

Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation)

Vorwort

Der Begriff Weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation) umfasst alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen (WHO 1998).

Gegenüber Betroffenen sollte von „weiblicher Beschneidung“ gesprochen werden – der Ausdruck „Genitalverstümmelung“ soll die Schwere und Irreversibilität des Eingriffs betonen und zur Aufklärung verwendet werden.

Die betroffenen Frauen leiden oft ihr Leben lang unter den körperlichen und psychischen Folgen des Eingriffs. Nicht selten ist eine dauerhafte medizinische Behandlung erforderlich.

Laut WHO werden mindestens 2 Millionen Mädchen pro Jahr genitalverstümmelt (WHO 1995). Weltweit sind schätzungsweise 150 Millionen Frauen und Mädchen von FGM betroffen. Die meisten dieser Frauen leben in 28 afrikanischen Staaten (Toubia 1999), im Süden der Arabischen Halbinsel, in einigen Ländern Südostasiens und in Kurdistan.

Doch auch in Deutschland ist die weibliche Genitalverstümmelung ein Problem, das durch Migration immer häufiger wird. Zur Zeit leben in Deutschland schätzungsweise 20.000 Frauen, die von Genitalverstümmelung betroffen sind (Terre des Femmes, Mai 2008).

Die weibliche Genitalverstümmelung ist ein sensibles Thema, das fest in der Tradition und Kultur der jeweiligen Gesellschaftsordnung verwurzelt ist. Zahlreiche Argumente werden – je nach Region unterschiedlich – zur Rechtfertigung der Genitalverstümmelung aufgeführt. In vielen Regionen gilt FGM als Initiationsritus, durch den junge Frauen in die Gesellschaft aufgenommen werden. Versuche, von außen dieses Ritual in Frage zu stellen, werden oft als Einmischung in die Tradition und Diktat westlicher Lebensweisen abgelehnt.

Eine Beseitigung der Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung wird in erster Linie nur durch Bildung, spezifische Aufklärung sowie politische und soziale Maßnahmen in den Herkunftsländern möglich sein.

Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte und der psychosozialen Beratungsstellen in Deutschland ist es, den betroffenen Frauen eine Betreuung zu ermöglichen, die den kulturellen Hintergrund respektiert und einfühlsam reagiert. Dabei sollten sie auf Basis einer differenzierten Kenntnis des komplexen Problems die Zusammenhänge zwischen medizinischen (incl. psychologischen) Folgen und weiblicher Genitalverstümmelung einsehbar machen.

Als behandelnde Ärzte gilt es, gemeinsam mit den Betroffenen entsprechend ihrem Leidensdruck individuelle Lösungen bei Beschwerden, in der Schwangerschaft und bei der Geburt zu erarbeiten.

Dies betrifft vor allem den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Zudem muss die Genitalverstümmelung in Deutschland lebender Mädchen verhindert werden.

Für eine adäquate Behandlung von Patientinnen nach FGM bedarf es eines tiefen Wissens des medizinischen Personals über Ätiologie und Formen dieser Praktik und klarer Empfehlungen zum Umgang mit Frauen nach Genitalverstümmelung. Hierbei sollen die Empfehlungen der DGGG eine Hilfe sein.

1) Hintergrund und Definition

Die weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation) ist vor allem in Teilen Ost-Afrikas sehr verbreitet. Sie wird meist bei Säuglingen, Kleinkindern oder jungen Mädchen durchgeführt und ist eine verstümmelnde Operation mit vielfältigen medizinischen, psychischen und sozialen Folgen (vgl. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte: „Patientinnen mit genitaler Beschneidung“, <http://www.sggg.ch/>, www.jamaneh.ch sowie „Weibliche genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen“ der AG FIGE. <http://www.ag-fide.de>).

Gemäß der Klassifikation der WHO (überarbeitete Fassung von 2008) werden vier Formen der Genitalverstümmelung unterschieden:

- Typ I: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Klitoridektomie),
- Typ II: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Labien (Exzision),
- Typ III: "Infibulation" oder „Pharaonische Beschneidung“: Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses durch das

Entfernen und Zusammenheften oder –nähen der kleinen und/oder großen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris (ca. 15% der Fälle),

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

Ärztinnen und Ärzte werden zumeist mit Problemen, die durch die Infibulation entstanden sind, konfrontiert. Allerdings können auch die übrigen FGM-Typen erhebliche gesundheitliche Probleme nach sich ziehen.

2) Rechtliche und ethische Bewertungen

Wenngleich die weibliche Genitalverstümmelung, die meist nicht von Ärzten durchgeführt wird, in den betreffenden Ländern sozial akzeptiert ist, müssen dieser Eingriff und die ärztliche Beteiligung daran abgelehnt werden.

In Deutschland ist dieser Eingriff als Körperverletzung (§ 223 StGB), gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB), u. U. schwere Körperverletzung (§ 226 StGB) sowie Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) strafbewehrt. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird (vgl. BT-Drucksache 13/8281 vom 23. 7. 1997).

Die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte hält in der Generalpflichtenklausel des § 2 Abs. 2 fest: "Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen." Außerdem bestimmt § 2 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung: "Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können."

Entsprechend hat der 99. Deutsche Ärztetag 1996 in Köln folgende EntschlieÙung zur rituellen Verstümmelung weiblicher Genitalien verabschiedet:

"Der 99. Deutsche Ärztetag verurteilt die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung jeglicher Form von Beschneidung weiblicher Genitalien und weist darauf hin, dass entsprechend der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte derartige Praktiken berufsrechtlich zu ahnden sind. In anderen europäischen Staaten (z. B. Norwegen, Dänemark, Frankreich) ist die rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien bereits gesetzlich unter Strafe gestellt."

Dies bekräftigte der 100. Deutsche Ärztetag 1997: "Gemäß der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte ist die Vornahme derartiger Praktiken berufsrechtswidrig. Durch die genitalen Verstümmelungen werden Mädchen und Frauen fundamentale Menschenrechte, wie das Recht auf Leben und Entwicklung sowie das Recht auf physische und psychische Integrität, verweigert."

Zurzeit wird auf Grund einer Bundesratsinitiative eine Änderung des Strafgesetzbuches diskutiert, die zum Entschluss in den Bundestag eingebracht wird (Bundesrat, Drucksache 867/09). Dabei soll zum einen die Genitalverstümmelung als eigener Straftatbestand aufgenommen werden, der eine Mindestfreiheitsstrafe von 2 Jahren vorsieht. Zudem soll wegen der häufigen Minderjährigkeit der Betroffenen die Verjährungsfrist erst mit dem 18. Lebensjahr des Mädchens einsetzen. Die zugleich vorgesehene Erhöhung der vorgesehenen Freiheitsstrafen bedingt überdies eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf 20 Jahre. Die Anwendbarkeit des deutschen Strafrechts auf Genitalverstümmelungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland wird durch eine Ergänzung der Auslandsstrafbarkeit ausgeweitet. Dies ist Voraussetzung dafür, dass Genitalverstümmelungen, die außerhalb von Deutschland durchgeführt werden, von deutschen Behörden strafrechtlich verfolgt werden können, wenn es sich um ein in Deutschland lebendes Mädchen handelt. Es gibt Hinweise, dass Mädchen insbesondere während Ferienaufenthalten im Heimatland der Eltern verstümmelt werden.

3) Folgen der weiblichen Genitalverstümmelungen

Als Folgen der weiblichen Genitalverstümmelungen sind akute und chronische Komplikationen zu benennen:

a) Akute Komplikationen

- Psychisches Akut-Trauma
- Infektion
 - Lokalinfektion
 - Abszessbildung
 - Allgemeininfektion
 - Septischer Schock
 - HIV-/Hepatitis-Infektion
 - Tetanus
 - Gangrän
- Probleme beim Wasserlassen und bei der Menstruation
 - Urinretention

- Ödem der Urethra
- Dysurie
- Verletzung
 - Verletzung benachbarter Organe
 - Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus)
- Blutung
 - Hämorrhagie
 - Schock
 - Anämie
 - Tod

b) Chronische somatische Komplikationen

- Sexualität/Menstruation
 - Dyspareunie/Apareunie
 - Vaginalstenose
 - Infertilität/Sterilität
 - Dysmenorrhoe, Sekretretention, protrahierte Blutungen
 - Menorrhagie
 - Chronische Vaginitis, Endometritis, Adnexitis
- Probleme beim Wasserlassen
 - Rezidivierende Harnwegsinfektion, chronische Pyelonephritis, Urämie
 - Prolongiertes Wasserlassen
 - Inkontinenz
 - Vaginalkristalle
- Komplikationen des Narbengewebes
 - Abszess- und Fistelbildung
 - Keloidbildung/Dermoidzysten/Neurinome
 - Hämatokolpos
- Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt
 - Vaginaluntersuchung erschwert
 - Katheterapplikation unmöglich
 - Messung des fetalen Skalp-ph unmöglich
 - Austreibungsphase verlängert
 - Perinealrisse
 - Postpartale Hämorrhagie
 - Perineale Wundinfektion
 - Vesico-/rektovaginale Fistelbildung

- Perinatale Morbidität und Mortalität erhöht

c) Psychische und soziale Folgen

Die Genitalverstümmelung hinterlässt meist ein schwerwiegendes unauslöschbares körperliches und seelisches Trauma. Der gesamte Vorgang kann sich tief in das Unterbewusstsein des Mädchens eingraben und die Ursache für Verhaltensstörungen darstellen. Eine weitere schwerwiegende Folge ist der Vertrauensverlust des Mädchens in seine Bezugspersonen. Langfristig können daher diese Frauen unter dem Gefühl des Unvollständigseins, unter Angst, Depressionen, chronischer Reizbarkeit, Frigidität und Partnerschaftskonflikten leiden. Aufgrund der vielfach noch vorherrschenden Tabuisierung und dem daraus resultierenden Schweigegebot haben viele durch die Genitalverstümmelung traumatisierte Frauen keine Möglichkeiten, ihre Gefühle und Ängste auszudrücken und leiden im Stillen.

4) Betreuung der Frauen

Patientinnen mit genitaler Beschneidung, insbesondere Infibulation, bedürfen der besonderen ärztlichen und psychosozialen Betreuung und Beratung, vor allem was die körperlichen Folgen (Genitalinfektion, Blaseninfektion, Fragen der Sterilität) sowie Sexualprobleme (Unmöglichkeit der Kohabitation, Dyspareunie) angeht.

Für Arzt-Patientin-Kontakte gelten folgende Empfehlungen:

- Einfühlsame Anamnese, eventuell mit Dolmetscherin (im Einzelgespräch und/oder mit der Familie). Es sollte den Frauen gegenüber der Terminus "Beschneidung" verwendet werden.
- Einfühlsame Befunderhebung und Untersuchung.
- Infektionen indiziert behandeln.
- Blut- und Urinabflussbehinderungen beheben.
- Je nach Beschneidungsgrad die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr (Kohabitationsfähigkeit) herstellen durch Öffnung des Scheidenausgangs unter Anästhesie (s. Punkt 5). Dies setzt voraus, dass die Betreffende ausführlich psychologisch und praktisch auf die künftig veränderte Situation vorbereitet wurde.
- Bei schwangeren beschnittenen Frauen mit engem Scheidenausgang kann eine erweiternde Operation bereits während der Schwangerschaft medizinisch indiziert sein, insbesondere wenn Vaginal- und Blaseninfektion während der Schwangerschaft aufgetreten sind. Wegen einer möglichen Traumatisierung soll eine geeignete Anästhesieform gewählt werden, um Erinnerungen an die Beschneidung zu vermeiden.

- Die Öffnung der Infibulation kann auch unter der Geburt erfolgen. Durch die Eröffnung, einen kontrollierten Dammriss oder eine Episiotomie wird eine normale Geburt ermöglicht (s. Punkt 6).

5) Öffnung der Infibulation (Defibulation)

Eine Öffnung der Infibulation kann insbesondere bei entsprechenden Beschwerden (rezidivierenden Harnwegsinfektionen, Menstruationsstörungen), bei Sterilität im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit zum Geschlechtsverkehr und bei Sexualstörungen (insbesondere Dyspareunie) medizinisch indiziert sein. Im Einzelnen ist dies indiziert bei:

- Wunsch der Patientin
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- erschwertem Geschlechtsverkehr
- Keloidbildung des Narbengewebes
- schwerer Dysmenorrhoe
- rezidivierenden Infektionen
- Einschlusszysten
- Geburt.

Hierzu ist vor dem Eingriff eine besondere Beratung notwendig, die die medizinischen Aspekte, aber auch den kulturellen Hintergrund anspricht. Der Eingriff muss unter Anästhesie durchgeführt werden, um eine Erinnerung an ein mögliches Trauma zu vermeiden.

6) Öffnen der Infibulation vor oder unter der Geburt und anschließende Wundversorgung

In der Schwangerschaft soll durch den Geburtshelfer eingeschätzt werden, inwieweit die Beschneidung ein Geburtshindernis darstellen kann. Bereits zu diesem Zeitpunkt soll eine eventuell unter der Geburt notwendige Öffnung der Beschneidung (Defibulation) erörtert werden, wobei die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte sowohl der Öffnung als auch der Wundversorgung nach der Geburt besprochen werden müssen. Ziel dieses Gespräches soll es sein, dass bei der Wundversorgung nach der Entbindung der Scheidenausgang so wieder hergestellt wird, dass es nicht zu möglichen Problemen wie unter Punkt 5 beschrieben kommen kann.

Um nicht zweimal einen operativen Eingriff durchzuführen, soll die Defibulation möglichst nur unter der Geburt durchgeführt werden.

Die Wundversorgung nach der Entbindung basiert auf den mit der Patientin während der Schwangerschaft besprochenen Festlegungen des Öffnens der Infibulation und der Wundversorgung nach der Geburt. Es darf kein erneuter Genitalverschluss in der Form vorgenommen werden, dass medizinische Probleme, wie rezidivierende Blaseninfektionen, Stau des Menstruationsblutes oder Schwierigkeiten beim Sexualverkehr, zu erwarten sind.

7) Rechtliche und ethische Beurteilung der Wundversorgung

Rechtlich ist zwischen den verschiedenen Formen der (primären) Genitalverstümmelung und der Wundversorgung zu unterscheiden. Während das Erste eine schwere Körperverletzung darstellt, ist das Zweite eine medizinisch notwendige Maßnahme. Die Wundversorgung nach der Entbindung hat zum Ziel, die geöffneten Narben sowie den Dammriss oder den Dammschnitt zu versorgen.

Wie jede andere Heilbehandlung ist diese nur mit Einwilligung der Patientin nach erfolgter Aufklärung zulässig. Der Aufklärung und Information kommt bei der Behandlung der betroffenen Frauen besondere Bedeutung zu. Das Aufklärungsgespräch hat neben der verständlichen Darstellung der medizinischen Behandlung in angemessener Weise die besondere Situation der Frau zu berücksichtigen.

Verlangen Frauen mit Infibulation nach erfolgter Aufklärung die Wiederherstellung des körperlichen Zustandes wie vor der Geburt, muss der Arzt die Behandlung ablehnen, da die Reinfibulation (Wiederherstellung der Infibulation) per definitionem den Zustand der schweren Körperverletzung darstellt.

Der Arzt ist verpflichtet, die bestehenden Wunden so zu versorgen, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau entsteht. Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens der Frau.

8) Psychosoziale Beratung von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung

Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung stellen eine relativ kleine Gruppe der Wohnbevölkerung in Deutschland dar. Die vorhandenen Beratungsstellen im psychosozialen Bereich haben wenig Ausbildung sowie Erfahrung mit den besonderen Problemen von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Insbesondere in den Großstädten sollten daher entweder vorhandene Beratungsstellen (z. B. Migrantinnenberatung) für dieses Konfliktfeld ausgebildet werden oder neue Beratungsstellen, die sich auch dieser besonderen Problematik widmen, eingerichtet werden. Hierzu bedarf es eines Rahmens, der

sowohl die staatlichen Beratungsstellen als auch die freigemeinnützigen Beratungsstellen einbezieht.

9) Prävention für die neugeborenen Töchter

Entsprechend ihres kulturellen Hintergrundes haben die werdenden Mütter mitunter den Wunsch, eine Beschneidung auch bei ihren neugeborenen Töchtern zu veranlassen. Dies ist in jedem Fall zu vermeiden.

In der Beratung der Mütter sollen die medizinischen, psychischen und sozialen Folgen einer Beschneidung besprochen werden. Es bieten sich andere Riten der Aufnahme in die kulturelle Gemeinschaft an, sodass der Druck aufgrund des kulturellen Hintergrundes von diesen Frauen genommen werden kann. Die Entbindung in der Klinik kann die einzige Gelegenheit zur diesbezüglich rechtzeitigen oder präventiven Beratung sein. Sie ist deshalb im Interesse der neugeborenen Mädchen in jedem Fall zu nutzen. Eine wesentliche Rolle in der Prävention von Genitalverstümmelungen in Deutschland lebender Kinder haben auch die die (neugeborenen) Mädchen betreuenden Pädiater, die in angemessener Form auf die Nachhaltigkeit der Betreuung (und damit auch einer Kontrolle) durch die Vorsorgeuntersuchungen hinweisen sollte.

10) Weitere politische Aktivitäten

Die drei UN-Organisationen **UNICEF** (United Nations International Children`s Emergency Fund), **WHO** (World Health Organisation) und die **UNFPA** (United Nations Population Fund) treten für die Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung ein. UNICEF fördert in zahlreichen Ländern wie zum Beispiel in Äthiopien, Mali, Sudan und Senegal Kampagnen gegen die Genitalverstümmelung. Dabei werden z.B. Entscheidungsträger und die Gesamtbevölkerung über lokale Radio- und Fernsehstationen für das Thema sensibilisiert, lokale Frauengruppen unterstützt und Programme zur Umschulung von Beschneiderinnen organisiert.

Die drei UN-Organisationen betonen, dass ein dauerhafter Erfolg in der Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung nur dann zustande kommen kann, wenn Regierungen, politische und religiöse Institutionen, internationale Organisationen, Nicht-Regierungs-Organisationen und Hilfsorganisationen gemeinsam an der Aufklärung gegen diese Tradition mitwirken. Nur so kann auch ein gesetzliches Verbot in den betroffenen Ländern erreicht und umgesetzt werden.

Im Netzwerk „Integra“ haben sich 24 deutsche Organisationen zur Überwindung von weiblicher Genitalverstümmelung zusammengeschlossen *.

Ein wichtiges Beispiel für eine deutsche Nicht-Regierungs-Organisation, die sich seit Jahren mit vielen Projekten gegen die Genitalverstümmelung einsetzt, ist die Organisation „Terre des Femmes“. Mittels einer intensiven und differenzierten Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit versucht diese Organisation zu erreichen, dass auch die Bevölkerung in Deutschland die genitale Verstümmelung als Menschenrechtsverletzung wahrnimmt und sich dagegen einsetzt.

International ist die deutsche Organisation „Target“ um Annette Weber und Rüdiger Nehberg sehr aktiv. Sie erreichten auf einer islamischen Konferenz der Al-Azhar Universität in Kairo im Jahr 2006 eine Ächtung der weiblichen Genitalverstümmelung mit Hilfe einer Fatwa. Außerdem arbeiten sie regional mit Aufklärungskampagnen, um insbesondere in ländlichen Gebieten die weibliche Genitalverstümmelung zu bekämpfen.

11) Hinweis

Die aktuelle Empfehlung der DGGG „Umgang mit Patientinnen nach Weiblicher Genitalverstümmelung“ basiert auf den Empfehlungen der Bundesärztekammer 2005. (<http://www.arzt.de/page>, Dtsch Arztebl 2006; 103(13) A 842-845).

*<http://www.netzwerk-integra.de>. Das Netzwerk Integra hat gemeinsam mit der AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit Tropengynäkologie (AG FIDE e.V.) ebenfalls einen Leitfaden zur Weiblichen Genitalverstümmelung erstellt.

Mitglieder der Arbeitsgruppe „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation)“:

Dr. Isabell Utz-Billing (Federführung)

Prof. Dr. Heribert Kentenich

Dr. Julia Henzgen

Dr. Eva Kantelhardt

Dr. Kerstin Rhiem