

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Oktober 2007 Nr. 3

Inhalt

| | |
|--|----|
| Impressum | 2 |
| Einleitung | 3 |
| Genitalverstümmelung – psychosoziale und kulturelle Aspekte | 3 |
| Medizinische Aspekte der Genitalverstümmelung | 7 |
| Bekämpfung von Genitalverstümmelung - Anhörung im Bundestag | 9 |
| Das Jungfernhütchen | 10 |
| Pille danach - Äquivalenzpräparate | 13 |
| IPPF-News | |
| - Schmerzkontrolle bei Schwangerschafts- abbrüchen durch Absaugung im ersten Trimenon | 15 |
| Hinweise | |
| - Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt Chlamydien-Screening für Frauen bis zum 25. Lebensjahr und vor Schwangerschafts-abbruch | 17 |
| - Studien zur Auswirkung medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche auf nachfolgende Schwangerschaften | 17 |
| amnesty international zum Schwangerschaftsabbruch in Notlagen | 18 |
| Neuerscheinung | 19 |
| Veranstaltung | 19 |

Impressum: © 2007

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Einleitung

“Even though cultural practices may appear senseless or destructive from the standpoint of others, they have meaning and fulfill a function for those who practise them. However, culture is not static; it is in constant flux, adapting and reforming. People will change their behaviour when they understand the hazards and indignity of harmful practices and when they realize that it is possible to give up harmful practices without giving up meaningful aspects of their culture.”

— Female Genital Mutilation, A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement, 1997

Von weiblicher Genitalverstümmelung, im englischen Sprachraum als Femal Genital Mutilation (FGM) bezeichnet, sind weltweit schätzungsweise 150 Millionen Mädchen und Frauen betroffen. Jedes Jahr kommen ca. 3 Millionen dazu, das bedeutet 8000 pro Tag.

Die meisten Frauen, die genital verstümmelt wurden bzw. davon bedroht sind, leben in 28 afrikanischen Ländern, FGM kommt aber auch im Mittleren Osten und Asien vor. Durch die Immigration nimmt die Zahl betroffener bzw. bedrohter Frauen auch in Europa, Australien, den USA und Kanada zu.

Der Familienplanungs-Rundbrief informiert über den aktuellen Kenntnisstand zu Verbreitung, Ursachen und Folgen von FGM und berücksichtigt dabei medizinische, soziale und gesellschaftspolitische Aspekte. Auch geht er auf die aktuelle politische Debatte zum Thema ein. Ziel sollte es sein, durch Informationen zu einem verbesserten Schutz von Frauen zu kommen und von FGM betroffene Frauen angemessen begleiten und unterstützen zu können.

Ein weiterer Beitrag befasst sich umfassend mit dem Themenbereich Jungfernhäutchen. Öffentlich kein großes Thema, aber wichtig in der Beratung und der sexualpädagogischen Arbeit. FrauenärztInnen sind mit dem Wunsch nach Untersuchung (Intaktheit) und Wiederherstellung des Jungfernhäutchens konfrontiert. Auch hier geht es um Normen, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Sexualität von Frauen haben.

Zum Thema Schwangerschaftsabbruch behandelt der FPR ein praktisches Thema, das Schmerzmanagement im ersten Schwangerschaftsdrittel, und er würdigt die schwierige und dennoch sehr wichtige Entscheidung von amnestic international, erstmalig zum Schwangerschaftsabbruch in Notlagen Stellung zu beziehen.

Genitalverstümmelung – psychosoziale und kulturelle Aspekte¹

Dr. med. Christoph Zerm

Definition

Nach der Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) sind unter FGM (female genital mutilation) zu verstehen: „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.“

Eine sorgfältige Differenzierung der Wortwahl ist im Zusammenhang mit FGM dringend anzuraten: „Beschneidung“ (engl. „cutting“, „circumcision“; frankophon: „excision“) enthält kein Urteil, ist neutral und sollte insofern im Umgang mit Betroffenen gewählt werden, die sich u.U. durch das stigmatisierende Wort „Verstümmelung“ nicht verstanden, ggf. sogar verletzt fühlen könnten. Anders verhält es sich bei der Aufklärung Nicht-Betroffener: Da wäre „Beschneidung“ ein verhängnisvoller Euphemismus. Das IAC (Inter-African Committee) hat 2005 in Bamako eine Entschließung von 1990 (Addis Abeba) nochmals bekräftigt, in Übereinstimmung mit der AU, der EU, der WHO und weiteren wichtigen internationalen Organisationen strikt an der Bezeichnung „FGM“ festzuhalten.

Historisches / Kulturelle Verwurzelung

Im Bewusstsein der Anwendenden leitet sich FGM vor allem aus Folgendem ab (die Begründungen variieren von Ethnie zu Ethnie):

¹ Dieser Beitrag enthält Texte aus dem Leitfaden der AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit Tropengynäkologie – AG FIDE e.V. Sektion der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe): Weibliche genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen. 2007 <http://www.frauenrechte.de/tdf/pdf/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>

1. Tradition („das haben unsere Vorfahren schon immer so gemacht...“; „der Wille der Ahnen wird hierdurch erfüllt...“). Es gibt Berichte über FGM aus dem pharaonischen Ägypten des dritten vorchristlichen Jahrtausends. Möglicherweise liegt hier der Ursprung dieser Praxis, die allerdings auch bei afrikanischen Völkern mit traditionellen Religionen in vorislamischer Zeit verbreitet gewesen sein soll. Im Islam war FGM ursprünglich nicht verankert, jedoch von Nachbarvölkern her bekannt. Bei der Eroberung dieser Völker mengte sich nach und nach auch FGM in das Brauchtum der entstehenden muslimischen Reiche und fand so weitere Verbreitung in deren Herrschafts- und Einflussgebieten.

2. Die meisten Anwender glauben **irrtümlich**, dass FGM den **Vorschriften der Religion** entspreche und zwar **bekennnisübergreifend** (Muslime, Christen, andere Glaubensrichtungen). Keineswegs ist FGM allein auf die islamische Welt beschränkt und wird dort auch gar nicht überall praktiziert. Bei genauerer Betrachtung lässt sich FGM durch keine schriftlich überlieferte Glaubensvorschrift, gleich welcher Religion, begründen.

3. Das magische Konzept der **Initiation**, des Überganges in die erwachsene Geschlechterrolle. Mythologisch wurde vielerorts der Mensch als ein zunächst mit männlichen und weiblichen Anteilen ausgestattetes Wesen angesehen. Der Schritt in die eindeutig nach Geschlechtern definierte Rolle des Erwachsenen wird demzufolge nur möglich durch die Entfernung der „gegengeschlechtlichen“ Attribute. Hinzu kommt möglicherweise (unbewusst) die auch von Indianervölkern bekannte Kombination von Schmerz-ertragen und Festlichkeit, ferner die allgemeine Vorbereitung auf die späteren Aufgaben im Leben.

4. Die Überzeugung, durch FGM die angeblich sonst zu sehr überbordende **Sexualität der Frauen** besser **dämpfen** zu können. Gleichzeitig sei so der Schutz der Jungfräulichkeit und vor Vergewaltigung (z.B. einsamer Hirtenmädchen) gewährleistet, ferner fördere FGM die Empfängnisfähigkeit und die allgemeine Gesundheit sowie die eheliche Treue.

Daneben gibt es eine lange Liste weiterer Argumente der Befürworter, die teils skurrile Unwissenheit, teils das Merkmal bedingungsloser männlicher Dominanz erkennen lassen. In vielen Gegenden Afrikas, in denen FGM überwiegend vorkommt, werden unbeschnittene

Frauen als Prostituierte verachtet, sie haben praktisch keine Chance, einen Ehemann zu bekommen. Stellt dieser am Hochzeitstag einen unbeschnittenen Zustand fest, wird die Braut in manchen ländlichen Gegenden mit Schande in ihr Heimatdorf zurückgetrieben, wo auch ihre Familie fortan unter Repressalien leiden muss. Ohne Ehe hat eine Frau aber in vielen Ethnien keine soziale Zukunft, keine realistische Überlebenschance. So ist es ein Akt der Fürsorge, dass vor allem die Großmütter streng auf die Einhaltung dieser Sitte achten, etwa so wie bei uns die Einschulung die Zukunft sichern hilft.

Prävalenz / Inzidenz (Vorkommen und Verbreitung)

Nach einer UNICEF-Studie von 2005 leben schätzungsweise 130 Millionen Frauen und Mädchen, deren Genitalen verstümmelt wurden. Jährlich kommen drei Millionen Mädchen dazu, das sind mehr als 8.000 Opfer täglich! Bei der steigenden Tendenz spielt auch das z. T. starke Bevölkerungswachstum in den Prävalenzländern eine Rolle.

Das Vorkommen ist von Land zu Land, manchmal sogar innerhalb eines Landes, sehr unterschiedlich, in einigen Ländern ist nur ein kleinerer Prozentsatz der weiblichen Bevölkerung betroffen, in anderen Ländern wie Sudan, Somalia, Dschibuti, Eritrea, Äthiopien, Ägypten, Mali oder Guinea 80 bis 100% aller Frauen. FGM wird in 28 afrikanischen Staaten (nicht in Nordwestafrika), in Ägypten, Jemen, Oman, Saudi-Arabien, Dubai, Vereinigte Arabische Emirate und Indonesien praktiziert.

Die Typen I und II (siehe auch S. 7) sind am weitesten verbreitet. Weltweit sind etwa 80% der genital verstümmelten Frauen in diesem Sinne beschnitten.

Zum Typ III gehören ca. 15% aller von FGM betroffenen Frauen. Es gibt jedoch Länder (bzw. Landesteile) wie Somalia, Nordsudan, Südägypten, Teile von Nordnigeria, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form der FGM unterzogen worden sind. Alteingewurzelte Traditionen halten sich erfahrungsgemäß am hartnäckigsten in ländlichen Regionen, besonders bei hohem Analphabetenanteil. In der Anonymität der größeren Städte besteht eher die Chance, diesen zwingenden Bräuchen zu entkommen. Allerdings gibt es in den letzten Jahren einige Berichte, die auch unter großstädtischen Intellektuellen, z.B. im Sudan, einen Trend zu solchen Praktiken beschreiben.

In Deutschland leben etwa 59 000 Frauen oder Mädchen aus Ländern, in denen die weibliche Genitalverstümmelung praktiziert wird. Schätzungsweise jede Zweite von ihnen ist davon betroffen oder bedroht; hinsichtlich der Gefährdeten muss mit einer beträchtlichen Dunkelziffer gerechnet werden.

Lebensalter der Opfer

Der Zeitpunkt des Rituals variiert je nach Ethnie und Überlieferung, es kann in den ersten Lebenstagen oder -wochen vorkommen, im Kleinkindalter oder vereinzelt auch in der späten Pubertät als Teil der Hochzeitsvorbereitungen. Sehr häufig ist das Alter 4 bis 8 Jahre. Manchmal hängt es auch von den finanziellen Möglichkeiten ab, zu welchem Zeitpunkt eine Beschneidung durchgeführt werden kann. Seit einiger Zeit wird in vielen Prävalenzländern eine zunehmende Verlagerung des Zeitpunktes in immer frühere Lebensabschnitte beobachtet.

Leidensbewusstsein

Auch wenn sich das körperliche und seelische Trauma tief und lebenslang in das Unterbewusstsein eingräbt, so haben die meisten Betroffenen zunächst und häufig lebenslang keine Vergleichsmöglichkeiten. Das bedeutet, dass dieser furchtbare Schmerz, dieses Trauma, für sie isoliert dasteht, ohne jeglichen Bezug zu den in diesem Heft auch beschriebenen Folgekomplikationen. Letztere werden als schicksalhaft angesehen, nicht selten als Strafe für Fehlverhalten. Erst die Information, dass Frauen auch anders leben können, ohne diese schreckliche Traumatisierung, führt zu bitterer Erkenntnis und daraus sich ergebendem Leid.

Tabuisierung / Schweigegebot

Zu Sexualität im Allgemeinen und FGM im Besonderen besteht in allen Prävalenzländern ein absolutes Schweigegebot: Über all dies spricht frau nicht, unter keinen Umständen, auch nicht mit Mutter, Schwester oder Freundin! Jede Frau und schon jedes Mädchen ist somit mit ihrem Schock, ihren Ängsten, ihrer Verzweiflung völlig allein. So wird es auch der Migrantin in Europa fast unmöglich sein, über ihre eigene Betroffenheit zu sprechen – sofern sie sich dieser überhaupt bewusst ist. Auch wenn sie sich in manchen Fällen vor allem wegen FGM oder deren Folgen zur Flucht entschlossen hat – sie wird es kaum je schaffen, dies als Fluchtmotiv zu benennen, sondern wird versuchen, andere Gründe zu finden.

Armut

Die vorherrschende Armut gerade in den Ländern des Südens führt zu einem Circulus vitiosus: Nennenswerte Bildung bleibt unerreichbar, ganz besonders für Frauen, dies verhindert Berufsausbildung und damit (verbessertes) Einkommen. Ohne Einkommen bleibt nur noch der Kampf um das Überleben, welcher alle anderen Probleme in den Hintergrund treten lässt. Not treibt zum Festhalten am Althergebrachten, für Mut zu Veränderung bleibt kein Raum. So halten Ethnien umso strikter auch an FGM als konstituierendem Element ihres soziokulturellen Gefüges fest, je ärmer sie sind. Bildung und sich entwickelnder Wohlstand bedingen sich gegenseitig und Aufklärung ist der einzig tragfähige Weg zur Überwindung von FGM.

FGM in Europa

Die seit einigen Jahren zunehmende Migrationsbewegung von Süd nach Nord hat dazu geführt, dass auch in Deutschland zunehmend Menschen aus Prävalenzländern leben. Töchter aus diesen Familien können gefährdet sein und bereits Betroffene sind unsere potentiellen Patientinnen oder Gegenüber bei anderen Anlässen des Alltags. Hier gilt es, eine ähnliche Sensibilität zu entwickeln, wie sie in der jüngeren Vergangenheit z.B. gegenüber Behinderten entstanden ist.

Unwissen über sich selbst und die Zusammenhänge

Migrantinnen mit niedrigem Bildungsniveau werden lange Zeit wenig oder nichts wissen über ihre „Andersartigkeit“ im Vergleich mit den Europäerinnen, insofern auch nichts über Zusammenhänge zwischen möglichen Gesundheitsstörungen und der erlittenen FGM. Aber auch gebildete Migrantinnen können sich in Unkenntnis darüber befinden, was wirklich mit ihnen geschah – weil es zu einem Zeitpunkt in ihrem Leben geschah, an den sie sich nicht erinnern können, oder weil sie die Zusammenhänge verdrängen. Für alle diese Varianten gilt, dass diese Betroffenen einfühlsam und behutsam behandelt und informiert werden sollten, um erneute und weitere psychische Traumatisierungen zu vermeiden. Vor allem möchte eine Betroffene sich nicht auf den (alterierten) Genitalbereich reduziert, sondern als Gesamtpersönlichkeit wahrgenommen erleben.

Traditionsbewahrung

Es ist eine bekannte Tatsache, dass Menschen, die weit weg von ihrem Ursprungsland leben, häufig viel strenger an hergebrachten Traditionen und Bräuchen festhalten, als es die im Lande Verbliebenen tun, die dem lebendigen gesellschaftlichen Entwicklungsprozess vor Ort unmittelbar ausgesetzt sind und ihn mit tragen. So ist es verständlich, wenn auch nicht zu billigen, dass Familien an der Ausübung von FGM festhalten, obwohl keine äußeren gesellschaftlichen Zwänge in ihrer Umgebung dies noch einfordern, einschließlich des Aspektes der Lebensvorsorge für die Tochter. Dennoch glauben manche Eltern, dass sie ihre in einer westlichen Gesellschaft aufwachsende Tochter durch FGM beschützen könnten.

Hier würde sich liberale Toleranz des Gastlandes in sein Gegenteil verkehren, wenn nicht klar Grenzen gesetzt und Stellung bezogen würde hinsichtlich der strafgesetzlichen und menschenrechtlichen Normen, die in der hiesigen Gesellschaft maßgeblich sind. „Kulturelle Besonderheiten“ müssen da enden, wo essentielle Grundrechte tangiert werden.

Anpassungsdruck in der Diaspora

Häufig sind die familiären Verbindungen zum Ursprungsland noch sehr intensiv, manchmal so intensiv, dass auch über weite Entfernungen hin der soziale Druck des Heimatlandes bzw. der dort verbliebenen Familienmitglieder noch ausreichend groß ist, um Traditionen wie FGM auch an die nächste Generation weiterzugeben. Ein solcher Druck kann ggf. auch innerhalb einer Migrantengemeinschaft entstehen, besonders dann, wenn es sich um eine sehr geschlossene Gesellschaft handelt, die ihre Identität in der Abschottung gegenüber der Umgebung sucht. Hier kann es für einzelne Familien erleichternd sein, wenn ihnen die deutsche Rechtslage eingehend erläutert wird und sie sich dann gruppenintern dahinter verschanzen bzw. damit entschuldigen können. Dies gilt auch z.B. für die immer wieder vorkommende „Urlaubsbeschneidung“, d.h. beim Heimaturlaub wird das Mädchen, manchmal auch gegen den Willen der Eltern, von dort lebenden Verwandten wie Großmüttern, Tanten o.ä. der Genitalverstümmelung unterzogen.

Emanzipation und Folgegenerationen

Je mehr der Anpassungs- und Emanzipationsprozess voranschreitet, zumal in der zweiten oder dritten Folgegeneration und gefördert durch Bildung und Integration, umso eher wird es dazu

kommen, dass Gefährdete Schutz suchen und Betroffene Hilfe und Unterstützung benötigen in dem Wunsch nach Korrektur und ggf. Wiederherstellung, soweit das möglich ist. Dieser Aspekt sollte zunehmend in die Förderung von Anlaufstellen und Kompetenzzentren einmünden, um dem Bedarf an Unterstützung für die Betroffenen gerecht werden zu können. Dies umfasst in gleicher Weise die kompetente psychologisch-psychotherapeutische Begleitung. FGM-Betroffene sollten ähnlich wie Opfer von Vergewaltigung oder Folter behandelt werden, deren lebenslang anhaltende Traumatisierung bekanntermaßen mit entsprechendem Begleitungsbedarf einher geht.

Psychologische Begleitung

Einige Expertinnen parallelisieren den Zustand nach FGM mit dem Zustand nach Vergewaltigung oder dem posttraumatischen Zustand von Folteropfern. Unter dieser Perspektive wird die Wichtigkeit einer psychologischen Begleitung unmittelbar deutlich. Ganz grundsätzlich beginnt das Leidensbewusstsein erst mit dem Auftauchen einer Vergleichsmöglichkeit. Dieser Moment wird bei betroffenen Migrantinnen früher oder später immer eintreten. Und üblicherweise erleben sie diesen Moment allein. Findet sich kein hilfreiches Gegenüber, so besteht die große Gefahr der sekundären Somatisierung, deren Ursache die Patientin selten selber durchschaut. Sie findet sich dann in der Sprechstunde wieder mit zu meist schwer fassbaren Beschwerden, die deswegen zuweilen noch bagatellisiert werden, so dass die Betroffene nun doppelt bestraft ist. Auch hieran zeigt sich die Notwendigkeit einer sensibilisierenden Fortbildung für Fachpersonal der verschiedensten Lebensbereiche, ebenso wie der Bedarf einer kompetenten psychologischen Begleitung. Zuwachs an Wissen und Bewusstsein von Zusammenhängen und Situationen stellt für sich bereits einen heilenden, helfenden Beitrag dar. FGM sollte jedoch nicht zu sehr isoliert als Problem eines körperlichen Verlustes angesehen werden. Betroffene möchten sich als Gesamtpersönlichkeit wahrgenommen fühlen und sich nicht „reduziert (sehen) auf ein kleines Dreieck“.

Medizinische Aspekte der Genitalverstümmelung

Helga Seyler

Formen der Genitalverstümmelung

Die WHO teilt Genitalverstümmelungen in vier Formen ein:

- Typ I: Entfernung der Vorhaut und ggf. von Teilen der Klitoris.
- Typ II: Entfernung der Klitoris, zusätzlich werden die inneren Schamlippen teilweise oder ganz entfernt.
- Typ III (Infibulation): Entfernung der Klitoris, der inneren und äußeren Schamlippen bis zur umgebenden Außenhaut. Diese wird bis auf eine kleine Öffnung für den Abfluss von Urin und Menstruationsblut vernäht.
- Typ IV: Unterschiedliche Beschneidungsformen, die nicht in die anderen Gruppen eingeordnet werden können, wie Ritzen der Klitoris oder Klitorisvorhaut, Eingriffe am Hymen, Verätzen der Scheidenhaut und ähnliches.

Meist werden die Beschneidungen nicht streng nach den Typen durchgeführt, sondern es finden sich Mischformen. In bestimmten Ländern oder Regionen überwiegen bestimmte Typen. Etwa 80% der betroffenen Frauen haben eine Beschneidung des Typ I oder II, etwa 15% eine Infibulation. Besonders in einigen ostafrikanischen Ländern (z.B. Nordsudan, Somalia, Dschibuti) wird aber weit überwiegend die Infibulation durchgeführt.

Folgen der Verstümmelung

Die Beschneidung ist ein überaus traumatisierendes Erlebnis, verbunden mit extremen Schmerzen und Angst, das oft lebenslange psychische Folgen mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach sich zieht. Auch das sexuelle Erleben kann durch die veränderte Anatomie, Vernarbungen und dadurch verursachte Schmerzen und/oder durch psychische Folgen dauerhaft beeinträchtigt sein. Die körperliche Beeinträchtigung der Fähigkeit zu sexueller Erregung ist abhängig von der Art der Verstümmelung und auch individuell unterschiedlich. Ein-

zelne Frauen beschreiben, dass sie auch Orgasmen erleben.

Die Folgen für die körperliche Gesundheit sind abhängig von der Art der Verstümmelung, den hygienischen Bedingungen und den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung bei Komplikationen.

Direkte Komplikationen sind traumatische Schocks, Blutungen und Infektionen. Auch HIV-Infektionen können durch nicht ausreichend gereinigte Instrumente übertragen werden. In einem schwer erfassbaren Umfang (hohe Dunkelziffer) sterben Mädchen an diesen Komplikationen im direkten Zusammenhang mit der Prozedur. Besonders die Infibulation führt nach der Verstümmelung zu Harnverhalt infolge der winzigen Öffnung, durch Schwellung des Gewebes im Bereich der Harnröhre und aus Angst vor den Schmerzen beim Wasserlassen. Ähnliche Probleme ergeben sich (später) bei den Monatsblutungen.

Die langfristigen gesundheitlichen Folgen hängen stark von der Art der Verstümmelung ab.

Bei Beschneidungen von Typ I und II kann es zu Schmerzen im Bereich der Narben kommen. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr können besonders auftreten, wenn sich Narben im Bereich des Scheideneingangs befinden oder diesen verengen.

Durch den Einschluss von Talg- oder Schleimdrüsen kann es zu Zystenbildungen unter der Haut im Narbenbereich kommen.

Die gesundheitlichen Folgen sind bei der Infibulation am schwerwiegendsten. Viele Frauen leiden an oft wiederkehrenden Harnwegsinfektionen oder Infektionen der Genitalorgane, wenn der Abfluss von Urin oder Menstrualblut behindert ist. Oft treten bei der Menstruation durch den behinderten Abfluss des Blutes starke Schmerzen auf. Besonders zu Beginn ist der Geschlechtsverkehr durch die narbige Verengung der Scheide meist sehr schmerzhaft und manchmal schwierig bis unmöglich. Bei manchen Frauen bleiben die Schmerzen dauerhaft bestehen. Infektionen der Genitalorgane können zu einer Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit führen.

Komplikationen bei Geburten können durch gute medizinische Betreuung weitgehend vermieden werden. Wenn diese Versorgung fehlt (was für die Mehrzahl der Betroffenen gilt), können die Narben jedoch die Geburten behindern und den Durchtritt des kindlichen Köpfchens erschweren, verzögern oder völlig verhindern. Durch eine stark verlängerte Austreibungsphase kann der

Druck des kindlichen Köpfchens das Gewebe von Scheide, Harnröhre und Darm schädigen, so dass es zu Fisteln² kommt. Wenn das Narbengewebe unkontrolliert reißt, kann es auch zu Verletzungen von Anus, Harnröhre und anderen Nachbarorganen kommen.

Medizinische Betreuung

Die meisten GynäkologInnen wissen wenig über medizinische Probleme der Genitalverstümmelung und die Behandlungsmöglichkeiten. In diesem Beitrag können die vielfältigen Probleme nur sehr kurz dargestellt werden. Ausführliche medizinische Informationen finden sich in Publikationen der WHO, die über das Internet zu bekommen sind. Speziell für die Situation in Deutschland wurde ein ausführlicher Leitfaden erstellt (WHO 2001, Zerm 2007).

Selten suchen Migrantinnen explizit wegen Problemen mit der Genitalbeschneidung ärztliche Hilfe. Meist fällt die Verstümmelung erst bei der Untersuchung auf. Da Genitalbeschneidung tabuisiert ist, ist es schwierig, Frauen darauf anzusprechen und zum Beispiel zu erfragen, ob sie Beschwerden im Zusammenhang mit der Beschneidung haben.

Manchmal werden Schmerzen beim Geschlechtsverkehr angesprochen. Bei Beschneidung nach Typ I und II ist es oft schwierig zu differenzieren, ob die Schmerzen eher psychische Folgen sind oder durch Narben verursacht werden. Wenn der Scheideneingang durch Narben verengt wird, kann eventuell eine operative Korrektur Besserung bringen. Voraussetzung dafür ist aber eine sehr eingehende Aufklärung und Beratung.

Bei einer Infibulation ist häufiger eine Behandlung von Beschwerden oder Komplikationen erforderlich. Schon die gynäkologische Untersuchung ist oft sehr schwierig.

Bei diesen Frauen stellt sich die Frage einer Öffnung der Narbe. Dieser Eingriff ist medizinisch meist unkompliziert. Wichtig ist aber eine sehr sorgfältige Beratung und Begleitung der Frauen, damit sie eine informierte und abgewogene Entscheidung treffen können. Sie müssen grund-

gende Kenntnisse über das Aussehen von beschnittenen und unbeschnittenen Genitalien bekommen, um sich eine Vorstellung davon machen zu können, wie ihr Genitalbereich nach der Öffnung aussehen wird. Außerdem müssen sie eine Vorstellung davon bekommen, wie sich die Öffnung auf das Wasserlassen und die Menstruation auswirkt. Und sie müssen wissen, dass bei der Beschneidung entfernte Körperteile, wie zum Beispiel die Klitoris oder die inneren Schamlippen, bei der Öffnung nicht wiederhergestellt werden können. Für den Eingriff brauchen sie eine ausreichende Schmerzkontrolle, am besten eine Vollnarkose, um eine Retraumatisierung durch Schmerzerleben zu vermeiden.

Bei schwangeren Frauen sollte schon während der Schwangerschaft das Vorgehen während der Geburt besprochen werden. Die Infibulation muss vor der Geburt des kindlichen Köpfchens geöffnet werden. In einzelnen Fällen kann auch eine Öffnung der Infibulation bereits während der Schwangerschaft sinnvoll sein.

Nach der Geburt sollte die Wunde, wie ein Dammschnitt, so weit verschlossen werden, dass der Scheideneingang nicht verengt ist und der Ausgang der Harnröhre frei liegt. Ein weitergehender Verschluss widerspricht, genauso wie die Durchführung einer Genitalverstümmelung, den ärztlichen berufsrechtlichen Pflichten, selbst wenn die Frau oder ihre Angehörigen dies wünschen. Dieses Thema sollte aber bereits während der Schwangerschaft ausreichend besprochen werden, um Konflikte im Kreissaal zu vermeiden. Alle Beteiligten sollten über die gesundheitlichen Folgen der Infibulation ausführlich beraten werden und verstehen, warum ein Verschluss nicht durchgeführt werden sollte.

In Deutschland wird bei Frauen mit Infibulation oft ein Kaiserschnitt durchgeführt, um das Thema der Öffnung und des möglichen Wiederverschlusses der Infibulation zu vermeiden. Ein Kaiserschnitt ist jedoch medizinisch in den wenigsten Fällen notwendig und mit größeren gesundheitlichen Risiken verbunden als eine Öffnung der Infibulation während der Geburt. Für spätere Geburten ist das Risiko von Komplikationen erhöht, was besonders schwerwiegend ist, wenn Frauen dann im Heimatland sind und keine ausreichende medizinische Versorgung haben. Durch eine Öffnung der Infibulation können dagegen Komplikationen bei späteren Geburten deutlich reduziert werden.

² Fisteln sind durch Entzündungen oder Verletzungen entstandene Kanäle zwischen einem inneren [Hohlorgan](#) und anderen [Organen](#) oder der Körperoberfläche, in diesem Fall offene Verbindungen zwischen Scheide und Harnröhre und/oder Enddarm. Dabei kommt es ständig zu unkontrollierter Entleerung von Urin und/oder Stuhl aus der Scheide.

Literatur

Bundesärztekammer. Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). Deutsch. Ärzteblatt 2006; 103; A285-7

Terre Des Femmes (Hrsg.). Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse-Verlag Frankfurt/M 2003

WHO. Management of pregnancy, childbirth and the post partum period in the presence of female genital mutilation. 2001
<http://www.who.int/gender/documents/fgmdocs/en/>

WHO. Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. 2001
<http://www.who.int/gender/documents/fgmdocs/en/>

Zerm C. AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit Tropengynäkologie – AG FIDE e.V. Sektion der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe). Weibliche Genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen. 2007
<http://www.frauenrechte.de/tdf/pdf/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>

Adressen

TERRE DES FEMMES e.V., Referat Genitalverstümmelung; www.frauenrechte.de

FORWARD-Germany e.V., Martin-Luther-Str. 35, 60389 Frankfurt am Main / Germany
www.forward-germany.de

Hinweise zu Materialien

Fachinformationen und Empfehlungen

Weibliche Genitalverstümmelung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und alle weiteren potentiell involvierten Berufsgruppen. **AG FIDE Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit 2007**
www.ag-fide.de/deutsch/neu/publikationen

Empfehlungen der Bundesärztekammer

Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation) (Stand: 25.11.2005)

können im Internet über die Seite der Bundesärztekammer abgerufen werden.

www.bundesaerztekammer.de
([Home](#) > [Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen](#) > [Empfehlungen/ Stellungnahmen](#) > [Genitalverstümmelung](#))

Broschüre

„Wir schützen unsere Töchter“

Um in Deutschland lebende MigrantInnen auf das Thema der Genitalverstümmelung ihrer Töchter anzusprechen und sie zu motivieren, die Töchter nicht beschneiden zu lassen, hat Terre des Femmes eine Broschüre in verschiedenen Sprachen herausgegeben. Sie spricht in der sprachlichen und grafischen Gestaltung speziell Menschen aus afrikanischen Herkunftsländern an.

www.terredesfemmes.de

Bekämpfung von Genitalverstümmelung – Anhörung im Bundestag

Im September 2007 fand im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestags eine öffentliche Anhörung zum Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelung“ statt. Eingeladen waren Sachverständige aus unterschiedlichen Bereichen und Institutionen, um Fragen zur Daten- und Faktenlage, zu Risiken und Folgen, zur gesetzlichen Regelung und zu dem Themenkomplex Beratung, Betreuung, Prävention und Öffentlichkeitsarbeit zu erörtern.

Daten und Fakten

Die Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Mädchen und Frauen, die von Genitalverstümmelung (FGM= Femal Genital Mutilation) betroffen sind, wird auf 23 000 bis 30 000 geschätzt. Valide Zahlen liegen für Deutschland nicht vor. Eine hohe Dunkelziffer wird angenommen. Der Deutsche Juristinnenbund betont die Bedeutung der Differenzierung in

- in D lebende Frauen, die bereits von FGM betroffen sind,
- in D lebende Frauen, denen hier FGM droht,
- in D lebende Frauen, denen bei Rückkehr in ihr Heimatland FGM droht.

Zu der Frage, ob FGM bzw. Reinfibulationen³ auch in Deutschland durchgeführt werden, liegen keine umfassenden Informationen vor. Einzelfälle sind bekannt. Forschungsbedarf in den Bereichen Aufklärung, Prävention und Betreuung von von FGM betroffenen Mädchen und Frauen wird übereinstimmend als wichtig erachtet. Auch zur Verbreitung von FGM gibt es einen Bedarf an genauerer Datenerhebung.

Risiken und Folgen

Die Sachverständigen gehen auf die schwerwiegenden physischen und psychischen Folgen ein, auf akute Komplikationen und Langzeitfolgen. Ausführliche Informationen finden sich in den Empfehlungen der Bundesärztekammer.

Gesetzliche Regelungen

In Deutschland ist FGM als Körperverletzung (§ 223 StGB), gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB), u. U. schwere Körperverletzung (§ 226 StGB) sowie Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) strafrechtlich zu verfolgen. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird.

Der Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) hält es jedoch für notwendig –ähnlich wie in anderen Bereichen der Gewalt gegen Frauen – einen eigenen Straftatbestand einzuführen. Dies würde u. a. den eindeutigen Willen des Gesetzgebers widerspiegeln, diese besonders schwerwiegende Gewalttat gegen Mädchen und Frauen zu verfolgen. Der BDK hat bereits im Jahr 2003 einen entsprechenden Vorschlag zur Änderung vorgelegt. Eine spezifische und ausdrückliche Gesetzgebung für FGM, die die Position der deutschen Regierung ohne Interpretationsmöglichkeiten darstellt, wird von allen Sachverständigen unterstützt. Der Deutsche Juristinnenbund e.V. empfiehlt auch eine Strafverschärfung, weil es sich bei den Tätern um potentielle Wiederholungstäter handelt. In Bezug auf das Sorgerecht und Aufenthaltbestimmungsrecht werden die bereits bestehenden Regelungen als ausreichend angesehen. Das behördliche Personal muss jedoch weiter für die Problematik sensibilisiert werden.

Beratung, Betreuung, Prävention und Öffentlichkeitsarbeit

Ob die bereits erarbeiteten Empfehlungen zum Umgang mit Betroffenen ausreichen, wird von den Sachverständigen unterschiedlich eingeschätzt. Wichtig ist in jedem Fall, dass die Existenz und der Inhalt der bereits vorhandenen Ma-

terialien bekannt sind. Darüber hinaus wird dafür plädiert, FGM und ihre Folgen in die Fort- und Weiterbildungscurricula der allgemeinen medizinischen Ausbildung sowie unterschiedlicher Facharzausbildungen aufzunehmen. FrauenärztInnen wird eine wesentliche Rolle beigemessen, durch präventive Gespräche mit Frauen (z.B. vor einer Geburt) wichtige Informationen zu vermitteln.

Das aktuelle Aufklärungs-, Betreuungs- und Beratungsangebot auf der Ebene von Kommunen und Ländern wird als nicht ausreichend eingestuft. Die qualitativen Anforderungen an Anlaufstellen für betroffene bzw. rat- oder hilfeschuchende Mädchen und Frauen sind hoch.

Die Sachverständigen begrüßen die Idee des Aufbaus eines nationalen Referenzzentrums, das zielgruppenspezifische Aufklärung weiterentwickelt und die Vernetzung sowie den interdisziplinären Informationsaustausch sicherstellt. Weiterhin könnte ein solches Zentrum auch eine Anlaufstelle für Mädchen und Frauen sein, Forschungsprojekte betreuen und Fort- und Weiterbildungsmodule entwickeln.

Das Jungfernhäutchen

Helga Seyler

Das Jungfernhäutchen ist häufig Thema in Beratungen und in der sexualpädagogischen Arbeit mit Jugendlichen und jungen Frauen, vorwiegend mit muslimischem Hintergrund. In vielen Familien ist die sexuelle Enthaltsamkeit der Frauen vor der Ehe nicht nur ein wichtiger Wert, sondern die Ehre der ganzen Familie hängt von der Einhaltung dieser Norm ab. Das Jungfernhäutchen steht für diese Norm und anhand seiner Form und Beschaffenheit bzw. am Bluten beim ersten Geschlechtsverkehr in der Hochzeitsnacht wird die Einhaltung überwacht.

Die Sorge um das „heile“ Jungfernhäutchen spielt daher im Leben junger Frauen aus diesen Familien eine sehr große Rolle. Drei Viertel der sexuell aktiven muslimischen Frauen gaben bei einer Befragung in den Niederlanden Konflikte zwischen ihren sexuellen Wünschen und der kulturellen Norm der Enthaltsamkeit vor der Ehe an (Rademakers 2005).

³ Wiederherstellung der Infibulation, z.B. nach einer Geburt

In der Gruppenarbeit gibt es meist sehr lebhaft Diskussionen über Jungfräulichkeit und das Jungfernhäutchen, aber auch großen Informationsbedarf. Die meisten Frauen und Mädchen haben kaum eine Vorstellung davon, wo sich das Jungfernhäutchen befindet und wie es aussieht und vor allem wie unterschiedlich es beschaffen sein kann.

In der Beratung taucht das Thema auf, wenn eine Begutachtung des Jungfernhäutchens gewünscht bzw. gefordert wird. Oft kommen die Frauen selbst mit diesem Anliegen, um sich von ihrer großen Sorge zu entlasten. Manchmal werden sie von der Familie unter Druck gesetzt, sich ihre Jungfräulichkeit ärztlich bescheinigen zu lassen, oder werden direkt von den Eltern mit dieser Frage zur Untersuchung gebracht.

Oft kommen Frauen auch mit dem Anliegen einer Wiederherstellung des Hymens.

Untersuchung des Jungfernhäutchens

In vielen muslimischen Ländern werden zwangsweise Begutachtung des Jungfernhäutchens durch ÄrztInnen auf Veranlassung von Angehörigen oder anderer Autoritäten (Schulleitung, Polizei) sehr häufig durchgeführt. Die WHO zählt diese Praxis zu den Formen sexueller Gewalt und verurteilt sie dementsprechend.

Eine Studie beschäftigt sich mit der Praxis dieser Untersuchungen in der Türkei (Frank 1999). Die Türkische Ärztevereinigung hat 1992 diese Untersuchungen als geschlechtsspezifische Gewalt verurteilt und festgestellt, dass es dafür (außerhalb von Gerichtsprozessen wegen sexueller Gewalt) keine rechtliche oder ethische Rechtfertigung gibt. Trotzdem wurden auch 1998 noch mindestens 1800 solcher Untersuchungen allein von RechtsmedizinerInnen durchgeführt. Die Mehrzahl dieser ÄrztInnen hielt die Untersuchungen für gerechtfertigt, die meisten waren auch überzeugt, dass sie am Aussehen des Hymens eindeutig feststellen können, ob ein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat. Und dies, obwohl unterschiedliche ÄrztInnen bei wiederholten Untersuchungen sich widersprechende Urteile abgaben. 1999 hat auch der türkische Justizminister ein Gesetz erlassen, das Untersuchungen auf Jungfräulichkeit außerhalb von Gerichtsprozessen wegen sexueller Gewalt verbietet und diese Untersuchungen nur nach richterlicher Anordnung erlaubt.

Für die Untersuchung auf Jungfräulichkeit gibt es keine Standards und keine eindeutigen Kriterien für die Beurteilung, ob ein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat. Viele Studien beschäftigen

sich mit dem Aussehen des Jungfernhäutchens bei Mädchen vor der Pubertät im Zusammenhang mit der Frage, ob durch eine Untersuchung ein sexueller Missbrauch eindeutig festgestellt werden kann. Auch vor der Pubertät kann eine eindeutige Aussage schwierig sein. Nach der Pubertät wird das Jungfernhäutchen unter Hormoneinfluss elastischer und weiter, und viele Untersuchungen belegen, dass sichere Aussagen über einen vorangegangenen Geschlechtsverkehr dann meist nicht möglich sind (Adams 2004, Goodyear-Smith 1998).

Das Anliegen einer Untersuchung auf Jungfräulichkeit bringt ÄrztInnen, die der Norm der Jungfräulichkeit bis zur Ehe und der Praxis dieser Untersuchungen kritisch gegenüber stehen, in ein Dilemma. Das Anliegen wird meist mit viel Druck geäußert, sei es von der betroffenen jungen Frau selbst oder von den Angehörigen. Außerdem besteht bei den Rat Suchenden die feste Überzeugung, dass die Beschaffenheit des Jungfernhäutchens entscheidet, ob die Frau „Jungfrau“ und damit ehrbar ist.

Die ÄrztIn muss dann entscheiden, ob sie ohne sichere medizinische Grundlage eine solche Aussage mit weit reichenden Konsequenzen machen will. Selbst wenn nur die junge Frau selbst eine Information über ihr Jungfernhäutchen haben möchte, hängt doch fast immer ihre ganze Selbstachtung vom Ergebnis ab. Noch weitreichender können die Konsequenzen sein, wenn ein Untersuchungsergebnis Angehörigen mitgeteilt wird. Die große Medienöffentlichkeit einzelner Ehrenmorde hat deutlich gemacht, was den Frauen schlimmstenfalls drohen kann. In muslimischen Ländern wird auch von einer hohen Zahl von Selbstmorden vor erzwungenen Untersuchungen auf Jungfräulichkeit berichtet.

Deshalb ist ein ausführliches Gespräch vor einer solchen Untersuchung unerlässlich. Es sollte geklärt werden, was das konkrete Anliegen der Frau ist. Wie ist die Situation in der Familie? Welche Bedrohung besteht konkret und aktuell? Wird ein konkreter Verdacht von der Familie geäußert? Steht eine Heirat unmittelbar bevor oder geht es eher um Sorgen in Bezug auf die fernere Zukunft?

Wie geht die Frau selbst mit den sexuellen Normen der Herkunftskultur um? Strebt sie sexuelle Enthaltensamkeit bis zur Ehe an? Welche sexuellen Kontakte hat es gegeben?

Dabei muss vorsichtig ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Gerade über vorangegangene sexuelle Kontakte wird oft erst offen gesprochen, wenn die Rat Suchende Vertrauen gefasst hat. Stattdessen wird anfangs eher ein Sportunfall

oder ähnliches als Grund für die Sorge vorge-schoben.

Unsicherheit über den Zustand des Hymens können sexuelle Praktiken verursachen, die das Hymen möglichst nicht verletzen sollen. Viele junge Frauen, die der Norm der Enthaltsamkeit vor der Ehe entsprechen müssen, lassen sich vor der Ehe auf solche sexuellen Praktiken ein. Zum Beispiel wird der Penis zwischen den Schenkeln im Genitalbereich gerieben, oder es findet Analverkehr statt. Beim Reiben des Penis im Genitalbereich fehlt vielen Frauen ausreichende Kenntnis und Wahrnehmung ihrer Geschlechtsorgane, um beurteilen zu können, ob der Penis eventuell doch in die Scheide eingeführt wurde. Nicht selten kommt es bei diesen Praktiken auch zu Schwangerschaften, deshalb ist bei diesen Frauen auch eine Verhütungsberatung wichtig. Aber auch nach einem Geschlechtsverkehr haben manche Frauen die Hoffnung, dass das Jungfernhäutchen intakt geblieben ist und sie noch „Jungfrau“ sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Beratung ist, den oft bestehenden Konflikt zwischen den Normen des Herkunftslands und denen der deutschen Umgebung zu thematisieren. Das Gespräch kann den Frauen helfen, sich ihrer eigenen Werte bewusst zu werden und Wege im Umgang mit widersprüchlichen Normen zu finden.

Und nicht zuletzt sind möglichst konkrete Informationen über Lage und Aussehen des Jungfernhäutchens anhand von Zeichnungen oder Modellen wichtig. Die Frauen müssen wissen, dass das Jungfernhäutchen unterschiedlich weit und elastisch sein kann, und dass die Ärztin deswegen bei der Untersuchung keine sichere Aussage über die Jungfräulichkeit machen kann. Und auch, dass nicht alle Frauen beim ersten Geschlechtsverkehr bluten.

Ob trotz des oben beschriebenen Dilemmas eine Untersuchung durchgeführt werden soll, ist in jedem Einzelfall eine persönliche Entscheidung. Auch über eine (eventuell sogar falsche) Bescheinigung der Jungfräulichkeit muss jede Ärztin im Einzelfall entscheiden.

Sie muss dabei ihre eigenen Werte und ihre Haltung gegenüber den Werten der Rat Suchenden reflektieren und eine Entscheidung treffen, die sie persönlich und als Ärztin vertreten kann. Außerdem muss sie die Konsequenzen für sich selbst und für die betroffene Frau abwägen.

Wiederherstellung des Hymens

Die operative Rekonstruktion des Hymens ist eine verbreitete Maßnahme, um schwerwiegende Bedrohungen für eine Frau oder für die Ehre der Familie zu verhindern. Der Eingriff wird sowohl in allen westeuropäischen Ländern als auch in Ländern mit muslimischer Kultur durchgeführt. Ägypten wird zum Beispiel als ein Zentrum der arabischen Länder für diesen Eingriff bezeichnet (Kandela 1996). Dass diese Praxis nicht auf muslimische Kulturen beschränkt ist, belegt ein Bericht über die häufige Durchführung dieses Eingriffs im katholischen Guatemala (Roberts 2006).

In Ländern mit der Norm der vorehelichen sexuellen Enthaltsamkeit wird der Eingriff in der medizinischen Fachwelt geächtet und ist oft verboten. Von anderen ÄrztInnen wird er als gute Maßnahme zur Vermeidung schwerwiegender sozialer Konsequenzen, insbesondere zur Vermeidung von Ehrenmorden, angesehen.

In der westlichen Welt wird der Eingriff eher wegen der Verletzung der genitalen Integrität kritisiert und zum Teil als eine Form von Genitalverstümmelung angesehen. Außerdem wird kritisiert, dass der Eingriff zur Aufrechterhaltung restriktiver Normen beiträgt und eine Auseinandersetzung damit vermeidet.

Kritisiert wird auch, dass ÄrztInnen den Eingriff aus finanziellen Interessen anbieten und dass die betroffenen Frauen oft hohe Kosten dafür aufbringen müssen. Zu hohe Kosten können dazu führen, dass ärmere Frauen diesen Eingriff bei Anbietern ohne ausreichende Ausbildung und unter unhygienischen Bedingungen durchführen lassen.

Offizielle Standards für die Durchführung des Eingriffs gibt es nicht. In verschiedenen Berichten werden unterschiedliche Techniken des Eingriffs beschrieben. Meist wird an den Kanten sichtbarer Einrisse des Hymens oberflächlich die Haut entfernt und die Seiten des Hymens werden zusammengenäht (Logmans 1998). Es gibt auch Berichte darüber, dass Gelatine kapseln mit einer blutähnlichen Flüssigkeit eingenäht werden, die beim folgenden Geschlechtsverkehr platzen sollen (Paterson-Brown 1998, Kandela 1996). Wenn zu wenig Hymenalgewebe vorhanden ist, werden auch Teile der Scheidenschleimhaut vernäht. Dabei kann es zu Verengungen und Vernarbungen des Scheideneingangs kommen (Paterson-Brown 1998).

Bei ausgebildeten OperateurInnen ist die Komplikationsrate wahrscheinlich sehr gering. In Ländern, in denen der Eingriff in großer Heimlichkeit

und von nicht ausgebildeten Anbietern durchgeführt wird, wird von vielen Komplikationen wie Blutergüssen, Infektionen, schmerzhaften Vernarbungen und sogar Fisteln im Bereich der Harnröhre berichtet (Roberts 2006).

Auch vor einer Hymenrekonstruktion ist ein ausführliches Gespräch über die Umstände und Hintergründe notwendig.

Wenn zum Beispiel ein kurz zurückliegender Geschlechtsverkehr durch den Eingriff „ungeschehen“ gemacht werden soll, ohne dass aktuell konkrete Folgen drohen oder in absehbarer Zeit eine Heirat geplant ist, ist es möglicherweise sinnvoller, den bestehenden Wertekonflikt zu thematisieren und die Frau zu unterstützen, Wege im Umgang damit zu finden.

Der Eingriff sollte am besten einige Wochen vor einer Heirat durchgeführt werden und wenn klar ist, dass von der Familie Zeichen einer Jungfräulichkeit, wie zum Beispiel eine Blutung beim Geschlechtsverkehr, gefordert werden. Die Frauen sollten dann auch über mögliche Komplikationen aufgeklärt werden sowie über die Grenzen des Eingriffs. Es gibt z.B. keine Daten darüber, wie viele Frauen nach diesem Eingriff beim ersten Geschlechtsverkehr bluten.

Literatur

Adams JA, Botash AS, et al. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2004; 158:280-5

Frank MW, Bauer HM, et al. Virginity examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality. *JAMA* 1999; 282:485-90

Goodyear-Smith FA, Laidlaw TM. What is an 'intact' hymen? A critique of the literature. *Medicine, science, and the law* 1998; 38:289-300

Kandela P. Egypt's trade in hymen repair. *Lancet* 1996; 347:1615

Logmans A, Verhoeff A, et al. Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Who wants the procedure and why. *BMJ* 1998; 316:459-60

Paterson-Brown S. Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Education about the hymen is needed. *BMJ* 1998; 316:461

Rademakers J, Mouthaan I, et al. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *The European journal*

of contraception & reproductive health care 2005; 10:207-11

Roberts H. Reconstructing virginity in Guatemala. *Lancet* 2006; 367:1227-8

Pille danach

Äquivalenzpräparate für die hormonelle Nachverhütung

Für die hormonelle Nachverhütung sind in Deutschland drei Präparate zugelassen, die als sogenannte „Pille danach“ verschreibungspflichtig sind. Sie basieren auf dem Wirkstoff Levonorgestrel (LNG) entweder zur einmaligen Einnahme oder zur zweimaligen Einnahme im Abstand von 12 Stunden (Tabelle 1).

Zwar hat die „Pille danach“ auf LNG-Basis die Yupze-Methode⁴ auf Grund besserer Verträglichkeit und geringfügig höherer Sicherheit ersetzt, jedoch gilt diese auch weiterhin weltweit als eine Standardmethode der hormonellen Postkoitalverhütung.

In Deutschland ist die Zugänglichkeit der „Pille danach“ nicht immer gewährleistet. Vor allem an Wochenenden und Feiertagen kann es mit einem hohen Zeit- und Kostenaufwand verbunden sein, die Methode anzuwenden (Siehe auch: Hindernisse in der Versorgung, Ines Thonke, *pro familia* magazin 2/2006). In einzelnen Fällen können reguläre Pillenpräparate leichter verfügbar sein.

Aus diesem Grund wird noch einmal auf die alternative Möglichkeit hingewiesen, äquivalente Präparate zur Nachverhütung zu nutzen (Tabelle 2).

Die Zusammenstellung der geeigneten Präparate basiert auf den Wirkstoff- und Dosisempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO, die z.B. von der US Food and Drug Administration (FDA), dem American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), der American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence (Amerik. Akademie für Kinderheilkunde) und der Princeton University in ihren umfangreichen Informationsmaterialien für Professionelle und Rat Suchende übernommen wurden.

⁴ kombinierte Östrogen/Gestagen-Methode. In Deutschland bis vor kurzem als Tetragynon® auf dem Markt und bis zum Jahr 2000 das einzige für die Indikation „Notfallkontrazeption“ zugelassene Präparat

Tabelle 1

| | Präparat | Firma | Zahl der Tbl. 1.Einnahme | Zahl der Tbl. 2. Ein- nahme | EE per Dosis (µg) | LNG per Dosis (mg) |
|---|------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1 | Duofem ⁵ | Hexal | 1 | 1 | - | 0,75 |
| 2 | Levogynon ⁶ | BayerVital | 1 | 1 | - | 0,75 |
| 3 | Unofem | Hexal | 1 | - | - | 1,5 |

Tabelle 2

| Nr. | Präparat | Firma | Zahl der Tbl. 1. Einnahme | Zahl der Tbl. 2. Ein- nahme | EE per Dosis (µg) | LNG per Dosis (mg) |
|-----|-------------------------|--------------|------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1 | 28 mini | Jenapharm | 50 | - | - | 1,5 |
| 2 | Microlut | Schering | 50 | - | - | 1,5 |
| 3 | Mikro-30 | Wyeth | 50 | - | - | 1,5 |
| 4 | Leios | Wyeth | 5 | 5 | 100 | 0,5 |
| 5 | Miranova | Schering | 5 | 5 | 100 | 0,5 |
| 6 | Neogynon 21 | Schering | 2 | 2 | 100 | 0,5 |
| 7 | Femigoa | Wyeth | 4 | 4 | 120 | 0,6 |
| 8 | Femigyne- ratiopharm | Ratiopharm | 4 | 4 | 120 | 0,6 |
| 9 | Femranette AL mikro | Aliud Pharma | 4 | 4 | 120 | 0,6 |
| 10 | Mikrogynon | Schering | 4 | 4 | 120 | 0,6 |
| 11 | Minisiston | Jenapharm | 4 | 4 | 120 | 0,5 |
| 12 | MonoStep | BayerVital | 4 | 4 | 120 | 0,5 |
| 13 | NovaStep | BayerVital | 4 (ocker) | 4 (ocker) | 120 | 0,5 |
| 14 | Triette AL | Aliud Pharma | 4 (ocker) | 4 (ocker) | 120 | 0,5 |
| 15 | Trigoa | Wyeth | 4 (ocker) | 4 (ocker) | 120 | 0,5 |
| 16 | Triquilar | BayerVital | 4 (ocker) | 4 (ocker) | 120 | 0,5 |
| 17 | Trisiston | Jenapharm | 4 (ocker) | 4 (ocker) | 120 | 0,5 |

Abkürzungen: EE: Ethinylestradiol, LNG: Levonorgestrel

Die WHO empfiehlt folgende Schemata:

1. 1 Drg. mit 1,50 mg LNG (einmalige Anwendung)
2. 2 Drgs. mit jeweils 0,75 mg LNG (zweite Einnahme nach 12 Std.)
3. 2 Drgs. mit jeweils 100 µg EE + 0,50 mg LNG (zweite Einnahme nach 12 Stunden)

Zu Tabelle 2:

Präparate 1-2 entsprechen Schema 2 der WHO

Präparat 3 entspricht Schema 1 der WHO

Präparate 4-6 entsprechen Schema 3 der WHO

Präparate 6-17 entsprechen nicht genau der Äquivalenzdosis von Schema 3, werden aber dennoch auch für die hormonelle Nachverhütung von

der WHO und/oder der ACOG und der Princeton University empfohlen.

Neue Studien weisen darauf hin, dass auch Kombinationspräparate mit den Gestagenen Norgestrel und Norethindrone für die Nachverhütung geeignet scheinen. Hierfür liegen noch keine umfassenden Dosisempfehlungen vor.

⁵ Bei diesen Präparaten können auch beide Tabletten gleichzeitig eingenommen werden.

⁶ Bei diesen Präparaten können auch beide Tabletten gleichzeitig eingenommen werden.

Die Farbangaben der Präparate 13-17 beziehen sich auf die Farbe der Dragees in der Blisterpackung. Die Dreiphasenpräparate enthalten in der Regel hellbraune, weiße und ockerfarbige Dragees.

Quellen:

WHO. Eligibility criteria for contraceptive use. 2004

WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition 2004

WHO, USAID. Family Handbook: A global handbook for providers. John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2007

Trussel J, Raymond E. Emergency contraception: A last chance to prevent unintended pregnancy. EC review, September 2007

- www.ec.princeton.edu

- www.acog.org

- www.plannedparenthood.org

IPPF-News

Schmerzkontrolle bei Schwangerschaftsabbrüchen durch Absaugung im ersten Trimenon

In Deutschland werden 12% der Abbrüche unter Lokalanästhesie durchgeführt, international ist Lokalanästhesie jedoch die am häufigsten gewählte Methode.

Im IPPF-Medical Bulletin Dez. 2006 veröffentlichte eine Arbeitsgruppe aus Hong Kong eine Übersicht über die vorhandene Literatur zur Schmerzkontrolle bei chirurgischen Schwangerschaftsabbrüchen (Khan 2006). Diese Übersicht verdeutlicht die große Bandbreite der angewendeten (und in Studien untersuchten) Methoden. Da sich auch das diesjährige Treffen der Familienplanungszentren mit Schmerzmanagement beim Schwangerschaftsabbruch beschäftigt, kann dieser Beitrag als Anregung für die dortige Diskussion dienen.

Die Studien zur Lokalanästhesie konzentrieren sich in den meisten Fällen auf Schmerzen durch

die Weitung des Gebärmutterhalses und die Absaugung, aber auch die Schmerzen durch die Injektion selbst sollten nicht vernachlässigt werden.

Bei der Lokalanästhesie ist der Parazervikalblock⁷ mit dem Lokalanästhetikum Lidocain (schnelle Wirkung, niedrige Kosten) die Standardmethode. Es gibt randomisierte Studien zum Vergleich von unterschiedlichen Rezepturen des Lokalanästhetikums, der Tiefe und Lokalisation der Injektionen sowie zur Wartezeit zwischen Injektion und Schwangerschaftsabbruch. Bei der Durchführung der Anästhesie war eine langsame Injektion etwas weniger schmerzhaft als eine schnelle Injektion (Wiebe 1995). Während des Eingriffs waren die Schmerzen bei der Anwendung von gepufferter Lösung im Vergleich zur Standard-Lidocainlösung geringer, ebenso bei einer Injektionstiefe von 3 cm im Vergleich zu 1,5 cm (Cetin 1997, Wiebe 1992).

Keine Unterschiede wurden beobachtet: bei Injektion an vier Punkten im Vergleich zu zwei Punkten (Glantz 2001), bei Injektion im Vaginalgewölbe oder im Gebärmutterhals (Khan 2004), bei Wartezeiten von 3-20 Minuten (Phair 2002, Wiebe 1995), bei höherer Lidocain-Konzentration (Wiebe 1996) oder bei anderen Lokalanästhetika (Wiebe 1995). In einer randomisierten Studie wurde sogar zwischen einer Injektion von Lidocain bzw. Kochsalzlösung (ohne Wartezeit) kein Unterschied festgestellt. Die Autoren vermuten, dass die Gewebedehnung mehr als die Betäubung der Nerven die Schmerzreduktion verursacht (Miller 1996).

In den bisher aufgeführten Studien wurde der Gebärmutterhalskanal mechanisch geweitet. Nach Priming mit Misoprostol wurden die Schmerzen der Absaugung bei Frauen mit intravenöser Sedierung durch einen Parazervikalblock nicht weiter reduziert (Khan 2004).

Auch wenn bei verschiedenen Techniken der Lokalanästhesie in Studien statistisch signifikante Unterschiede gefunden wurden, sind diese oft gering und in der Praxis nicht sehr bedeutsam. Aus diesem Grund setzt sich in der Anwendung die intravenöse Sedierung ergänzend zum parazervikalen Block immer mehr durch. Die Gabe von 2 mg Midazolam (Handelsname u.a. Dormicum®) und 25 µg Fentanyl fünf Minuten vor der Weitung des Gebärmutterhalses erhöhte die Zufriedenheit der Frauen trotz unveränderter Schmerzempfindung (Wong 2002). Eine Beobachtungsstudie zeigte eine Tendenz zu geringeren Schmerzen während der Absaugung bei Er-

⁷ Beim Parazervikalblock wird das lokale Betäubungsmittel im Bereich des Muttermunds eingespritzt.

höhung der Dosis von Fentanyl (50-125µ) (Allan 2006). Postoperative Nebenwirkungen dieser Dosis (die nur von entsprechend ausgebildeten ÄrztInnen angewendet werden darf) sind Benommenheit und Schwindel.

Eine Möglichkeit mit dem Vorteil der Anwendung durch die Patientin selbst ist Entonox (50% Stickoxid und 50% Sauerstoff), jedoch fand sich keine Schmerzreduktion bei der Kombination mit intravenöser Sedierung (Khan 2006).

Eine weitere Vorgehensweise zur Reduktion der Schmerzen während der Absaugung ist die intrauterine Infusion eines Lokalanästhetikums. Bei gleichzeitigem Zervikalblock waren die Schmerzen bei 1%iger Lidocainlösung intrauterin nicht geringer als bei intrauteriner Gabe von Kochsalzlösung (Edelmann 2004). Mit einer 4%igen Lösung konnten Schmerzen signifikant reduziert werden, jedoch auf Kosten einer höheren Rate von systemischen Nebenwirkungen (Edelmann 2006).

Als weitere Möglichkeit zur Schmerzreduktion wurde die lokale Applikation von Lidocain am Gebärmutterhals untersucht. Durch Anwendung von 2% Lidocain-Gel eine Minute vor Zervixdilatation konnten die intraoperativen Schmerzen insgesamt mäßig gesenkt werden, jedoch nur in der Gruppe von Frauen, die bereits mehrere Kinder geboren hatten (Li 2006).

Die Wahrnehmung und Angabe von Schmerzen werden von vielen Faktoren, wie z.B. Alter, vorausgegangene Geburten, Angst und Depressionen, beeinflusst. Bei alleiniger Anwendung von Lokalanästhesie zeigen Studien bei den meisten Frauen unakzeptabel starke Schmerzangaben.

In der Einrichtung der AutorInnen gibt es folgendes Protokoll:

- 400µg Misoprostol vaginal 3-6 Stunden präoperativ (Priming)
- Prophylaktische Gabe von Doxycyclin perioperativ (da kein Chlamydienscreening durchgeführt wird)
- Sedierung intravenös mit 2 mg Midazolam und 25 µg Fentanyl 5 Minuten vor der Dilatation (zusätzliche 1 mg Midazolam, wenn notwendig)
- Bei Gabe von Misoprostol wird der parazervikale Block nicht routinemäßig angewendet
- 10ml 2% Lidocaingel wird bei der bimanuellen Untersuchung an den Zervixbereich eingeführt bzw. an die Hegar-Stifte (wenn notwendig) oder das Spekulum zur Anfeuchtung der Instrumente.

Die verfügbaren Methoden bleiben weiterhin suboptimal, dies macht weitere Forschung zur Kontrolle von Schmerzen und Reduktion der Angst notwendig.

Literatur

Allen RH, Kumar D, Fitzmaurice G, Lifford KL, Goldberg AB. Pain management of first-trimester surgical abortion: effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception* 2006;74:407-13

Cetin A, Cetin M. Effect of deep injections of local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortions. A randomized, controlled study. *Contraception* 1997;56:85-7

Edelman A, Nichols MD, Leclair C, Astley S, Shy K, Jensen JT. Intrauterine lidocaine infusion for pain management in first-trimester abortions. *Obstet Gynecol* 2004;103:1267-72

Edelman A, Nichols MD, Leclair C, Jensen JT. Four percent intrauterine lidocaine infusion for pain management in first-trimester abortions. *Obstet Gynecol* 2006;107:269-75

Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72:171-8

Kan ASY, Ng EHY, Ho PC. The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for firsttrimester pregnancy termination. *Contraception* 2004;70:159-63

Kan ASK, Ho PK. Pain control in first-trimester suction evacuation. *IPPF Medical Bulletin* 2006; 40:4 www.ippf.org (→Resources → Medical)

Kan ASY, Caves N, Wong SYW, Ng EHY, Ho PC. A double-blind, randomized controlled trial on the use of a 50:50 mixture of nitrous oxide/oxygen in pain relief during suction evacuation for the first trimester pregnancy termination. *Hum Reprod* 2006;21:2606-11

Li HWR, Wong CYG, Lo SST, Fan SYS. Effect of local lignocaine gel application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2006;21:1461-6

Miller L, Jensen MP, Stenchever MA. A double-blind randomized comparison of lidocaine and saline for cervical anesthesia. *Obstet Gynecol* 1996;87:600-4

Phair N, Jensen JT, Nichols MD. Paracervical block and elective abortion: the effect on pain of waiting between injection and procedure. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1304-7

Wiebe ER, Rawling M. Pain control in abortion. *Int J Gynecol Obstet* 1995;50:41-6

Wiebe ER. Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:131-4

Wiebe ER, Rawling M, Janssen P. Comparison of the effectiveness of 0.5% and 1% lidocaine for first trimester abortions. *Int J Gynecol Obstet* 1996;55:71-2

Wong CYG, Ng EHY, Ngai SW, Ho PC. A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Hum Reprod* 2002;17:1222-5

Hinweise

Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt Chlamydien-Screening für Frauen bis zum 25. Lebensjahr und vor Schwangerschaftsabbruch

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das Beschlussgremium, das festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) übernommen werden, hat ein neues Screening-Programm beschlossen. Damit haben Frauen bis zum 25. Lebensjahr die Möglichkeit eines jährlichen Chlamydientests. Auch für Frauen vor einem Schwangerschaftsabbruch wird der Chlamydientest von den GKV übernommen. Hierfür werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch geändert. Begründet wird die zusätzliche Regelleistung für gesetzlich versicherte Frauen damit, dass die Chlamydieninfektion die weltweit häufigste sexuell übertragbare bakterielle Infektion ist. Sie verläuft in vielen Fällen symptomarm bzw. symptomfrei und kann dennoch schwerwiegende Folgen wie z. B. Unfruchtbarkeit haben.

Nach nationaler und internationaler Datenlage besteht für sexuell aktive Frauen unter 25 ein besonders hohes Infektionsrisiko. Durch einen Schwangerschaftsabbruch steigt das Risiko von Folgeerkrankungen bei bestehender Chlamydieninfektion. Das Robert Koch-Institut schätzt die jährliche Zahl an Neuinfektionen bei Frauen

auf 300 000. Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit ab.

Chlamydieninfektionen lassen sich wirksam und kostengünstig behandeln, eine konsequente Mitbehandlung des Partners ist für die Vermeidung von Neuinfektionen wichtig.

Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt. Er tritt bei Nichtbeanstandung und nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger voraussichtlich zum 1.1.2008 in Kraft.

Für die Information der Frauen wurde in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ein Merkblatt erstellt. Es erklärt, warum der jährliche Test auf Chlamydieninfektion auch bei beschwerdefreien Frauen sinnvoll ist und liefert grundsätzliche Informationen zur Verbreitung, Symptomatik und zu Folgeerkrankungen der Infektion sowie Angaben zu Ansteckungsrisiken.

Bei Schwangeren ist ein Screening auf Chlamydien bereits seit 1995 Leistung der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchen in der GKV, da die Chlamydieninfektion beim Neugeborenen zu Lungenentzündungen und Bindehautinfektionen führen kann. Bei der infizierten Schwangeren können Komplikationen wie vorzeitiger Blasensprung auftreten.

Quelle: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie der Mutterschafts-Richtlinie: Screening auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen bei Frauen 13. September 2007

Weitere Informationen finden sich im Internet unter www.g-ba.de

Studien zur Auswirkung medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche auf nachfolgende Schwangerschaften

Während die Auswirkungen chirurgischer Abbrüche auf nachfolgende Schwangerschaften sehr gut untersucht sind, gab es dazu in Bezug auf medikamentöse Abbrüche bisher wenig Studien.

Kürzlich wurde nun eine Untersuchung aus Dänemark veröffentlicht (Virk 2007). Die Verläufe von nachfolgenden Schwangerschaften wurden bei knapp 12 000 Frauen ausgewertet, die zwischen 1999 und 2004 einen chirurgischen (ca. 9000) oder medikamentösen Abbruch (ca. 2700) hatten. Ektopische Schwangerschaften traten bei ca. 2,4 %, Fehlgeburten bei ca. 12,5%, Frühgeburten bei ca. 6% und geringes Geburtsgewicht bei ca.

5% der Frauen auf. Es wurden keine Unterschiede bezogen auf die Abbruchmethode gefunden. Auch das Schwangerschaftsalter beim Abbruch hatte keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Komplikationen bei nachfolgenden Schwangerschaften.

Eine frühere Fall-Kontroll-Studie untersuchte in Frankreich Risikofaktoren für ektopische Schwangerschaften. Medikamentöse Abbrüche in der Vorgeschichte waren mit einem um den Faktor 2,6 erhöhten Risiko assoziiert, chirurgische Abbrüche mit einem um den Faktor 1,4 erhöhten Risiko (Bouyer 2002). Allerdings war die Zahl der medikamentösen Abbrüche insgesamt gering, sodass auch die Aussagekraft des Ergebnisses als geringer angesehen wird als die der aktuellen dänischen Studie.

Bouyer J, Cost J, et al. Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France. *American Journal of Epidemiology* 2003; 157:185–94

Virk J, Zhang J, et al. Medical Abortion and the Risk of Subsequent Adverse Pregnancy Outcomes. *NEJM* 2007; 357: 648-53.

Medikamentöse Aborte ohne Risiko für Folgeschwangerschaften. *Deutsches Ärzteblatt* 20. August 2007 <http://www.aerzteblatt.de:80/v4/news/news.asp?id=29536>

amnesty international zum Schwangerschafts- abbruch in Notlagen

Das Thema „Sexuelle und reproduktive Rechte“ (SSR) ist bereits seit längerer Zeit Bestandteil der Arbeit von amnesty international (ai). Die internationale Menschenrechtsorganisation erkennt das Recht von Individuen und Paaren an, selbstbestimmt und frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt zu entscheiden, wann und unter welchen Bedingungen sie Kinder haben möchten. Daraus resultiert auch die Forderung nach freiem Zugang zu Informationen, zu Verhütungsmitteln und adäquater medizinischer Versorgung. Der traditionelle Zwangsabbruch wird von ai als schwere Menschenrechtsverletzung eingestuft.

Schwangerschaftsabbruch in Notlagen

Im Zusammenhang mit der seit 2004 durchgeführten Kampagne „Stop Violence Against

Women Now“ ist bei ai in den letzten Jahren eine intensive Debatte darüber geführt worden, ob und wie die Organisation den Schwangerschaftsabbruch bewertet. Ein maßgeblicher Grund, sich mit dem Thema zu beschäftigen, ist die hohe Anzahl von Todesfälle bei illegal durchgeführten Abbrüchen in Ländern, deren Rechtsprechung einen Abbruch unter allen Umständen verbietet. Ein weiterer Grund ist die hohe Zahl ungewollter Schwangerschaften bei Opfern von Massengewaltungen in Kriegsgebieten, die zudem zum Austragen der Schwangerschaft gezwungen werden.

Die mehrjährige Debatte innerhalb von ai hat im April 2007 zu dem Beschluss geführt, die bisher weitgehend neutrale Haltung zum Schwangerschaftsabbruch zu ändern. Beim Schwangerschaftsabbruch in Notlagen setzt sich ai nun gegenüber Regierungen für folgende Punkte ein:

- dass Frauen und Männer Zugang zu Informationen und Hilfsmitteln im Zusammenhang mit Fragen der sexuellen und reproduktiven Rechte erhalten, um Notlagen zu vermeiden, die einen Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen können,
- dass Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen oder geplant haben, dafür nicht strafrechtlich belangt werden,
- dass Frauen, die nach (legal oder illegal) durchgeführtem Abbruch medizinische Komplikationen erleiden, Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung erhalten,
- dass Frauen, deren Schwangerschaft aus Vergewaltigung, sexueller Nötigung oder Inzest resultiert bzw. deren Leben oder Gesundheit durch die Schwangerschaft bedroht ist, sicheren Zugang zu Dienstleistungen des Schwangerschaftsabbruchs haben.

ai wird auch weiterhin präventiv Menschenrechtsverletzungen bekämpfen, die zu ungewollten Schwangerschaften führen.

Zu anderen Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs nimmt ai ausdrücklich keine Stellung. Die Organisation setzt sich ausdrücklich nicht für ein generelles Recht auf Schwangerschaftsabbruch ein und enthält sich einer moralischen Bewertung.

Dennoch reagierte die katholische Kirche umgehend: Aus dem Vatikan kam die Aufforderung an Organisationen und Individuen, ai nicht weiter zu unterstützen, da diese ihre Aufgabe verraten habe.

Quelle: Presseinformation amnesty international, Sektion der Bundesrepublik Deutschland e.V., August 2007. www.amnesty.de
BBC News: Vatican urges end to Amnesty aid;
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6750887.stm>

Zwangsheirat

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit bietet unter der Telefonnummer 0800 0667888 oder der E-Mailadresse zwangsheirat@kargah.de Rat und Informationen zum Thema Zwangsheirat an. Der Anruf ist kostenlos und die Information/Beratung streng vertraulich. Sie kann anonym stattfinden, bei Bedarf auch in arabischer Sprache.

Quelle: Flyer des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Herausgeber), Mai 2007

Rückgang der künstlichen Befruchtungen in Deutschland

Seit der Gesetzesreform im Jahr 2003 (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) ist die Zahl der Behandlungen zur künstlichen Befruchtung deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2003 wurden noch ca. 105 000 Behandlungszyklen registriert, 2005 nur noch 56 000. Da seit der Gesundheitsreform die Anzahl der Behandlungszyklen bei gesetzlich versicherten Ehepaaren auf drei limitiert wurde und mit 50% Kostenbeteiligung verbunden ist, wird der Rückgang der Behandlungen in der Regel den gesetzlichen Neuregelungen zugeschrieben.

Quelle: IVF-Register

BfArM warnt vor Libido Forte-, Libido Extention- und Scilla Oral Jelly-Präparaten aus dem Internet

Gewarnt wird vor dem Kauf und der Einnahme der o.g. Produkte. Die über das Internet als so genannte traditionelle chinesische Produkte mit rein pflanzlichen Inhaltsstoffen vertriebenen Mittel enthalten laut belgischer Überwachungsbehörde chemische Abkömmlinge des in Deutschland verschreibungspflichtigen Sildenafil (Viagra®). Für die gefundenen Substanzen liegen keine klinischen Studien vor. Ihre Wirkung, Nebenwirkungen und Risiken können demnach nicht beurteilt werden.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Pressemitteilung 23/07, 4. Okt. 2007

Neuerscheinung

Harninkontinenz

(Heft 39) Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Herausgeber: Robert Koch-Institut, 2007
Harninkontinenz ist ein häufiges, jedoch immer noch stark tabuisiertes Problem. Das vorliegende Heft informiert über Grundlagen der Harninkontinenz, ihre Verbreitung, die Alters- und geschlechtsdifferenzierte Häufigkeit, Ursachen und Risikofaktoren, Behandlung, Leistungen und Kosten sowie Präventionsmöglichkeiten. Ein Ziel der Publikation ist es, medizinische Fachkräfte für das Thema zu sensibilisieren und für Berufsgruppen, die mit der Behandlung und Pflege von Menschen mit Inkontinenz befasst sind, bessere Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. In der Bevölkerung ist eine bessere Aufklärung und Information notwendig. Die Enttabuisierung des Themas durch ständige Öffentlichkeitsarbeit ist eine Grundvoraussetzung für den Erfolg aller therapeutischer und präventiver Bemühungen.

Kostenloser Bezug über

E-Mail: gbe@rki.de, Internet: www.rki.de/GBE
Tel.: 030-18754-3400

Veranstaltungen

37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF e.V.) "Zwischen Tradition und Moderne – Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert"

20. bis 23. Februar 2008 in Berlin

Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. Martina Rauchfuß. Weitere Informationen: www.dgpf.de

Fachtagung zur pränatalen Diagnostik: „Da stimmt doch was nicht“: Logik, Folgen und Praxis vorgeburtlicher Diagnostik

29. Februar bis 1. März 2008 im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden (barrierefrei für Menschen mit Behinderung zugänglich)

Weitere Informationen: Dr. Harry Kunz Tel 02441 6149 Fax 02441 779859 e-mail PND-Tagung2008@t-online.de