

Hilfe für geburtsverletzte Frauen

Geburtsfisteln gehören zu den extremen Schädigungen, die täglich, als Folge von schweren Geburten, die Frauen in vielen Ländern, wie etwa Uganda und Äthiopien, Indien oder Afghanistan, treffen. Sie sind ein trauriges Beispiel für nicht existente Hebammenarbeit und Geburtshilfe. Die Stuttgarter Urologin Dr. Barbara Teltschik, die sich für die Hilfsorganisation Fistula e. V. engagiert, berichtet von den Zuständen in Äthiopien und Uganda.

Frau Dr. Teltschik, wie hat Ihr Engagement für Fistula e. V. begonnen?

Ich hatte 2003 einen Zeitungsartikel über die Australierin Catherine Hamlin und ihre Arbeit in Äthiopien gelesen. Als Medizinerin war ich tief bestürzt, dass ich noch nie etwas davon gehört hatte. Ich habe mich für uns Europäer und für die medizinische Gemeinde geschämt. Ich war Mitte der 80er Jahre während einer Famulatur ein halbes Jahr in Brasilien und habe dort keine Geburtsfisteln gesehen. Die Frauen kamen mit Mutterpass, es gab eine organisierte Geburtshilfe, es gab Geburtskliniken – und in den 80er Jahren war Brasilien noch ein Entwicklungsland.

Aufgrund des Artikels reiste ich nach Äthiopien, nach Addis Abeba, und durfte – gerade angekommen – als Urologin bei einem Notfall dabei sein. Es war eine Frau mit einer komplexen Fistel, die eine septische Harnstauungsniere hatte. Sie benötigte eine Nierenfistel, damit der Eiter abfließen konnte. Ich bin also direkt zu den Komplikationen gekommen.

Welche Zustände haben Sie damals vorgefunden?

Ich habe festgestellt, dass in diesem Krankenhaus, das es seit Mitte der 70er Jahre gab, geführt von Gynäkologen, kaum urologisches Know-how vor-



Dr. Barbara Teltschik (re.) mit Alice Emasu, der Gründerin von Terrewode.

ZUR PERSON

Dr. Barbara Teltschik ist als Urologin in einer Praxis in Stuttgart tätig und spezialisiert auf Urogynäkologie und Neurourologie. Ihr Interesse galt bereits während des Medizinstudiums der Frauengesundheit in Entwicklungsländern. Seit 2003 engagiert sie sich für Fistula e.V. und trägt als 2. Vorsitzende des Vereins und als Vorstandsmitglied der International Fistula Alliance (IFA) zur Verbesserung der Patientenversorgung durch Integration urologischer Sicht- und Arbeitsweisen bei. Sie kümmert sich mit Auslandseinsätzen um die medizinische Ausrüstung vor Ort und unterstützt das Ärzte- und Schwesternteam im Fach Urologie, in der Medizintechnik sowie im Erarbeiten von Standards im OP und in der Pflege.

handen war. Einfache Fisteln konnte man behandeln, komplizierte Fisteln wurden oft mehrfach mit zweifelhaftem Erfolg operiert. Damals kam einmal im Jahr ein Urologe aus England, der bei ganz desolaten Fällen einfache Harnableitungen anlegte. Dieses Vorgehen wurde gerade den jungen Patientinnen nicht gerecht. Es hat zehn Jahre gedauert, bis wir peu à peu ein neues Management für komplexe Verletzungen mit urologischem Know-how aufgebaut hatten. Äthiopien orientiert sich am englisch/amerikanischen Medizinsystem. So werden Sonographie und Röntgen von nur einem Radiologen durchgeführt. Dieser besuchte alle zwei Wochen die Klinik, viel zu selten für Notfälle!

Was konnten Sie tun?

Ich sagte, „Das müsst ihr selbst machen, nicht alle zwei Wochen, sondern jeden Tag. Ihr müsst die Nieren schallen, bevor ihr die Patientin operiert, nicht danach, wenn sie Fieber bekommt oder die Nierenwerte steigen“.

Wir haben die Sonographie von Nieren und Harnblase eingeführt, die dann von jedem Arzt an der Klinik durchgeführt werden konnte. Es wurden komplexe Untersuchungen eingeführt und die Geräte von unserem Verein Fistula e. V. gespendet, etwa ein urodynamischer Messplatz und eine Cystoskopieeinheit. Die ergänzende Kameraeinheit verbessert die Ausbildung. Über fünf Jahre engagierte sich Dr. Renate Röntgen aus Bielefeld, ehemalige Oberärztin der Urologie, im Hamlin Fistula Hospital, wo sie jeweils für ein dreiviertel Jahr vor Ort die urogynäkologische Facharztweiterbildung prägte und fast täglich patientengerechte Harnableitungen durchführte.

Es kamen Patientinnen, die schon seit vielen Jahren litten und mehrfache Operationen hinter sich hatten. Chefarzt Dr. Fekade Ayenachew, damals Chefarzt der Hamlin-Klinik und zwischenzeitlich ärztlicher Leiter der FIGO-Fistula-Gruppe, ist ein begnadeter Fistelchirurg. Er entwickelte rekonstruktive Operationen der Vagina aus Sigma, um den Frauen wieder einen Weg zurück in ein „normales“ Leben zu ermöglichen. Leider endete die Zusammenarbeit mit der Hamlin-Klinik im Jahr 2019, nachdem der äthiopische Staat die Klinik übernommen hatte, auch Dr. Fekade verließ das Krankenhaus.

Wie haben Sie dann weitergemacht?

Auf der Suche nach einem weiteren Projekt haben wir Alice Emasu, engagierte Frauenrechtlerin und Journalistin aus Uganda, kennengelernt. In ihrer Heimat gründete sie 1999 Terrowode, eine gemeinnützige Organisation, die sich für die Identifikation, Rehabilitation und Reintegration von Fistelpatientinnen einsetzt. Mit Partnerorganisationen

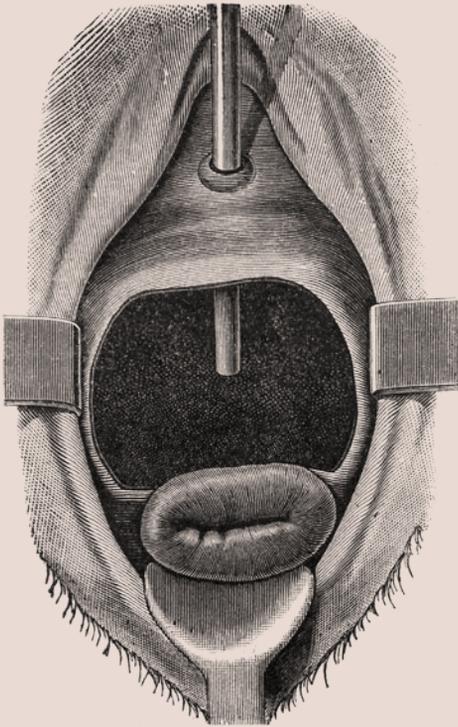


Große Blasen-Scheiden-Fistel

finanzierten und unterstützten wir den Bau eines Fistelkrankenhauses in Soroti, im Osten Ugandas. Ich selbst bin drei bis vier Mal pro Jahr vor Ort. Ich betreue das medizinische Team bei organisatorischen Fragen, bei urologischen Fortbildungen und moderner Instrumentenaufbereitung. Dies ist besonders wichtig bei so fragilen Instrumenten wie den Cystoskopen, um sie funktionsfähig zu erhalten. Außerdem stelle ich sicher, dass das Geld, das wir dort einsetzen, wirklich gut ankommt und es für die Patientinnen eingesetzt wird.

Welche strukturellen Probleme behindern das Vorankommen der Geburtshilfe in Äthiopien?

Das Problem liegt im ländlichen Gebiet, wo die Frauen sehr wenig Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Sie werden in Addis Abeba keine Frau mit einer Geburtsfistel finden. Es ist



Historische Zeichnung einer großen Blasen-Scheiden-Fistel: der ganze Blasenboden bis zum Muttermund und der obere Teil der Harnröhre fehlten. Die Fistel reicht in die Seitenteile und nach oben in das Scheidengewölbe der Vagina. Vorfall der Blase bis zum Introitus vaginae.

(Simon, 1877)

wirklich das ländliche Leben, weit weg von jeder Straße. Äthiopien war nie kolonialisiert, da sind sie sehr stolz drauf. Die Italiener haben das Land fünf Jahre lang während des 2. Weltkrieges besetzt und haben eine oder zwei Straßen gebaut, von Dschibuti nach Addis und von Addis nach Norden bis Eritrea. Bis in die 2000er Jahre gab es kaum Straßen, die diesen Namen verdienen – es waren eher Feldwege. Erst mit chinesischer Unterstützung sind landesweit Straßen asphaltiert worden. Das Land ist bewohnt bis in 4.000 Meter Höhe, bis heute sind die Wege während der Regenzeit unpassierbar.

Mit welchen Problemen haben es die Frauen konkret zu tun?

Die Frauen haben in der Regel keine Rechte. Frauen und Mädchen sind die letzten, die etwas zu essen bekommen, Mädchen haben ab dem 5. Lebensjahr zunehmend Verpflichtungen wie Versorgung der kleinen Geschwister, Wasser am Brunnen holen und anderes. Die Kindheit ist vorbei bei schwerer körperlicher Arbeit. Früher wurden sie traditionell mit elf Jahren verheiratet. Das ist heute verboten, wird aber in ländlichen Regionen bis heute missachtet. Sie werden schwanger, wenn sie noch gar nicht ausgewachsen sind. Sie sind unterernährt, die Schwächsten im Familienverbund und der Weg zur nächsten medizinischen Versorgung ist sehr weit.

Was passiert bei der Geburt genau?

Für Äthiopien wie Uganda gilt: Begleitet wird die Geburt von der Schwiegermutter und ihrer Familie zu Hause. „Jetzt streng dich an, wir haben alle unsere Kinder bekommen, nun mach mal“. So gehen die ersten zwei Tage verloren. Dann muss ein Familienoberhaupt, ein Mann, entscheiden: „Ich gebe Geld, damit die Gebärende zur nächsten Ambulanzstation transportiert wird“. Nun kommt die nächste Verzögerung: der Transport zur Ambulanz. Oft zu Fuß auf einfachen Holztragen dauert es einen weiteren Tag, bis die Kreißende an ihrem Health Center angelangt ist. Früher gab es dort nicht einmal eine Hebamme – es gab in Äthiopien nur „traditionelle“ Geburtsbetreuerinnen, die aber eher als Beschneiderinnen arbeiteten. Die Hebammenausbildung hat landesweit erst um etwa 2010 begonnen. Die dörflichen Health Posts, das sind die ganz dezentralen medizinischen Einrichtungen, haben in der Regel keine Hebamme, sondern nur die größeren Maternal Health Center.

Wenn sie schließlich dort ankommen, wäre eigentlich ein Kaiserschnitt indiziert. Die Hebamme hat aber keine Entscheidungsbefugnis.

Bis die Patientin in einem Krankenhaus ankommt, vergeht noch ein Tag. 30 bis 40 Prozent der Patientinnen überleben diesen protrahierten Geburtsverlauf nicht, sie sterben an einer Blutung oder Infektion, die Kinder sterben zu 95 Prozent.

Selbst wenn es eine ausgebildete Hebamme vor Ort gäbe, dann könnte sie einer jungen Frau mit einem engen Becken nicht helfen?

Sie könnte nicht helfen, könnte es aber diagnostizieren und einen Kaiserschnitt frühzeitig einleiten. Wenn die Frauen programmatisch zu einer Vorsorge zur Hebamme kämen, könnte die Hebamme feststellen, dass der große Kopf des Kindes den Geburtskanal nicht passieren kann. Insbesondere während der Hungersnot war es schlimm für die äthiopischen Frauen. Da die Mädchen die letzten sind, die etwas zu essen bekommen, waren sie extrem unterernährt. Dies führt zu einer Malformation des Beckens. Die Knorpelverbindungen des Beckens werden durch bindegewebige Strukturen ersetzt, damit kann es sich während Schwangerschaft und Geburt nicht weiten.

Und diese Hebammen sind tatsächlich nicht vorhanden?

Die Hebammen vor Ort werden zunehmen. Äthiopien setzte wirklich Programme auf, um Hebammen auszubilden, die aufs Land gehen. Traditionell sind das Krankenschwestern, die ein oder zwei Jahre eine Zusatzausbildung gemacht haben. Es sind auch Männer, die Hebammen werden. Vor zehn Jahren waren wir mit den betreuten Geburten noch bei zehn, heute sind wir bei 29 Prozent. Das ist ein Riesenschritt für diese kurze Zeit. Aktuell wird auch in Äthiopien die Hebammenausbildung akademisiert, davon halte ich nicht besonders viel. Es ist ein Handwerk. Es ist wichtig, dass ich lerne, mit meinen Händen zu arbeiten.

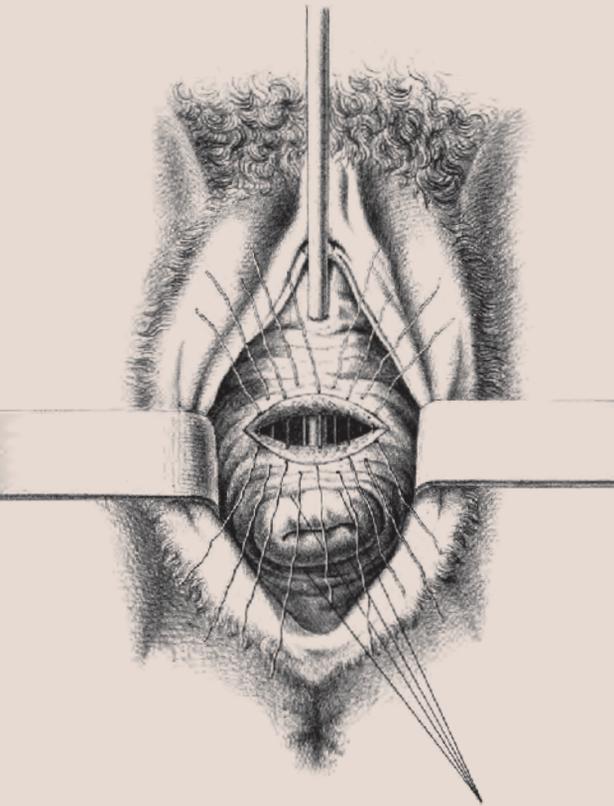


Sondierung eines Fistelkanals über die Urethra

Uganda hat im Moment 74 Prozent betreute Geburten. Leider ist auf dem Land die Versorgung deutlich schlechter, insbesondere für arme Frauen: ohne Bezahlung im Voraus werden sie in der Klinik ignoriert, bis schwere Komplikationen auftreten – dann ist es oft zu spät...

Trifft es nur die jungen Erstgebärenden?

Nein. Es kann auch ältere Mehrfachgebärende treffen, Frauen, die vielleicht schon ihr achtens Kind bekommen. Wenn das Kind querliegt, wenn ein Geburtsstillstand eintritt. Diese Frauen trifft es vielleicht noch schlimmer. Sie haben niemanden, der während ihrer Abwesenheit auf die Kinder aufpasst – so bleiben sie zuhause.



Historische Zeichnung der Operation einer Blasen-Scheiden-Fistel. Vereinigung der Fistelränder durch eine Doppelnaht.

(Simon, 1862)

Wie erfahren die Frauen von einem Zentrum für Fistelchirurgie?

Früher eigentlich gar nicht. Eine Umfrage in Uganda ergab: Es vergehen Monate bis 20 Jahre, bis die Frauen davon erfahren, dass ihnen geholfen werden kann. Die betroffenen Frauen leben oft versteckt, sie wurden ausgestoßen, was durch den furchtbaren Geruch, den sie ausströmen, fast verständlich ist. Zwischenzeitlich werden über Radio- und Fernsehspots die Informationen verbreitet, die Frauen stehen über Handy in Kontakt. Terrewode in Uganda nutzt neben dieser Öffentlichkeitsarbeit Selbsthilfegruppen von ehemaligen Fistelpatientinnen, die die Informationen in die umgebenden Dörfer tragen.

Wie geht es den Frauen nach den Eingriffen? Was verbessert sich konkret?

Bei 90 Prozent der Frauen ist die Fistel nach dem Eingriff verschlossen. Dieser Statistik glaube ich nicht ganz. Eine einfache Fistel lässt sich zwar operativ einfach verschließen, 30 Prozent der Frauen bleiben dennoch inkontinent. Bei Schädigung des Schließmuskels oder der Harnröhre verbleibt eine Belastungsinkontinenz, viele jedoch haben eine Dranginkontinenz. Die Blasenwand ist durch die jahrelangen Entzündungen so geschädigt, dass eine Schrumpfbliase resultiert oder der Blasenhalss zerstört. Die Harnröhre ist oft zu kurz, der Schließmuskelapparat ist vernarbt, nicht mehr intakt oder nicht mehr vorhanden, durch die Minderdurchblutung und die Entzündungen kann die Nervenversorgung so gestört sein, dass die willentliche Steuerung gar nicht mehr funktioniert. Es kann ein Teil davon sein oder alles zusammen. Wir sehen Patientinnen, die haben quasi nur noch einen Fetzen von Blase, die Harnleiter münden frei in die große Höhle, die entstanden ist. Bei der vaginalen Untersuchung sieht man die Kloake, die Portio ist oft komplett vernarbt. In manchen Fällen entleert sich auch der Stuhlgang in diese Höhle. Da wird es schwierig, die Beckenorgane zu rekonstruieren.

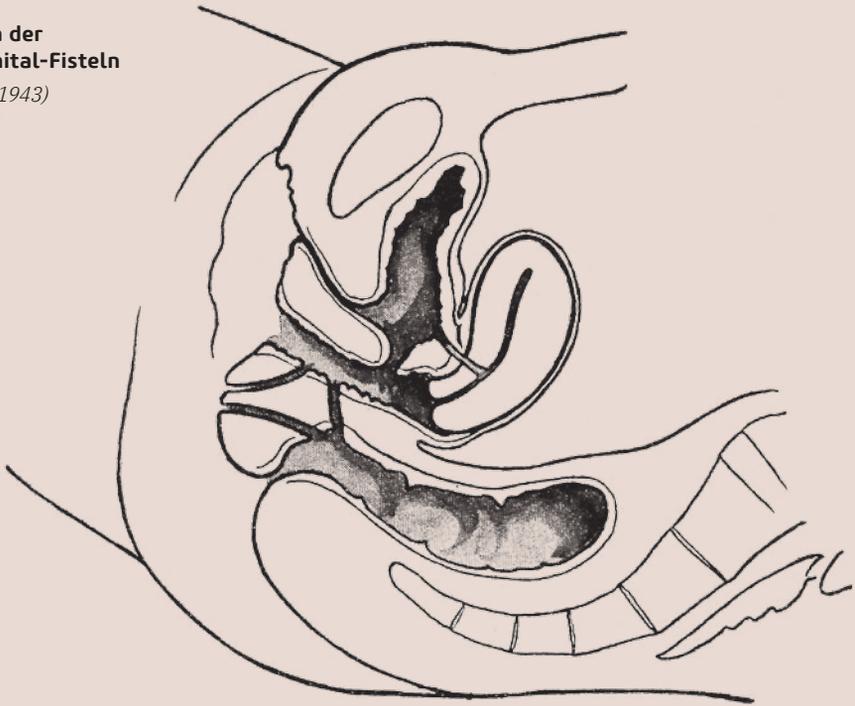
Wie kann man diesen Frauen helfen?

Sie brauchen eine Harnableitung und eine spezielle urologische Therapie, die in Subsahara-Afrika normalerweise nicht zur Verfügung steht. Diese Frauen sterben an einer Urosepsis oder Niereninsuffizienz.

Wie geht die Arbeit in Uganda voran?

Wir arbeiten seit 2018 in einem neuen Projekt in Soroti im Osten Ugandas. Die Organisation Terrewode hat dort seit 20 Jahren ein Betreuungssystem für Fistelpatientinnen aufgebaut. Da die operative Versorgung in den Kliniken unzureichend war, wurde 2019 mit unserer Unterstützung

**Schema der
Uro-Rekto-Genital-Fisteln**
(Weibel, 1943)



Definition Geburtsfistel

Ist bei einer Geburt der Fötus zu groß für den Geburtskanal, besteht die Indikation zu einem Kaiserschnitt, der für Frauen auf dem Land nicht oder zu spät zur Verfügung steht. So presst der kindliche Kopf in tagelangen Wehen und mit großer Kraft gegen das umliegende mütterliche Gewebe, dabei werden Blase und Darm gegen das knöcherne Becken gedrückt. Die Blutversorgung in das dazwischen eingeklemmte, mütterliche Gewebe wird unterbrochen, dieses stirbt ab.

Aufgrund der langen Austreibungsphase erleidet auch das Kind starke Schädigungen. Nach Tagen kommt es in den meisten Fällen zu einer Totgeburt. 30 bis 40 Prozent der Mütter sterben im Laufe einer solchen Geburt an Blutungen und Infektionen. Überleben sie, tragen sie schwere Verletzungen im Beckenbereich davon. Das geschädigte Gewebe kann vom Körper nicht regeneriert werden, es entsteht eine bleibende Öffnung zwischen Blase und Vagina (Blasen-Scheiden-Fistel, vesico-vaginale Fistel, VVF), manchmal aber auch zum

Enddarm (Darm-Scheiden-Fistel, recto-vaginale Fistel, RVF). Die betroffenen Frauen leiden für den Rest ihres Lebens an schwerster Urin- manchmal auch zusätzlicher Stuhlinkontinenz.

Zu frühe Mutterschaft und nicht vorhandene Geburtshilfe sind die Hauptgründe für Fistelbildung. Betroffen sind vor allem Mädchen und junge Frauen, deren Becken noch nicht zur Gänze ausgewachsen und noch sehr schmal ist. Mangelernährung und Unterversorgung der Mütter sind weitere Gründe für Geburtsfisteln. Der niedrige soziale Status von Frauen in manchen Regionen der Welt verhindert den Zugang zu medizinischen Leistungen, die einer Genitalfistel vorbeugen können. Die betroffenen Frauen riechen in der Folge der Geburtsverletzungen nach Urin und/oder Stuhl und werden häufig aus der Gemeinschaft ausgeschlossen. So kann es vorkommen, dass Frauen, die in jungen Jahren eine Geburtsfistel erleiden, jahrelang am Rande der Gesellschaft, manchmal sogar versteckt, leben müssen.



Der große Krankensaal im Terrewode Women's Community Hospital, Soroti, Uganda.

das „Terrewode Women's Community Hospital eröffnet. In den zwei Jahren des Bestehens wurden trotz Corona 400 Patientinnen an der Klinik operiert, 400 weitere finanziell unterstützt, um in anderen Bezirken operiert zu werden.

Während der strengen Lockdowns gab es keinen öffentlichen Transport mehr. Frauen kamen nicht mehr in geburtshilfliche Einrichtungen, sie wurden von Polizei und Militär mit Schlägen ins Haus zurück gejagt. Innerhalb von Tagen stieg die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit. Terrewode organisierte mit dem von uns gespendeten Ambulanzfahrzeug den Transport werdender Mütter in einem Umkreis von 100 Kilometern – so konnte in den drei Monaten dieser Kampagne das Leben von fast 300 Frauen gerettet werden. In einer Awareness-Kampagne engagierten sie sich auch gegen die massiv zunehmende häusliche Gewalt – nicht nur gegen Fistula-Frauen.

Ein besonderes Highlight von Terrewode sind dörfliche Selbsthilfegruppen ehemaliger Fistelpatientinnen, in denen sich betroffene Frauen in

ihren Dörfern gegenseitig unterstützen und bei der Reintegration helfen. Diese Frauen haben ein bewunderenswertes Standing, weil sie sich gegenseitig unterstützen. Sie organisieren Rollenspiele, singen Lieder und tanzen gemeinsam, das schafft Zusammenhalt und weckt Interesse im Dorf. Sie bekennen sich zu ihrer Krankheit, heben ihren Rock, „I have a fistula!“, und zeigen, dass sie nun geheilt sind. Das schafft Vertrauen auch bei anderen Betroffenen. Mit ihren Aktionen ziehen sie durch die umgebenden Dörfer und hinterlassen auch diese Botschaft: „Heirate nicht so früh! Wenn die Geburt kommt, warte nicht so lange!“. Das ist wirksame Fistelprävention, dient aber auch der Identifikation von Patientinnen.

Was macht Ihr Engagement in Äthiopien?

Der ehemalige Chefarzt des Hamlin Fistula Hospital, Dr. Fekade Ayenachew, wird nun in Hawassa, im Süden des Landes, eine große Spezialklinik für Mutter und Kind aufbauen. Es sollen Risikoschwangere betreut werden und eine Musterklinik für gute Geburtshilfe entstehen. Außerdem ist

eine Neonatologie-Intensiveinheit geplant. Im Dezember diesen Jahres soll die Klinik eröffnet werden, wir hoffen, dass bereits im nächsten Jahr auch Fistelpatientinnen versorgt werden können. Das Krankenhaus wird von der Caritas Voralberg gebaut, Fistula e. V. finanziert zur Initiierung unserer Zusammenarbeit das Instrumentarium für Geburtshilfe und Kaiserschnitt. Ich war bei der Planung der Einrichtung und des medizinischen Equipments beratend tätig.

Das bedeutet, dass Sie auch immer wieder vor Ort dabei sein müssen?

Ich war im Juni dort und werde im November wieder nach Äthiopien und Uganda reisen. Mir ist nicht nur die Medizintechnik vor Ort wichtig. Ich bereite mit Dr. Fekade auch Fortbildungen vor, angeglichen an die dortigen Bedürfnisse. Das ist mir ein großes Anliegen. Neben dem

medizinischen Hintergrund ist es für mich auch ein Engagement für Menschenrechte. Der fehlende Zugang zu medizinischer Versorgung für Frauen ist Zeichen eines dysfunktionalen medizinischen Systems, es ist eine Verletzung der Rechte von Frauen, vor allem aber ist es eine Verletzung der Menschenrechte. Es wird Frauen das Grundrecht einer medizinischen Versorgung in der Geburtshilfe vorenthalten. Es geht um den Standard des 19. Jahrhunderts – die Mindeststandards einer modernen Geburtshilfe.

Können Sie einordnen, welchen Stellenwert Fistula e. V. mit Ihrer Arbeit vor Ort hat?

Wir machen Projektarbeit vor Ort und finanzieren Medizintechnik, die vor Ort nicht oder nicht in adäquater Qualität erhältlich ist. Dazu gehört zum Beispiel die Cystoskopie und Urodynamik, die für die weiterführende Diagnostik von Fisteln benötigt wird und in Subsahara-Afrika in Krankenhäusern nicht zur Verfügung steht. Unsere Arbeit orientiert sich an den Bedürfnissen unserer Partnerorganisationen, die Kooperation findet unbedingt auf Augenhöhe statt. Nachhaltigkeit soll unser Grundprinzip sein. Dabei setzen wir aber auch fachlich Impulse zu Innovationen, um die Patientenversorgung zu modernisieren und zu optimieren. Außerdem finanzieren wir die Projekte unserer Partner, sich ganzheitlich für die Prävention, Rehabilitation und Reintegration von Fistelpatientinnen einzusetzen.

Das Interview mit Dr. Barbara Teltschik führte Karin Bruns.



Im Reintegrationskurs wird die Anatomie des Geburtskanals und die Genese von Geburtsverletzungen genau erklärt.

Der gemeinnützige Verein Fistula e. V.

Fistula e.V. mit Sitz in Deutschland setzt sich für Frauengesundheit in Entwicklungsländern ein und wird von Jutta Ritz gemeinsam mit der Urologin Dr. Barbara Teltschik geleitet. Unterstützt werden Organisationen und Projekte, die sich ganzheitlich für Prävention, Therapie und Reintegration von Frauen mit Geburtsverletzungen engagieren.

2003 wurde Fistula e. V. von Jutta Ritz gegründet. Mehr als 16 Jahre lang wurden so die Klinik und ihre Projekte in ganz Äthiopien unterstützt. Fistula e.V. ist eingebettet in ein Netz weltweit assoziierter Vereine, die sich international für Fistula-Projekte einsetzen. Mehr als 40.000 Frauen wurden seither operiert, Dutzende von Gynäkologen aus Äthiopien und anderen Entwicklungsländern in Fistelchirurgie ausgebildet und eine Hebammenschule gegründet. Die Patientinnen wurden nicht nur chirurgisch, sondern auch psychologisch, physio- und ergotherapeutisch behandelt.

2018 wurde die Unterstützung auf Uganda ausgeweitet. Hier bietet die Organisation Terrewode seit 1999 Frauen mit Geburtsfisteln oder ähnlichen Verletzungen umfassende Unterstützung. Die Organisation in dörflichen Selbsthilfegruppen stellt ein äußerst erfolgreiches Modell für die Rehabilitation und Wiedereingliederung von Patientinnen in ihre häusliche Umgebung dar. Mit der Hilfe von Fistula e. V. eröffnete Terrewode im Sommer 2019 ein kleines Fistelkrankenhaus in Soroti, im ländlichen, unterentwickelten Osten Ugandas. Zurzeit befindet sich das Fistula Hospital noch im Aufbau.



FISTULA e.V.

HILFE
für geburtsverletzte Frauen

Jetzt
spenden

www.fistula.de

Spendenkonto Fistula e.V.
IBAN: DE22 6639 1200 0041 0500 04
BIC (SWIFT-CODE): GENODE61BTT
Volksbank Bruchsal-Bretten