Die gängigste Einteilung erfolgt gemäß der World Health Organization (WHO) vier Typen, welche sich wiederum in Subtypen aufteilen¹:

Typ I: Anteilige oder komplette Entfernung der äußeren Klitoris (Glans clitoridis) und/oder der Klitorisvorhaut (Präputium clitoridis)

Typ Ia: Entfernung der Klitorisvorhaut

Typ Ib: Entfernung der äußeren Klitoris und der Klitorisvorhaut

Typ II: Partielle oder komplette Entfernung der äußeren Klitoris und der inneren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der äußeren Schamlippen (Exzision)

Typ IIa: Entfernung der inneren Schamlippen

Typ IIb: Partielle oder komplette Entfernung der äußeren Klitoris und der inneren Schamlippen

Typ IIc: Partielle oder komplette Entfernung der äußeren Klitoris, der inneren und der äußeren Schamlippen.

Typ III: Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses durch das Entfernen und Zusammenheften oder -nähen der inneren und/oder äußeren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der äußeren Klitoris (Infibulation)

Typ IIIa: Entfernen und Zusammennähen der inneren Schamlippen

Typ IIIb: Entfernen und Zusammennähen der äußeren Schamlippen

Typ IV: Alle anderen schädigenden Eingriffe, welche die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen.

Typ III nach WHO spiegelt die organisch gravierendste Form der rituellen weiblichen Genitalbeschneidung wider und umfasst die Amputation der Glans clitoridis, anteilig der Corpora clitoridis, des Präputium clitoridis, der inneren und anteilig äußeren Schamlippen. Daraus folgt neben dem komplexen, auch klitoralen Funktionsverlust meist ebenfalls eine dramatische Verkleinerung des Scheideneingangs. Die Rekonstruktion bei Typ III ist daher eine kurative und medizinisch indizierte Maßnahme, die sich nach der Radikalität der Genitalbeschneidung richtet.

Bei massiven Amputationsbefunden der Vulva, wie insbesondere bei Typ III, werden komplexe Form- und Funktionsrekonstruktionen nötig, um eine anatomische Normalisierung zu erreichen. Dazu gehört die Wiedereröffnung und gewebezuführende Neuformung der Vulva (Regio labiales) und des Scheideneingangs (Introitus vaginae), die Bergung und Narbenbefreiung des meist auf Höhe der Corpora clitoridis lokalisierten Klitorisstumpfes, die mikrochirurgische Rekonstruktion und Neuformung einer Klitoris Spitze (Glans clitoridis), sowie die Einbettung letzterer in eine ebenfalls neu zu formende klitorale Vorhaut (Präputium clitoridis). Diese rekonstruktiven Operationen sind zwar komplex, ermöglichen den betroffenen Mädchen und Frauen aber eine weitgehende anatomische Wiederherstellung und damit Wiedererlangung von Form und Funktion ihres äußeren Genitals.

Patientinnen und Indikation

In Europa stehen von FGM/C betroffene Patientinnen häufig im Immigrationszusammenhang afrikanischer oder arabischer Kulturkreise. Die rituelle Genitalbeschneidung wird in diesen Ländern gänzlich anders bewertet als im europäischen oder westlichen Raum. Der respektvolle Umgang mit der jeweiligen Kultur ist daher eine Grundvoraussetzung für die Kommunikation mit den Patientinnen.

Wegen der besonderen Bedeutung und Wertigkeit der Genitalregion sollte deren Rekonstruktion effektive und gleichsam spezialisierte Operations-

verfahren berücksichtigen, um den Patientinnen die größtmögliche Voraussetzung für eine anatomische Normalisierung zu bieten^{2, 3}. Letztere wird sich nicht nur physisch, sondern auch psychisch vorteilhaft auswirken. Die operative Rekonstruktion erfüllt daher alle Kriterien einer kurativen Medizin und hat nichts mit etwaig ästhetischen Indikationen zu tun. Daher ist FGM/C auch im ICD-System (International Classification of Diseases) als körperliches Leid verankert, auch wenn in Deutschland aktuell noch beantragte Einzelfallbeurteilungen über die Kostenübernahme seitens der Krankenkassen entscheiden. Für die Patientinnen beginnt nach der Rekonstruktion regelmäßig ein neues Leben, in dem sie sich wieder vollständig als Frau fühlen können. Ein überaus positiver Effekt, der sich auf viele Dinge nach innen und nach außen auswirkt. Neben der Rekonstruktion nach FGM/C ergeben sich für die im folgenden genannten Operationstechniken selbstverständlich weitere Indikationen, beispielsweise nach Verletzungen (zum Beispiel Episiotomien), Tumorerkrankungen (zum Beispiel VIN, Karzinome), Dermatosen (zum Beispiel Lichen, Pemphigus), Weichteilinfektionen (zum Beispiel Akne inversa, Klitorisabszess) und auch im Rahmen von Geschlechtsangleichungen (Transsexualität).

Ziel ist immer eine Normalisierung von Form und Funktion.

Die anatomische Vulva-Rekonstruktion

Die hier aufgeführten rekonstruktiven Operationsverfahren, wie das der aOAP-Lappenplastik, der OD-Lappenplastik oder der NMCS-Prozedur sind vom Autor speziell für die Vulva-Rekonstruktion entwickelte Techniken. Rekonstruktive Prinzipien wie „Gleiches mit Gleichem“ zu ersetzen, „ästhetische Einheiten“ zu berücksichtigen und das „Narbenbild“ zu reduzieren, werden konzeptionell ebenso einbezogen wie funktionelle Besonderheiten der Genitalregion.

Aufgrund der Gewebekomplexität des äußeren weiblichen Genitals sind für dessen Rekonstruktion eingehende Kenntnisse der speziellen Anatomie

und mikrochirurgische Fertigkeiten Grundvoraussetzungen. Die Fortschritte in der Erforschung der Gefäßarchitektur der Körperoberfläche (sogenannte Angiosomforschung) haben die möglichen rekonstruktiven Optionen auf sogenannte „Perforatorlappenplastiken“ (englisch perforator flaps) ausgeweitet. Die aOAP-Lappenplastik (anterior Obturator Artery Perforator flap) ist eine solche, gestielte „Perforatorlappenplastik“, welche über den Ramus cutaneus der Arteria obturatoria im Bereich der unteren Leistenregion, dem Sulcus genitofemoralis, mit Blut versorgt wird². Die aOAP-Lappenplastik ist gerade bei ausgeprägten Weichteildefekten der Vulva und des Introitus vaginae vielseitig einsetzbar und ermöglicht eine sehr gewebeauthentische und damit anatomisch gerechte Rekonstruktion dieser Region als ästhetische Einheit. Im Rahmen des Wundverschlusses wird die Narbe der Entnahmestelle unter Wiederherstellung des Sulcus genitofemoralis annähernd unsichtbar platziert. So ergibt sich auch im Bereich der Lappenentnahmestelle wieder ein natürliches und anatomisch gerechtes Bild.

Nach weiblicher Genitalbeschneidung Typ I-III liegt meist eine Teilamputation des Klitorisorgans auf Höhe der Corpora clitoridis vor. Nach Bergung des vernarbten Klitorisstumpfes kann dieser in der Technik des Autors – benannt als NMCS-Procedure (Neurotization and Molding of the Clitoral Stump) – mikrochirurgisch rekonstruiert werden [4]. Hierzu werden die Nn. clitoridis (Nerven der Klitoris) in die neu zu formende Klitorisspitze re-integriert. Die neu geformte Klitorisspitze wird dadurch zentral innerviert. Das Ergebnis ist eine zuverlässig gerichtete Reinnervation und damit funktionelle Rekonstruktion einer Glans clitoridis. Die OD-Lappenplastik (Omega-Domed flap)⁵ ist eine randomisiert durchblutete, lokale Lappenplastik zur Rekonstruktion des Präputium clitoridis. In Kombination mit der mikrochirurgischen Klitoris-Rekonstruktion (NMCS-procedure) komplettiert diese Technik die anatomische Wiederherstellung der Klitorisregion. Im Rahmen dieser lokalen Lappenplastik wird über die lappenspezifische Omega-förmige Schnittfüh-



rung der Klitorisstumpf geborgen und das Präputium durch Transposition der Läppchenanteile neu geformt. Das Präputium clitoridis ist – neben seiner Bedeutung für eine als normal empfundene Form dieser Region – auch ein wichtiger mechanischer Schutz für die rekonstruierte und zunächst berührungsempfindliche Glans clitoridis.

Da sich nach der Rekonstruktion ein neues Körpergefühl in Form und Funktion ergibt, ist die Nachbetreuung der Patientinnen ein wichtiges Thema. Im Rahmen von regelmäßigen Wiedervorstellungen über einen Einjahreszeitraum zählen Befundkontrollen mit Anleitungen zur Narbenpflege ebenso zur Routineberatung wie Erläuterungen zur Empfindungskapazität des Klitorisorgans oder Einschätzungen zu möglichen vaginalen Entbindungen.

Die Operationstechniken zur speziellen Vulva-Rekonstruktion (aOAP-flap, OD-flap, NMCS-procedure) leisten einen wichtigen Beitrag zur Normalisierung von Form und Funktion und tragen damit effektiv zur Überwindung der Folgen von FGM/C bei. ■

Literatur

1. *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement.* World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research 2008, 1–48
2. O'Dey DM, Bozkurt A, Pallua N (2010) *The anterior Obturator Artery Perforator (aOAP) flap: surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction.* *Gynecol Oncol.* 119:526-530
3. Höckel H, Dornhöfer N (2008) *Vulvovaginal reconstruction for neoplastic disease.* *Lancet Oncol.* 9:559-568
4. O'Dey DM (2017) *Complex reconstruction of the vulva following female genital mutilation/cutting.* *Der Urologe,* 56(10):1298-1301
5. O'Dey DM (2014) *Die rituelle Beschneidung der Klitorisregion: Anatomie und Wiederherstellung mittels Omega-Domed flap.* *Plastische Chirurgie, Kaden Verlag,* 14(1): 44–47

Priv.-Doz. Dr. med. Dan mon O'Dey, Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie, Zentrum für Rekonstruktive Chirurgie weiblicher Geschlechtsmerkmale, Evangelischer Krankenhausverein zu Aachen von 1867, Luisenhospital Aachen, Lehrkrankenhaus der RWTH, Boxgraben 99, 52064 Aachen, Telefon 241 414 2446, E-Mail: dan.odey@luisenhospital.de

SCHWERPUNKT

Weibliche Genitalverstümmelung – Formen, Folgen, Prävention und Beratung

Idah Nabateregga

Aktuellsten Angaben von UNICEF (2016)¹ zufolge sind weltweit mehr als 200 Millionen Frauen von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen. Auch in Deutschland sind Mädchen dem Risiko ausgesetzt, heimlich hierzulande oder im Ausland an ihren Genitalien verstümmelt zu werden. Laut Schätzungen leben momentan 58.000 Betroffene und 13.000 Gefährdete in Deutschland (Terre des Femmes Dunkelzifferstatistik 2017). Deshalb ist es inzwischen auch in Deutschland unerlässlich, über diese Thematik informiert zu sein. Nur durch aufmerksame und informierte Fachkräfte können betroffene Frauen wirklich unterstützt und deren Töchter vor FGM geschützt werden. Eine sensible Beratung und medizinische Behandlung einer betroffenen Frau durch informierte Fachkräfte ist ein wichtiger Schritt im Kampf gegen FGM.

Formen von FGM

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert weibliche Genitalverstümmelung (englischer Begriff „Female Genital Mutilation – FGM) als alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen

Es lassen sich folgende vier Formen von FGM unterscheiden:

Typ I: Klitoridektomie – Teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris und, in seltenen Fällen, ausschließlich die Entfernung der Klitorisvorhaut.

Typ II: Exzision – Teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris und der inneren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der äußeren Schamlippen.

Typ III: Infibulation – Verengung der vaginalen Öffnung durch die Herstellung eines bedeckenden Hautverschlusses. Dieser Hautverschluss wird durch das Entfernen der inneren oder äußeren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der äußeren Klitoris, und das anschließende Zusammenfügen der Wundränder geschaffen. Es bleibt nur eine kleine Öffnung.

Die für Typ III gebräuchliche Bezeichnung „Infibulation“ bezieht sich auf das „Verschließen“ der Vagina. Entsprechend bezeichnet der Begriff „Defibulation“ das Öffnen der verschlossenen Vaginalöffnung (zum Beispiel um Geschlechtsverkehr und Entbindung² zu ermöglichen) und der Begriff „Reinfibulation“ den Wiederverschluss (zum Beispiel nach der Geburt).

- Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet. Weltweit sind etwa 80 Prozent der genitalverstümmelten Frauen in diesem Sinne beschnitten. Zum Typ III gehören ca. 15 Prozent aller von FGM betroffenen Frauen.

Typ IV: In diese Kategorie fallen alle weiteren Praktiken, die die weiblichen Genitalien schädigen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Scheuern und Verätzen des Genitalbereichs.

Verbreitung

Die Praktik der weiblichen Genitalverstümmelung besteht vermutlich schon mehrere tausend Jahre. Die Ursprünge sind jedoch nicht klar festzumachen. Eine Annahme ist, dass weibliche Genitalverstümmelung erstmals in Ägypten praktiziert wurde und sich von dort ausbreitete. Heute wird FGM in 29 Staaten in Afrika, aber auch in einigen arabischen Ländern sowie in Südostasien praktiziert. Infolge von Zuwanderung aus Gebieten, in denen FGM verbreitet ist, wird die weibliche Genitalverstümmelung auch vermehrt in Ländern durchgeführt, in denen sie ursprünglich nicht vorkam. Dazu gehören zahlreiche Staaten Europas, die USA, Kanada und Australien. Die Verbreitung lässt

sich folglich nicht nach Staatsgrenzen, sondern nach ethnischen Gruppen bestimmen. Auch ist weibliche Genitalverstümmelung nicht auf AnhängerInnen einer bestimmten Religion beschränkt. So leben in den Gebieten, in denen FGM traditionellerweise verbreitet ist, AnimistInnen, MuslimInnen, ChristInnen, zum Teil auch JüdInnen und AnhängerInnen anderer Religionen.

Alter der Betroffenen

Die Genitalverstümmelung wird je nach Tradition entweder kurz nach der Geburt, im Kindesalter, in der Pubertät, unmittelbar vor oder nach der Eheschließung oder nach der ersten Entbindung vorgenommen. In manchen Fällen wird kurz vor der Heirat eine noch drastischere Form der Verstümmelung durchgeführt, wenn die bestehende dem zukünftigen Ehemann oder der Schwiegermutter der Frau nicht ausreichend erscheint. In zahlreichen Ethnien findet die Praxis im Rahmen von Initiationsriten statt, im Alter von zwölf bis 14 Jahren. Die Infibulation wird dagegen meist früher vorgenommen, im Alter von vier bis acht Jahren. Durchschnittlich sind die Mädchen, die eine Form von FGM erfahren, zwischen vier und zwölf Jahren alt. In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass Genitalverstümmelungen bei immer jüngeren Mädchen vorgenommen werden. Vermehrt werden Mädchen bereits im Säuglingsalter an ihren Genitalien verstümmelt. Erklärt wird dies als Reaktion auf Gesetze gegen FGM und eine gestiegene Aufklärung über das Thema unter Jugendlichen. Je jünger die betroffenen Mädchen sind, desto geringer ist ihr Kenntnisstand über FGM. Sie sind kaum in der Lage, sich einer drohenden Verstümmelung zu entziehen und gegen ihre Familie vorzugehen. Eine strafrechtliche Verfolgung wird so erschwert.

Gründe

FGM wird hauptsächlich für die Kontrolle der weiblichen Sexualität durchgeführt, da durch den Eingriff sexuell aktives Verhalten, das der Familienehre schaden könnte, reduziert werde. Darüber hinaus ist Infibulation ein konkreter Nachweis von Jungfräulichkeit. Somit kann die Beschneidung



als Mittel betrachtet werden, die voreheliche Jungfräulichkeit der Frau und ihre Treue in der Ehe sicherzustellen. Tradition wird als wichtigster Grund für diese Praxis angenommen. Weil die Beschneidung seit langer Zeit und an praktisch allen Frauen der praktizierenden Gruppe durchgeführt wird, betrachten sie die Beschneidung als festen Bestandteil der Kultur. Nicht beschnittene Mädchen riskieren, sozial ausgegrenzt zu werden. Weiterhin gelten beschnittene Genitalien in den praktizierenden Gemeinschaften als eine notwendige Voraussetzung für Heirat. Zudem wird ein höheres Brautgeld für beschnittene Mädchen und Frauen bezahlt. Die Religion und ihre Verknüpfung mit Hygiene und Reinheit ist für viele Menschen ebenfalls Anlass zur Genitalverstümmelung ihrer Töchter. So soll das Fehlen der äußeren Klitoris den Genitalbereich sauber halten und die Fruchtbarkeit erhöhen. Auch medizinische Mythen, wie dass der Kontakt mit der Klitoris tödlich sei oder zu Impotenz führe, werden als Begründung angeführt.

Um ihren Töchtern also eine gute Zukunft zu sichern, lassen Eltern die Genitalien ihrer Töchter verstümmeln. Hinzu kommt, dass in Folge der Genitalverstümmelung auftretende gesundheitliche Probleme oft nicht mit dieser in Verbindung gebracht, sondern anderweitig erklärt werden. Allerdings stellt weibliche Genitalverstümmelung einen Verstoß gegen die Menschenrechte und das Recht auf körperliche und psychische Unversehrtheit dar. Zudem verstößt sie gegen die Kinderrechtskonvention und gilt somit als Kindesmisshandlung. Dies ist vielen Familien aber nicht bewusst oder der soziale Druck auf sie ist so groß, dass sie dennoch dagegen verstoßen.

Folgen von FGM

Etwa 25 Prozent der betroffenen Mädchen und Frauen sterben entweder während der Genitalverstümmelung oder an den Folgen. Weibliche Genitalverstümmelung wird in der Regel ohne Betäubung durchgeführt, sodass die Mädchen extreme Schmerzen erleiden und nach dem Eingriff meist hochgradig traumatisiert sind. Je nach

Typ und Praktik sind verschiedene Komplikationen und Folgen verbreitet, wie zum Beispiel Blutverlust, Infektionen, Wucherungen, Fistelbildung, chronische Schmerzen, Schwierigkeiten beim Urinieren und Menstruieren, Inkontinenz, Unfruchtbarkeit und hohes Geburtsrisiko für Mutter und Kind. Zu den möglichen psychischen Folgen gehören unter anderem Angststörungen, Schlaflosigkeit, Posttraumatische Störungen, Konzentrationsschwäche, Depressionen und Traumata. Insbesondere bei infibulierten Frauen kommt es während Schwangerschaft und Geburt häufig zu Komplikationen. Durch das verkleinerte Orificium Vulvae sind bei infibulierten Frauen vaginal- und Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft meist erschwert oder unmöglich. Auch muss zur Entbindung eine Defibulation durchgeführt werden. Dies kann erneut zu starken und gefährlichen Blutungen führen, aus denen eine chronische Blutarmut (Anämie) resultieren kann. Die Defibulation und das eventuell erneute Zunähen (Reinfibulation) nach der Geburt kann außerdem retraumatisierend wirken. Auch für das Kind ist die Verzögerung bei der Geburt gefährlich, da Sauerstoffmangel entstehen kann, der im schlimmsten Fall zum Tode führt.

Medizinische Behandlung

Laut der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Stellungnahme 2013), gilt es vor allem im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam mit den Betroffenen entsprechend individuelle Lösungen bei Beschwerden, in der Schwangerschaft und bei der Geburt zu erarbeiten. Für eine adäquate Behandlung der von FGM betroffenen Patientinnen bedarf es medizinischen Personals, das über die Praktik informiert und für den Umgang mit Betroffenen sensibilisiert ist. Insbesondere infibulierte Patientinnen bedürfen der besonderen ärztlichen und psychosozialen Betreuung und Beratung.

Zu empfehlen ist eine Öffnung der Infibulation. Diese kann insbesondere bei entsprechenden Beschwerden (rezidivierenden Harnwegsinfektionen, Menstruationsstörungen), bei Sterilität

im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit zum Geschlechtsverkehr und bei Sexualstörungen (insbesondere Dyspareunie) medizinisch indiziert sein. Bei schwangeren beschnittenen Frauen mit engem Scheidenausgang kann eine erweiternde Operation bereits während der Schwangerschaft medizinisch indiziert sein, insbesondere wenn Vaginal- und Blaseninfektion während der Schwangerschaft aufgetreten sind. Unter der Geburt soll durch Öffnung der Infibulation, durch kontrollierten Dammriss oder Episiotomie eine vaginale Geburt ermöglicht werden.

Außerdem darf laut Bundesärztekammer nach der Entbindung kein Genitalverschluss in der Form vorgenommen werden, dass medizinische Probleme, wie rezidivierende Blaseninfektionen, Stau des Menstruationsblutes oder Schwierigkeiten beim Sexualverkehr zu erwarten sind. Wird trotz eingehender Aufklärung die Wiederherstellung, also die Infibulation, verlangt, muss die Ärztin/der Arzt die Behandlung ablehnen.

Prävention

Die Genitalverstümmelung bei in Deutschland lebenden Mädchen muss verhindert werden. Krankenhäuser und Praxen können bei Geburtsvorbereitungen wichtige Aufklärungsarbeit leisten, um eine spätere Genitalverstümmelung des eben geborenen Mädchens zu vermeiden.

AllgemeinärztInnen sollten keine Hemmungen haben, eine Patientin zu fragen, ob sie von FGM betroffen ist. Wichtig dabei ist jedoch, sich darüber klar zu sein, dass das Thema mit Sensibilität angesprochen werden sollte und dass die betroffenen Frauen häufig nur unzureichend oder gar nicht über ihre genitale Anatomie und den Beschneidungstyp Bescheid wissen. Es muss jede Gelegenheit genutzt werden, um präventiv vor Genitalverstümmelung zu schützen.

Bisher hat sich gezeigt, dass FGM auf vielfältige Art und Weise in die jeweiligen Gesellschaften eingebunden ist und daher nur mit ganzheitlichen Stra-

tegien Erfolge in der Beendigung der Praxis erzielt werden können. Besonders wichtig ist es, die betroffenen Communities in die Überzeugungsarbeit einzubeziehen, besonderes jene, die ein Interesse am Fortbestehen weiblicher Genitalverstümmelung haben. Dies kann nur unter Berücksichtigung des jeweiligen kulturellen Hintergrunds und unter Einbeziehung der Betroffenen geschehen. Erst Aufklärung, Enttabuisierung von Themen wie Sexualität und FGM, sowie eine breite gesellschaftliche Diskussion bilden die Basis für Veränderungen.

Weiterhin sind Gesundheitsämter, Pflegefachkräfte, PsychologInnen, KindergärtnerInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen, Fürsorge/Sozialamt, Jugendamt, Vormundschafts-/Sorgerechtsstellen, SozialarbeiterInnen und Fachkräfte anderer Bereiche im Rahmen ihrer Tätigkeiten vielfältig mit Migrationsfamilien und damit auch mit dem FGM Problem befasst. Differenzierte Kenntnis des Themas wird einerseits zu einem im Bedarfsfall verständnisvolleren, sachgerechten Umgang mit Betroffenen führen, und wird andererseits dazu beitragen, dass die FGM-Prävention durch wirksame Abschreckung und schlimmstenfalls Sanktionierung nachhaltiger greifen kann. Trotzdem gilt auch hier: Information und Aufklärung sollte immer vor Bestrafung gehen, weil Ersteres das Letztere langfristig überflüssig macht, wenngleich beides zunächst einmal sich ergänzend praktiziert werden muss.

Projekte gegen FGM:

Beispielhaft im Engagement gegen FGM ist das CHANGE Plus Projekt. Kofinanziert durch das Rights, Equality and Citizenship Programm der Europäischen Union, setzt sich Terre des Femmes zusammen mit dem Plan Stiftungszentrum in Hamburg (Plan), der Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN) in den Niederlanden, der Associação para o Planeamento da Família (APF) in Portugal, den Verbänden Équilibres & Populations (ÉquiPop) in Frankreich, der Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (AIDoS) in Italien, der Coventry University in London und dem



europaweiten Netzwerk End FGM für die Überwindung von weiblicher Genitalverstümmelung in praktizierenden Communities in der EU ein. Terre des Femmes koordiniert das zweijährige (2016 bis 2018) internationale Projekt und bildet erstmals Schlüsselpersonen als MultiplikatorInnen in Berliner Communities aus, die ausschließlich Aufklärungsarbeit in ihren Communities leisten. Mehr unter www.change.agent.eu oder www.frauenrechte.de

Außerdem besteht eine kostenlose Wissensplattform für Fachkräfte, bei der Terre des Femmes mitgewirkt hat. Die mehrsprachige Online-Plattform über FGM richtet sich an verschiedene Berufsgruppen, die mit betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen Kontakt haben. Ihr Ziel ist besserer Schutz für gefährdete Mädchen und Frauen durch Aufklärung und verbesserte Versorgung der Betroffenen. Die webbasierte Plattform ist seit September 2017 kostenlos in neun Sprachen verfügbar unter www.uefgm.org. Weiterhin bietet Terre des Femmes Fortbildungen für Fachkräfte zum Thema an: fgm@frauenrechte.de

Im Gespräch mit betroffenen Frauen und Mädchen

Folgende Tipps sind empfehlenswert, wenn Sie Gefährdete und Betroffene im Gespräch haben oder das Thema ansprechen möchten.

Gesprächsvorbereitung

- Seien Sie gut über das Thema informiert, zum Beispiel über die Situation von FGM in einer bestimmten Region
- Machen Sie sich auf Argumente gefasst, die nicht Ihrer Sichtweise entsprechen, auf die Sie aber reagieren müssen!
- Bei Sprachbarrieren organisieren Sie eine Dolmetscherin, die mit dem Thema vertraut ist
- Planen Sie genug Zeit ein
- Sorgen Sie für eine entspannte und offene Atmosphäre

Achten Sie darauf, wie Sie sich ausdrücken:

- Wortwahl: Sprechen Sie im Umgang mit Betroffenen eher von Beschneidung als von Verstümmelung.
- Vermeiden Sie pauschale Aussagen und Verallgemeinerung („In Afrika sind alle Frauen beschnitten ...“; bleiben Sie differenziert und unterscheiden Sie zum Beispiel FGM Typen, gesundheitliche Beschwerden.³

Schaffen Sie eine Vertrauensbasis:⁴

- FGM ist oft ein Tabu-Thema, es fällt Betroffenen schwer, darüber zu sprechen
- Vereinbaren Sie ein Kennenlerngespräch, bevor Sie zum Thema FGM kommen
- Fragen Sie nach der Bereitschaft, über FGM zu sprechen
- Gehen Sie sensibel mit der Betroffenen um und akzeptieren Sie, wenn diese ein Gespräch nicht weiter führen möchte⁵

Folgende Themen können Sie ansprechen:

- Herkunft (Land und Region)
- Familienstruktur: Mit wem leben Sie zusammen?
- Welche Freiheiten und Verbote gibt es in der Familie
- Wie ist der Umgang mit Kindern, Jugendlichen oder Frauen zu Hause?
- Gibt es Gewalt in der Familie?
- Was sind positive Bräuche und Rituale in Ihrer Kultur?
- Vorhandenes Wissen über FGM?
- Ist eine Reise ins Herkunftsland geplant?
- Sind Vertrauenspersonen, FreundInnen oder Familienmitglieder beziehungsweise Unterstützung vorhanden?
- Wer in der Familie spricht sich für die Beschneidung aus?
- Lässt sich Unterstützung von einer Fachberatungsstelle (Termin-Vereinbarung und Begleitung) organisieren?
- Versichern Sie Ihrer Gesprächspartnerin, dass sie in alle Entscheidungsprozesse miteinbezogen wird
-

Zeigen Sie Respekt gegenüber der Betroffenen statt Mitleid: Ein solches Gespräch kann sehr emotional sein, deshalb

- kontrollieren Sie Ihre eigenen Gefühle
- benutzen Sie Gesprächspausen

Machen Sie Ihren Standpunkt deutlich, ohne zu verurteilen:

Falls Ihre Gesprächspartnerin eine andere Meinung hat

- verurteilen Sie ihre Kultur nicht
- seien Sie reflektiert (auch in der EU existier(t)en schädliche soziale Normen)
- klären Sie über juristische und medizinische Konsequenzen auf
- händigen Sie Informationsmaterialien und Hinweise zum Schutz von Gefährdeten aus

Was möchte die Betroffene beziehungsweise Gefährdete? Vor Gewaltsituation fliehen, psychologische Unterstützung, medizinische Versorgung, die Verbindung mit Community Netzwerken, Asylverfahren etc.? Wie kann dies erreicht werden? Terre des Femmes hat hierzu eine bundesweite Unterstützungsliste für Betroffene und Gefährdete zusammengestellt unter www.frauenrechte.de

Betroffene Mädchen und Frauen benötigen oft psychosoziale Unterstützung, Trauma-Therapie und medizinische Versorgung. Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen sowie der Beratungsstellen ist es, den von FGM betroffenen Frauen eine Betreuung zu ermöglichen, die den kulturellen Hintergrund respektiert, einfühlsam reagiert und eine individuelle Lösung des Konflikts sucht.

Sie benötigen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit: Wenn Sie einen Verdacht haben, teilen Sie diesen anderen KollegInnen mit und holen Sie eine fachliche Beratung dazu! Wenden Sie sich zum Beispiel an Fachberatungsstellen, an Kinderschutzbeauftragte, an den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) der Fachämter in der Jugend- und Familienhilfe oder an das Jugendamt.

Gehen Sie Hinweisen von LehrerInnen und ErzieherInnen nach, wenn Mädchen gefährdet sind. Signalisieren Sie, dass sich das Mädchen/die Frau jederzeit Hilfe holen kann.

Überzeugen Sie MigrantInnen in Deutschland, ihren Töchtern die Verstümmelung zu ersparen:

- Verweisen Sie an Aufklärungs- und Sensibilisierungsstellen
- Klären Sie über medizinische und juristische Konsequenzen von FGM auf
- Informieren Sie über Opferrechte, vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten, Fluchtmöglichkeiten (Kinder- und Jugendnotdienst oder Frauenhäuser) und Trauma-Therapien
- Vermitteln Sie Sicherheit im Begleitungsprozess

Endnoten

1 UNICEF 2016; <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation-and-cutting/>, aufgerufen am 15. November 2017

2 WHO Fact sheet Female Genital Mutilation. Updated 2017

3 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2013): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation)

4 ebda.

5 Bundesärztekammer (2016): „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“

Dr. Idah Nabaterega kommt ursprünglich aus Uganda und arbeitet seit 2015 bei Terre des Femmes als Referentin zu weiblicher Genitalverstümmelung. Sie besitzt einen Master in Friedens- und Konfliktforschung und promovierte über das Thema weibliche Genitalverstümmelung („Eine vergleichende Studie zur Praxis FGM und Abschaffungsmethoden in Afrika“) an der Otto von Guericke Universität Magdeburg. Sie führte empirische Forschungen in Kenia, Ghana und Ägypten durch, wo sie unter anderem umfassende Communityarbeitserfahrung gesammelt hat. Seit Jahren interessiert sie sich besonders für Frauen- und Kinderrechte. Bei Terre des Femmes kann sie sich dafür professionell einsetzen. Die Frauenrechtsorganisation hat sich zum Ziel gesetzt, dass Frauen und Mädchen überall in der Welt ein selbstständiges, gleichberechtigtes und freies Leben führen können. Mehr unter www.frauenrechte.de

WEITERE NÜTZLICHE INFORMATIONEN ZU FGM

Internationale Studien zur Korrektur von FGM/C

Im August 2017 erschienen zwei wissenschaftliche Überblicksarbeiten, die die Gründe und Folgen von chirurgischen Eingriffen nach einer FGM/C untersuchten.

Die Wissenschaftlerin Rigmor Berg vom Norwegischen Public Health Institut in Oslo hat mit ihren Kolleginnen weltweit Studien ausgewertet, in denen die Erfahrungen von Mädchen und Frauen berichtet werden, die eine chirurgische Korrektur ihrer FGM/C vornehmen ließen. Sie haben einerseits nach den Gründen für einen solchen Eingriff gefragt und andererseits untersucht, wie zufrieden die Frauen mit den Ergebnissen der Eingriffe waren.

Die Forscherinnen berichten zunächst, dass die Zahl der Frauen stetig steigt, die eine FGM/C chirurgisch korrigieren lassen. Sie berichteten außerdem, dass es eine Vielzahl verschiedener chirurgischer Verfahren gibt, die nicht nur von der Form der FGM/C abhängen.

Der Hauptgrund, aus denen Frauen eine Korrektur der FGM/C anstreben, ist therapeutischer Natur und hat das Ziel, normale Funktionsweisen der Genitalien wiederherzustellen. Hinzu kommen, so die Literaturobwohl, aber zunehmend auch drei weitere Kategorien: Ästhetik, Sexualität und Wiederherstellen der Identität („identity recovery“).

Um zu klären, ob die Frauen mit den Ergebnissen der Eingriffe zufrieden waren, wurden weltweit Berichte zu über 7.000 Frauen ausgewertet. In ihrer Überblicksanalyse fanden die Forscherinnen deutliche Anzeichen dafür, dass eine chirurgische Korrektur der häufig vorkommenden Infibulation, also eine Defibulation, vor allem für die Geburtshilfe günstig ist.

Für darüber hinausgehende Vorteile fanden sie jedoch wenig Belege. Zwar hätten die meisten Frauen nach der chirurgischen Korrektur von einem verbesserten Sexualleben berichtet, aber mehr als jede fünfte Frau (22 Prozent) erlebte nach dem Eingriff eine Verschlechterung in ihrer Sexualität. Sie empfehlen deshalb, Frauen über die möglichen Risiken der Eingriffe aufzuklären und das Wecken zu großer Erwartungen zu vermeiden.

Die Forscherinnen berichten trotz der Zunahme der korrigierenden Eingriffe auch von erheblichen Forschungslücken. Sie empfehlen, diese Lücken gerade auch in den Ländern zu schließen, in denen FGM/C praktiziert wird. Das würde die Forschung nicht nur durch um die Betroffenen-Perspektive bereichern, sondern könnte auch präventive Auswirkungen haben. Außerdem fordern sie Studien, die den Erfolg nicht-chirurgischer Maßnahmen zur Korrektur der FGM/C erforschen – wie Beckenbodentraining, Sexualberatung oder den Gebrauch von Vibratoren, um die Reaktionsfähigkeit der Genitalien zu verbessern. ■

Lesen Sie mehr

Berg, Rigmor et al: Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. In: The Journal of Sexual Medicine Volume 14, Issue 8, August 2017, Seiten 977–990. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.016>

Berg, Rigmor et al: The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. In: BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 28 August 2017; <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14839>

AKTUELLE INFORMATION

In der gynäkologischen Praxis über FGM sprechen

Bereits bei einer Umfrage von Unicef im Jahr 2005 unter deutschen Frauenärztinnen und -ärzten gaben 43 Prozent (N= 493) an, schon einmal eine von FGM/C betroffene Frau behandelt zu haben. Die Ärztin und ehemalige Leiterin des Bereichs Psychosomatische Frauenheilkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover, Mechthild Neises, geht in einem Artikel der Fachzeitschrift Gyne im Januar 2017 davon aus, dass inzwischen rund 50.000 von FGM/C betroffene Frauen in Deutschland leben, von denen viele aus dem arabischen und nordafrikanischen Raum hierher geflüchtet sind.

Sie erläutert in ihrem Beitrag, dass in den meisten Regionen Afrikas von Beschneidung gesprochen wird oder davon, ob eine Frau „offen“ oder „geschlossen“ ist, womit auch eine Wertung verbunden ist. So könne schon der Begriff „offen sein“ für eine Frau eine massive Entwertung darstellen. Im ärztlichen Kontakt mit Frauen nach FGM seien Fachkompetenz und Sensibilität gefragt, damit Betroffene nicht durch Worte oder Taten retraumatisiert oder in ihrer Würde verletzt werden: „Die von FGM betroffene Frau empfindet ihren Körper als Teil ihres Ichs und damit als „normal“. Reaktionen von Befremden oder gar Ekel beim Anblick der Genitalien können als starke Zurückweisung erlebt werden.“ Zum notwendigen Feingefühl gehört nach ihrer Auffassung auch eine angemessene Terminologie. So sei es adäquat im Gespräch mit Betroffenen von „Beschneidung“ zu sprechen, um sie mit der Wortwahl „Verstümmelung“ nicht zusätzlich zu stigmatisieren. ■

Lesen Sie mehr

<https://dgpfg.de/blog/gyne-012017-weibliche-genitalverstuemmung-gesundheitliche-folgen/>

AKTUELLE INFORMATION

Die Vereinten Nationen zur FGM/C

Die verschiedenen UN-Organisationen erläutern, warum es nicht so einfach ist, diese Menschenrechtsverletzung zu beenden. Denn dabei gehe es nicht nur um eine Praxis, sondern eher um eine Tradition, die in verschiedenen Gemeinschaften viele verschiedene Bedeutungen hat. Die UN heben hervor, dass Eltern beinahe immer das Richtige für ihre Kinder und Familien wollen.

Bereits 2008 haben die Vereinten Nationen mit einem Interagency Statement besorgt darauf hingewiesen, dass eine Medikalisierung von FGM/C keine Option ist – auch wenn argumentiert wird, dass eine medizinisch professionelle Beschneidung sicherer ist als eine traditionelle.

Auch wenn die WHO keine belastbaren Zahlen zum erhöhten Risiko einer HIV-Infektion durch FGM nennt, weist sie darauf hin, dass die Übertragungsriskien für das HI-Virus durch die Verletzung der Genitalien steigen. Gründe dafür liegen in der Tatsache, dass es infolge der FGM zu Blutungen beim Sex kommt. Nachgewiesen wurden vor allem bei FGM/C nach Typ III deutlich vermehrte Infektionen nicht nur mit HIV sondern auch mit Clostridium tetani, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Candida albicans, Trichomonas vaginalis, HSV-2, Pseudomonas pyocyanea sowie Staphylococcus aureus. ■

Lesen Sie mehr

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23315098

AKTUELLE INFORMATION

Empirische Studie zu FGM in Deutschland

In Deutschland leben knapp 50.000 Frauen, die Opfer einer Genitalverstümmelung geworden sind. Nach Schätzungen sind zwischen 1500 und 5700 Mädchen, die in Deutschland leben, davon bedroht. Das zeigt eine empirische Studie, die das Bundesfrauenministerium erstmals anlässlich des Internationalen Tages gegen weibliche Genitalverstümmelung vorgestellt hat. Die Studie ist abrufbar unter: <https://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/>

Das Integra-Netzwerk zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung setzt sich für den Schutz von in Deutschland hier lebenden Mädchen und Frauen vor FGM ein. Die Aktiven engagieren sich auch für die Abschaffung von FGM in den Herkunftsländern. Dabei ist für sie die Zusammenarbeit mit Frauen und Männern, die aus Ländern stammen, in denen FGM praktiziert wird und die sich gegen diese Praktik engagieren, ein zentraler Aspekt. Die Website listet die Mitglieder des Netzwerks auf und bietet Literaturlisten und juristische Informationen an. ■

Lesen Sie mehr

www.netzwerk-integra.de

AKTUELLE INFORMATION

Rechtliche Informationen

Weibliche Genitalverstümmelung ist nach deutschem Recht auch im Ausland strafbar (§§ 226a, 5 StGB). Um Verstöße im Ausland zu erschweren, hat die Bundesregierung im Dezember 2016 auf Initiative des Bundesfamilienministeriums eine

Änderung des Passgesetzes beschlossen. Wer mit Mädchen oder Frauen ins Ausland reisen will, um dort eine Genitalverstümmelung vornehmen zu lassen, dem droht künftig der Entzug des Passes. Die Maßnahme dient der Verhinderung sogenannter „Ferienbeschneidungen“. Hierfür reisen in Deutschland lebende Familien in den Ferien in ihre Herkunftsländer, um dort an den Mädchen eine Genitalverstümmelung durchführen zu lassen. ■

AKTUELLE INFORMATION

Europaweite Wissensplattform zu FGM

„United to END FGM“ (UEFGM) hat zum Ziel, eine europäische Wissensplattform „für Fachkräfte, die in ihrer Arbeit mit weiblicher Genitalverstümmelung in Berührung kommen“ aufzubauen. Das „Bildungsforum mit leicht zugänglichen Informationen“ soll Fachkräften helfen, Betroffene zu schützen und Prävention anzubieten. Außerdem will es das Bewusstsein bestimmter Zielgruppen zu FGM stärken und Stigmatisierung von Betroffenen in den Medien verhindern. ■

Lesen Sie mehr

<https://uefgm.org>

AKTUELLE INFORMATION

Einrichtungen und Anlaufstellen

Der in Düsseldorf ansässige Verein „**Stop Mutilation e.V.**“ berät betroffene Frauen, Fachkräfte und auch Männer, deren Frauen betroffen sind. Der Ver-

ein engagiert sich zudem in Projekten der Herkunftsländer, beispielsweise bei der Gewinnung ehemaliger Beschneiderinnen als Multiplikatorinnen gegen die weibliche Genitalverstümmelung in Somalia. Auf der Website lässt sich auch ein Info-Blatt für geflüchtete Frauen herunterladen.

www.stop-mutilation.org

Das **Desert Flower Center Waldfriede (DFC)** gehört zum Zentrum für Darm- und Beckenbodenchirurgie am Krankenhaus Waldfriede. Es wird von Chefarzt Dr. Roland Scherer geleitet. Frauen mit Genitalverstümmelung (FGM) erhalten am DFC medizinische Hilfe und psychosoziale Betreuung. Das komplette Behandlungsangebot ist für die Frauen kostenfrei. Infos unter: <https://www.dfc-waldfriede.de/das-center> ■

AKTUELLE INFORMATION

Eintreten für die Menschenrechte

Seit der Gründung der gemeinnützigen Menschenrechtsorganisation für Frauen „Terre des Femmes“ 1981 engagieren sich Vereinsmitglieder gegen weibliche Genitalverstümmelung. Dabei arbeitet die Organisation mit Betroffenen und engagierten

AktivistInnen zusammen, um diese Form der Gewalt an Mädchen und Frauen zu beenden. Seit 1997 existiert ein eigenes Referat zu FGM in der Bundesgeschäftsstelle von Terre des Femmes. Die Organisation ist das einzige deutsche Mitglied in der europaweiten Initiative UEFGM.org ■

Lesen Sie mehr

Terre des femmes: www.frauenrechte.de

AKTUELLE INFORMATION

Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

In der Schweiz informiert seit diesem Jahr eine Website in mehreren Sprachen zum FGM. Sie gibt Antworten auf Fragen wie „Ich weiß nicht, ob ich beschnitten bin und was dies bedeuten würde?“ oder „Ich habe eine beschnittene Frau geheiratet. Was bedeutet dies?“ Die Website vom „Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz“. ■

Lesen Sie mehr

www.maedchenbeschneidung.ch

Impressum

Herausgeber

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main

Redaktion

Harriet Langanke, Köln

Für namentlich gekennzeichnete Beiträge liegt die inhaltliche Verantwortung bei der Verfasserin / dem Verfasser.

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen

Erscheinungsweise: vierteljährlich
© 2017 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

