

Female Genital Mutilation: Was müssen Kinder- und Jugendärzte über die genitale Beschneidung von Mädchen wissen? – Update 2018

C. Zerm

Praxis, Herdecke

Weibliche Genitalverstümmelung – Physische und psychische Folgeschäden – Sozio-kultureller Hintergrund – Geschlechterdiskriminierung – Gewalt gegen Frauen – Migrantinnen in Europa – Vorsorge

pädiatrische praxis 89, 618–630 (2018)
Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG

■ Einleitung

Eine wichtige Klarstellung vorweg: Viele betroffene Frauen fühlen sich herabgewürdigt bei der Bezeichnung Verstümmelung, daher sollte in ihrer Gegenwart das neutrale Wort Beschneidung verwendet werden. Vor Menschen, die nichts oder wenig über diesen Brauch wissen, wäre die letztgenannte Bezeichnung jedoch eine unverantwortbare Verharmlosung (Euphemismus).

Nach der Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) sind unter Female Genital Mutilation (FGM) »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« zu verstehen [1].

Laut UNICEF (2016) sind weltweit mindestens 200 Millionen Frauen von FGM betroffen, jährlich kommen 2–3 Millionen hinzu. Das Vorkommen ist von Land zu Land sehr unterschiedlich, in einigen Ländern ist nur ein kleinerer Prozentsatz der weiblichen Bevölkerung betroffen, in anderen Ländern wie Sudan, Somalia, Ägypten weit über 90% aller Frauen. Da FGM eine ethnisch verankerte Tradition darstellt, sind die politischen Grenzen häufig nicht deckungsgleich mit den ethnischen Siedlungsgrenzen (► Abb. 2). Die Verbreitung reicht von Fernost (Philippinen, Malaysia, Indonesien) über Kurdistan, Südarabien sowie den mittleren Teil Afrikas bis nach Mittelamerika, mit Schwerpunkt in fast dreißig afrikanischen Ländern (► Abb. 1, 2).

Tief verwurzelte Traditionen halten sich erfahrungsgemäß am hartnäckigsten in ländlichen Regionen, besonders bei hohem Analphabeteanteil. In der Anonymität der größeren Städte besteht manchmal die Chance, diesen zwingenden Bräuchen zu entkommen, allerdings gilt dies bisher nur für Wenige. Überdies gibt es in den letzten Jahren Berichte, dass auch unter großstädtischen Intellektuellen z. B. im Sudan ein Trend zu beobachten sei, wieder streng zu solchen Praktiken zurückzukehren.

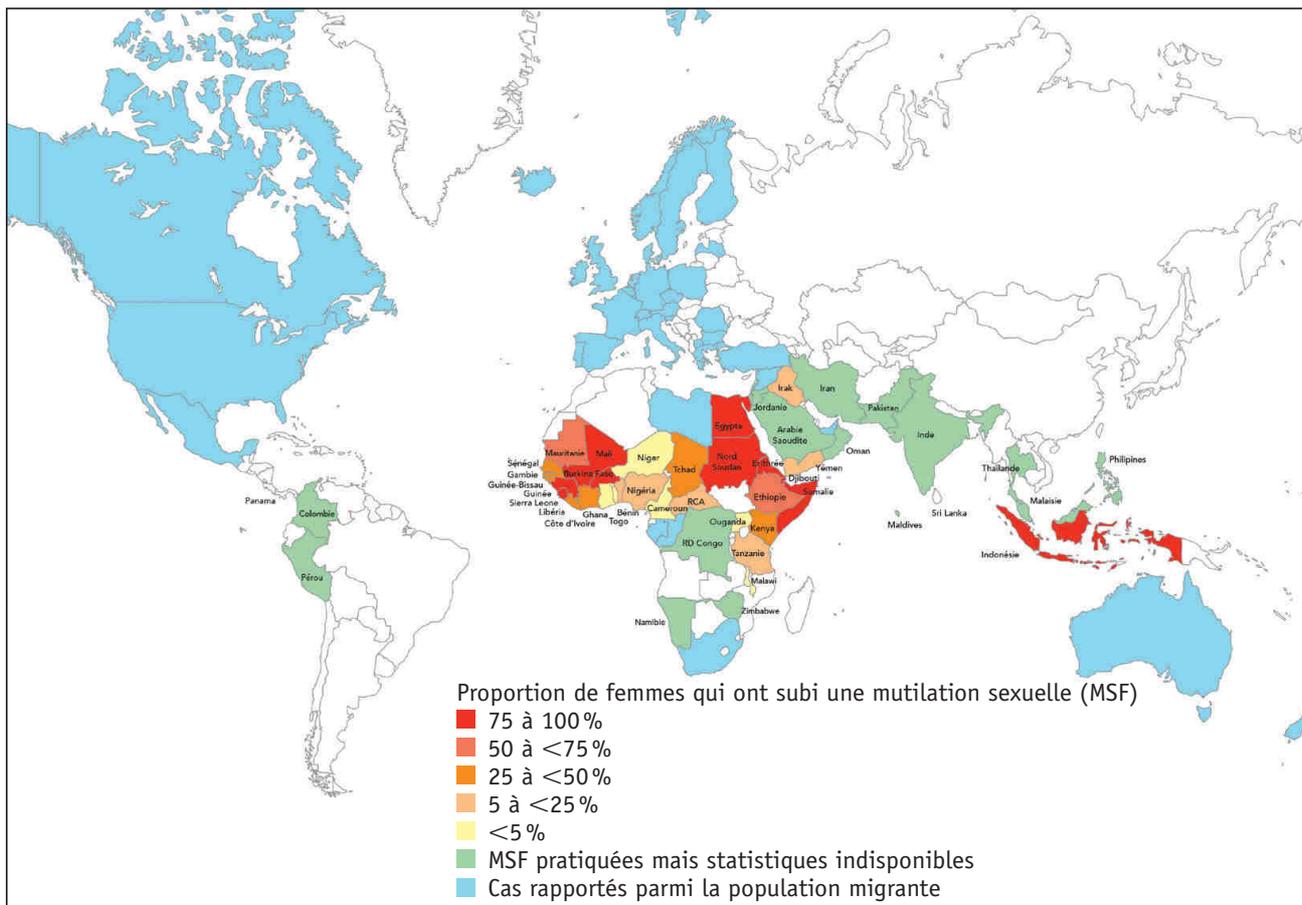


Abb. 1 | Verbreitung FGM weltweit: Quelle: GAMS Belgique 2016

Die Süd-Nord-Migration seit vielen Jahren hat dazu geführt, dass auch in Deutschland eine zunehmende Anzahl von Menschen aus Ländern leben, in denen FGM noch ausgeübt wird (»Prävalenzländer«). Nach Berechnungen von Terre des Femmes handelt es sich dabei um rund 100.000 Migrantinnen aus solchen Ländern. Aufgrund der prozentualen Verbreitung (Prävalenz) in diesen Ländern lässt sich errechnen, dass davon bis zu 50.000 Mädchen und Frauen von FGM betroffen und mutmaßlich einige tausend Mädchen gefährdet sind. Werden weitere Faktoren berücksichtigt, dürfte eine erhebliche Dunkelziffer hinzukommen.

■ Einteilung der Typen nach WHO

WHO Update 2008:

- **Typ I:** Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Clitoridektomie)

- **Typ II:** Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Exzision)
- **Typ III:** Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der kleinen und/oder großen Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, meistens mit Entfernung der Klitoris (Infibulation* oder »Pharaonische Beschneidung«). Die Wundränder werden dabei z. B. mit Akaziendornen zusammengesteckt, bis auf eine bleistift-dünne Öffnung; *das lateinische Wort »Fibula« (= Klammer, Spange) in Infibulation weist auf das Verschießen hin (► Abb. 3).
- **Typ IV:** Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, z. B.: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen oder Verätzen, Dehnen.

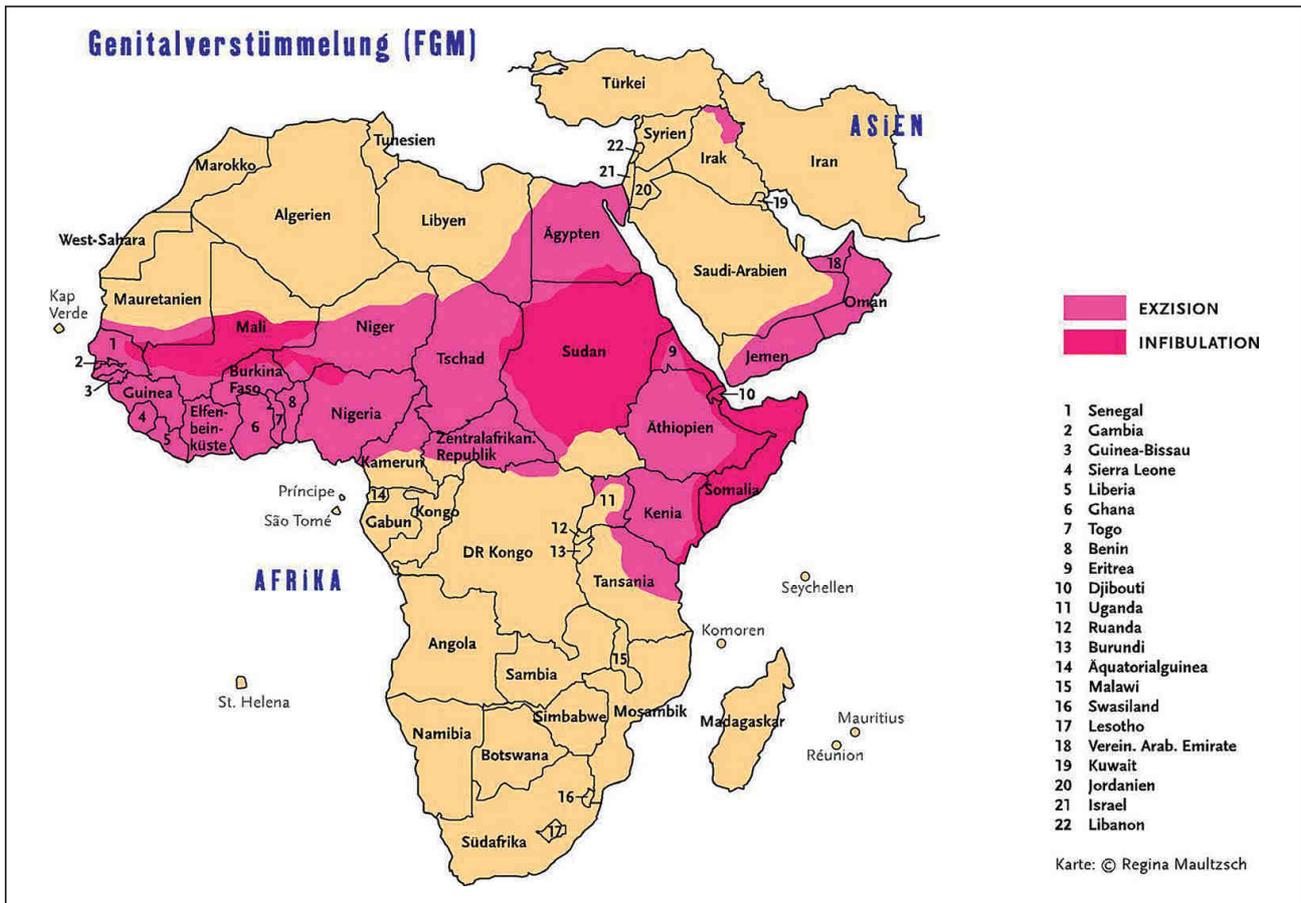


Abb. 2 | Karte mit Verteilung FGM Typ II und III in Afrika und Nahost; Quelle: Terre des Femmes

Die WHO hat 2013 weitere Untergruppen definiert. Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet und betreffen weltweit ca. 80% der genital verstümmelten Frauen. Zum Typ III gehören ca. 15% aller von FGM betroffenen Frauen. Es gibt jedoch Länder, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form der FGM unterzogen worden sind (►Abb. 3).

Zur Verdeutlichung, welche schwerwiegende Beeinträchtigung alle Typen von FGM für die Betroffenen darstellen, hilft ein entwicklungsbiologischer Vergleich: Typ I würde für den Mann den Verlust des Penis (nicht nur des Präputiums!) bedeuten, bei Typ II würde zusätzlich auch das Scrotum entfernt. Für Typ III könnte darüber hinaus kein Korrelat mehr für den Mann benannt werden.

Die Einteilung der WHO ist natürlich nur ein grobes Raster. In der ländlichen Situation gilt, was auch die Vorfahren schon immer taten, und

das variiert zuweilen von Dorf zu Dorf. Anatomische Kenntnisse sind nicht vorauszusetzen und auch an medizinische Instrumente ist nicht zu denken. So dient den Beschneiderinnen, zumeist ältere, angesehene Frauen im Dorf (►Abb. 4), als Schneidewerkzeug alles, was gerade zur Hand ist: Scheren, Küchenmesser, Glasscherben, Rasierklingen oder -messer, alte geschärfte Eisenblechstücke, tradierte Beschneidungsmesser (►Abb. 5) etc. Dies geschieht unter zu allermeist unhygienischen Verhältnissen. Eine Schmerzlinderung findet kaum statt, manchmal werden Kräuterzubereitungen verwendet, Narkosen gibt es nicht, das Mädchen wird von einigen Frauen (darunter meistens auch die eigene Mutter) festgehalten. Selbst wenn die Beschneiderin eine genauere Vorstellung hat von dem, was sie entfernen will, können Altersschwachsichtigkeit, schlechte Lichtverhältnisse oder plötzliche Abwehrbewegungen des Opfers zu zusätzlichen unkontrollierten Verletzungen, Knochenbrüchen u. v. a. m. führen. Zum Vernähen werden Bind-

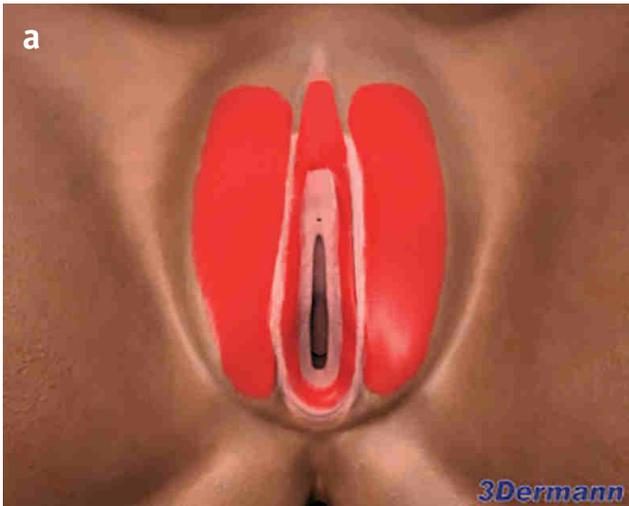


Abb. 4 | Foto einer alten Beschneiderin in Somalia;
Quelle: Jawahir Cumar 2010

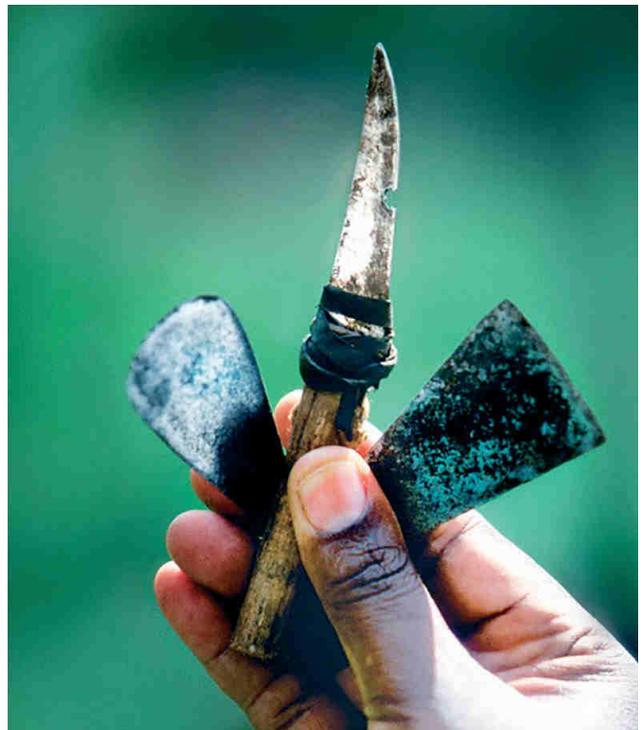


Abb. 5 | Foto FGM Beschneidungsmesser; Quelle: The Lancet 2006



Abb. 3 | FGM Typ III. a: Schnittfläche; b: Wundverschluss mit Dornen; a, b: . Quelle: Dirk Heidemann (nach Vorlage C. Zern); c: Foto vernarbter Zustand nach Infibulation; Quelle: unbekannt



Abb. 6 | Malerei »The child weeps« von Wande George, Nigeria 1998 (Teil einer Wanderausstellung ca. 2000 in Deutschland)

fäden, Bast, Dornen und Eisenringe verwendet. Besonders bei Typ III werden den Mädchen anschließend die Beine in voller Länge fest umwickelt. So sind sie für die nächsten 4–6 Wochen völlig immobilisiert, bis die Wunde zugeheilt ist.

Das Alter, in dem dieser Akt vorgenommen wird, variiert je nach Ethnie und Überlieferung, von Land zu Land, von Region zu Region. Es wird in den ersten Lebenstagen und -wochen vorgenommen (z. B. am Horn von Afrika), im Kleinkindalter, im Alter von 4–10 Jahren oder vereinzelt auch in der späten Pubertät als Teil der Hochzeitsvorbereitungen, wobei es sich hierbei häufig auch noch um Frühehen handelt (underage-marriages). Manchmal hängt es auch von den finanziellen Möglichkeiten ab, zu welchem Zeitpunkt eine Beschneidung durchgeführt werden kann. In den letzten Jahren wird in einigen Prävalenzländern eine zunehmende Verlagerung des Zeitpunktes in immer frühere Lebensabschnitte beobachtet. Durch die heutigen Kommunikationsmöglichkeiten sind viele Mädchen besser informiert und versuchen, vor der Verstümmelung zu fliehen. Die Vorverlagerung des Beschneidungsalters soll diese Entwicklung verhindern. In Guinea und Gambia wird außerdem nicht selten eine Zweitbeschneidung vor der Hochzeit vorgenommen, wenn im Kindesalter »zu wenig« beschnitten worden ist, bzw. als »Hochzeitsvorbereitung« (► Abb. 6).

■ Vorkommen in Europa

Wenn von gefährdeten Mädchen in Deutschland die Rede ist, impliziert das die Frage, ob und wie die Gefahr real werden kann. Anders als z. B. in Frankreich hat es in Deutschland bisher mangels gerichtsfester Aussagen noch keine Verurteilungen wegen FGM gegeben. Dennoch gehen alle sachkundigen Akteure von einer schwer quantifizierbaren Dunkelziffer aus. Eine Möglichkeit besteht in der sogenannten Ferienbeschneidung: Das Mädchen kommt in den Ferien in die Herkunftsregion der Eltern und wird dort, ob mit oder gegen den Willen der Eltern, von anderen Angehörigen oder deren Helfern beschnitten. Manchmal wird aus diesem Anlass noch ein großes Fest veranstaltet, der Tradition entsprechend. Tragischerweise kommt es immer wieder vor, dass eine auch nur kurze Abwesenheit von Eltern, die gegen FGM eingestellt sind, von den übrigen Familienmitgliedern ausgenutzt wird, um die Tochter dennoch zu beschneiden. Eine andere Möglichkeit ist das Einfliegen von Beschneiderinnen nach Deutschland, oder man fährt in ein europäisches Nachbarland, um den Akt dort vornehmen zu lassen. Laut einer Umfrage unter deutschen Frauenärzten (2005) wird auch gelegentlich hierzulande angefragt, ob eine Beschneidung durchgeführt werden kann. Beweise für eine solche Durchführung sind bisher nicht bekannt geworden.

■ Diagnostik

Je jünger das betroffene Mädchen ist, umso schwieriger gestaltet sich für den untersuchenden Arzt (z. B. Pädiater) die Diagnostik. Typ III ist in jedem Alter unschwer zu erkennen, jedoch kann es schon schwieriger sein, bei einem kleinen Mädchen eine (Teil-)Resektion der Labia minora von einer physiologisch kleinen Variante abzugrenzen. Hilfreich ist dabei die Beachtung von Begleitindizien wie z. B. (kleine) Narben, Kerben, Verziehungen und insbesondere eine (Teil-) Resektion der Klitoris und/oder des Präputiums. Bei Typ I gibt es erfahrungsgemäß ein breites Spektrum: Von einer nahezu

symbolischen »Kappung« der Klitoris Spitze (die manchmal nur noch schwer verifizierbar ist) bis zur radikalen Klitorisentfernung kann alles, auch in Zwischenformen, vorkommen. Hierbei ist die zusammenfassende Wertung von Befund und Anamnese besonders wichtig. 2016 hat die WHO eine Visuelle Referenz-Hilfe in Obstetrics & Gynecology veröffentlicht [32].

■ Ursprünge und Grundlagen

Im Bewusstsein der Anwendenden leitet sich FGM vor allem aus folgendem ab:

1. **Tradition** (»das haben unsere Vorfahren schon immer so gemacht...«; »der Wille der Ahnen wird hierdurch erfüllt...«). Genaueres über den Ursprung ist nicht bekannt. Erste Hinweise auf FGM stammen von ägyptischen Mumien aus dem dritten vorchristlichen Jahrtausend. Mutmaßlich von dort breitete sich diese Praxis in alle Richtungen weiter aus. Im Islam des Propheten Mohammed (der seine Töchter der Überlieferung nach nicht beschneiden ließ) war FGM nicht verankert, jedoch unter den Nachbarvölkern verbreitet. Bei der Eroberung dieser Völker mengte sich nach und nach auch FGM in das Brauchtum der entstehenden muslimischen Reiche und erreichte später so auch das äquatoriale Afrika.
2. Die meisten Anwender glauben fest, dass FGM den Vorschriften der **Religion** entspreche, und zwar **bekennnisübergreifend** (Muslime, Christen, andere Glaubensrichtungen). Keineswegs ist FGM auf die islamische Welt beschränkt, wird andererseits dort auch gar nicht überall praktiziert, z. B. nicht in Saudi-Arabien. Allerdings: Länder, in denen FGM exzessiv praktiziert wird, sind überwiegend muslimischen Glaubens. 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. Nach der Mythologie wurde der Mensch als ein zunächst mit männlichen und

weiblichen Attributen ausgestattetes Wesen angesehen. Der Schritt in die eindeutig definierte Rolle als erwachsene Frau oder Mann wird demzufolge nur möglich durch die Entfernung der »gegengeschlechtlichen« Anteile (Präputium beim Mann und Klitoris bei der Frau). Hinzu kommt möglicherweise (unbewusst) die auch von der nordamerikanischen Urbevölkerung (»Indianer«) bekannte Kombination von Schmerz-Ertragen und Festlichkeit.

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 u. a. die Empfängnisfähigkeit, die allgemeine Gesundheit sowie die eheliche Treue. Diese bewusste Unterdrückung der weiblichen Sexualität ist letztlich das eigentliche, bestimmende Merkmal dieser schädigenden Tradition, Ausdruck männlicher Dominanz in einer patriarchalischen Gesellschaft.

■ Sozio-kulturelle Verwurzelung

In den meisten Anwendergesellschaften werden unbeschnittene Frauen als/wie Prostituierte diskriminiert, sie haben keine Chance, einen Ehemann zu bekommen. Stellt dieser am Hochzeitstag einen unbeschnittenen Zustand fest, so soll er die Braut mit Schande in ihr Heimatdorf zurückschicken, wo auch deren Familie fortan sozial stigmatisiert sein wird. Ohne Verheiratung hat eine Frau in der patriarchalischen Gesellschaft jedoch keine soziale Zukunft, somit keine realistische Lebensbasis. So ist es ein Akt der Fürsorge, dass vor allem die Großmütter streng auf der Einhaltung dieser Sitte achten, etwa so, wie im westlich-okzidental Kulturkreis die Einschulung die Zukunft sichern hilft. Daran wird eines deutlich: Bildung und eigenes Einkommen verhilft der Frau zur Möglichkeit, sich selber versorgen zu können, und damit zu mehr Unabhängigkeit – ein wichtiger Baustein zur Überwindung von FGM. Ein weiterer Baustein sind anatomisch-physiologische Kenntnisse – für

Frauen und Männer gleichermaßen! Ohne diese ist den Menschen der Zusammenhang zwischen den oftmals verheerenden Folgen und FGM nicht im Geringsten klar. Ein dritter Baustein wäre die Ächtung von FGM durch die geistlichen Autoritäten, bis hinunter zur Dorfebene, auch dies auf der Basis von Aufklärung. Ein sehr entscheidender Faktor ist schließlich, ob die Regierung eines Landes sich aktiv in die Überwindung von FGM einbringt oder nicht.

■ Medizinische, psychische und soziale Komplikationen

Je nach Ausmaß der FGM und den Fähigkeiten der Beschneiderin sind diese unterschiedlich ausgeprägt:

Frühkomplikationen

Starker Blutverlust bis zur Verblutung, schmerzbedingter Kollaps, traumatischer Schock, der zu Todesfällen führen kann. Ferner können Nachbarorgane verletzt werden wie Rektum/Anus, Urethra, Harnblase, größere Gefäße und die Vaginalwand mit der Gefahr von Fistelbildung. Die beschriebenen, häufig sehr mangelhaften hygienischen Bedingungen führen oft zu schweren Infektionen, nicht selten mit Vereiterungen, noch begünstigt durch die behinderte Sauerstoffzufuhr zur Wunde, die meist hohen Außentemperaturen und den Bewegungsmangel. So kann es im weiteren Verlauf zu einer Sepsis kommen, an der sogar in Europa noch ein hoher Prozentsatz sterben würde, umso mehr in den Ländern des Südens.

Spät- und Folgekomplikationen

Da die »Schneidewerkzeuge« meist mehrfach verwendet werden (natürlich ohne Zwischendesinfektion!), erweist sich dies zusätzlich noch als ein fataler Weiterverbreitungsweg für gefährliche Infektionskrankheiten wie AIDS oder Hepatitis. Es kommt zu leichten bis schwersten Behinderungen beim Wasserlassen (für viele Betroffene

ist es »normal«, 20–30 Minuten dafür zu benötigen), daraus resultierend ascendierende Harnwegsinfektionen mit weiteren Komplikationen bis zur schweren Nierenbeckenentzündung. Aus Angst vor solchen Entleerungsbeschwerden trinken die Frauen häufig zu wenig, was zu Steinbildungen und ebenfalls zu Infektionen führen kann, abgesehen von Austrocknungssymptomen und Stoffwechselerkrankungen. Gleichartige Probleme treten auf bei der Menstrualabsonderung: Die Periode dauert häufig bis zu zwei Wochen infolge von Menstrualstauungen, was heftige Dysmenorrhöen verursachen kann. Staus sind außerdem ideale Nährböden für aufsteigende Infektionen der inneren Genitalorgane (Adnexitis, Myometritis, Parametritis), die chronifizieren und zu Sterilität führen können. Letzteres ist vor allem in Afrika eines der schlimmsten Dinge, die einer jungen Frau zustoßen können. Die ausgedehnten Wunden, nicht selten sekundär verheilt, können Keloide bilden, auch Narbenverziehungen, Zysten und Neurinome, die bei jeder Berührung Schmerzen verursachen, und es kann zu Harnverhalt durch Urethralstenose kommen. Die somatische und/oder psychische Traumatisierung führt in zahlreichen Fällen zu einer erheblichen Absenkung der Schmerzschwelle mit z.T. lebenslanger genitaler Hypersensibilität bzw. chronischer Vulvodynie.

Insbesondere führt FGM zu schwersten psychischen und physischen **Behinderungen der Vita sexualis** (für viele vom Typ III betroffene Frauen ist der Geschlechtsakt gleichbedeutend mit der Erduldung grenzenlosen Schmerzes, der jedoch als naturgegeben hingenommen wird, da die wenigsten Betroffenen von der Existenz anderer Lebensformen Kenntnis haben). Schon bei Typ II kann der Introitus erheblich verengt sein, umso schlimmer ist die Situation bei Typ III. Frauen, die infibuliert wurden, erleiden in einigen Regionen im Laufe ihres Lebens zwanzig, dreißig Mal das Aufschneiden und Zunähen ihres Genitaleinganges: Zum ersten Mal in der Hochzeitsnacht – der Ehemann muss mit irgendeinem schneidenden Gegenstand aufschneiden, oder er versucht so lange zu penetrieren, bis es irgendwann einmal gelingt – sodann das wiederholte Zunähen bei Abwesenheit des Mannes, während

und nach der Schwangerschaft oder aus sonstigen Gründen, je nach Belieben des Ehemannes.

Mitfühlende Ehemänner werden mutmaßlich mit ihren Frauen mit leiden, und all dies kann auch beim Mann zu funktionellen Sexualstörungen führen. Unter solchen Bedingungen verlagert sich das Intimleben der Frauen in großen Teilen auf andere Bereiche jenseits des Geschlechtsaktes, und Interviews haben ergeben, dass Betroffene auf dieser Grundlage mitunter europäische Frauen als etwas vereinseitig ansehen.

Bei eingetretener Schwangerschaft besteht die Gefahr schwerster **geburtshilflicher Komplikationen** mit stark verlängerten Geburtsverläufen und Geburtsverletzungen, vor allem in abgelegenen Gegenden ohne ausreichende medizinische Versorgung. Daraus resultiert eine hohe kindliche und mütterliche Morbidität und Mortalität (z. B. WHO 2015). Eine in Afrika sehr verbreitete Schädigung, die Vesicovaginal- bzw. Rectovaginalfistel (oder in Kombination), wird u. a. durch solcherart verlängerte Geburtsverläufe bzw. -stillstände sehr begünstigt.

Die **sozialen Folgen** solcher Komplikationen sind leicht nachvollziehbar: Bei Urin- und/oder Stuhl-Inkontinenz, aber auch schon bei dem mühsamen Abgang von Menstralsekret, kommt es fast immer zu sehr unangenehmen Geruchsentwicklungen, verschärft durch das heiße Klima. Dies wie auch die Unfruchtbarkeit kann und wird der Ehemann ggfs. zum Anlass nehmen, seine Frau zu verstoßen. Beide werden mit keinem Gedanken darauf kommen, dass FGM die Ursache dieses Übels ist. Die Männer wissen zumeist nichts über die wirkliche Dimension von FGM. Sie halten das für eine Angelegenheit der Frauen, sind allerdings dahingehend erzogen, dass nur beschnittene Frauen heiratsfähig sind. Derart verstoßene Frauen werden aus der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen, und sie haben wenig Chancen, auf sich allein gestellt langfristig zu überleben.

Psychische Veränderungen: Immer wieder wird berichtet, wie verändert die Mädchen nach diesem Eingriff erscheinen; die kindliche Fröh-

lichkeit und Unbeschwertheit hat einem altersinadäquaten Ernst, mitunter einer Teilnahmslosigkeit Platz gemacht. In allen Lebensaltern kann dieses enorme Trauma gleichzeitig den Verlust des Urvertrauens bedeuten: Die geliebtesten Menschen haben ihr unvorbereitet diesen schrecklichen Schmerz angetan, statt sie zu schützen! Die zumeist lebenslange psychische **Folgesymptomatik** (z. B. Angst, Depressionen, Perspektivlosigkeit, psychosomatische Erscheinungen) wird von manchen Expertinnen mit dem Trauma einer Vergewaltigung verglichen. Die Erinnerung kann zwar verblassen, aber das Erlittene wird dennoch im Körper gespeichert. Erschwerend kommt das **Schweigegebot** hinzu: Über all dies darf nicht gesprochen werden, unter keinen Umständen und mit niemandem! So wird es auch der Migrantin in Europa fast unmöglich sein, über ihre eigene Betroffenheit zu sprechen – sofern sie sich dieser überhaupt bewusst ist. Umso wichtiger ist die Verbreitung differenzierter und differenzierender Kenntnisse über FGM in allen Berufsgruppen und Bevölkerungskreisen, um erneute traumatisierende Erlebnisse mit ahnungs- und verständnislosen Europäern möglichst zu vermeiden.

Bis heute existieren noch keine umfangreichen Untersuchungen, um wissenschaftlich gesicherte Aussagen machen zu können über das genauere Ausmaß der psychologischen und sozialen Folgeschäden von FGM und dessen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Einige grundlegende Probleme haben diese Untersuchungen bisher ohnehin erschwert bzw. unmöglich gemacht: Zum einen das absolute Schweigegebot bezüglich FGM in den Anwenderpopulationen. Desweiteren das weitgehend fehlende Bewusstsein der Menschen in den Prävalenzländern über den Zusammenhang zwischen dem Akt der FGM und den potenziellen akuten und langfristigen Folgeschäden (es besteht hierbei eine völlige Dissoziation). Diese Folgeschäden müssten überdies während eines viele Jahre dauernden Beobachtungszeitraums registriert werden. Schließlich wäre es eine enorme Herausforderung, die kulturelle Kluft zu überbrücken, die den Fragesteller von den zu beobachtenden Menschen zunächst einmal trennt.

■ Was ist zu tun?

Viele wichtige Bereiche des öffentlichen Lebens sollten besonders gut informiert sein, um angemessen reagieren und handeln zu können:

- **Gesundheitswesen:** Hebammen, Ärzte, Pflegende, Psychologen, Gesundheitsämter, Kostenträger etc.
- **Bildung/Erziehung:** Kindergärtnerinnen, Lehrer, Kursleiter etc.
- **Behörden/Verwaltung:** Asyl-/Ausländerämter, Fürsorge/Sozialarbeiter, Jugendämter, Stadtverwaltungen, Ministerien...
- **Ordnung und Recht:** Anwälte, Justiz, Polizei...

Grundsätzlich stehen bei der Aktivität zur Überwindung von FGM zwei Ziele im Fokus: **Betroffenenbetreuung** einerseits und **Prävention** andererseits (Schwangerenbetreuung ist hierbei ein geeigneter Einstieg, ein weiterer sind die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen).

Prävention

Angelehnt an die Erfahrungen in den Prävalenzländern erweist sich die Förderung von Wissen und Bewusstsein (Sensibilisierung) als effektive Prävention, in europäischen Ländern gleichermaßen wie in den Ursprungsländern. Die Betroffenen sind am besten zu erreichen durch respektvollen Umgang (Dialog auf Augenhöhe). Das gilt auch für die Arzt-Patienten-Begegnung. Hierdurch und durch vorherige Aneignung von Grundkenntnissen entsteht eine Art interkulturelle Kompetenz, die die Brücke zur Vertrauensbildung darstellt. Auf diesem Boden werden der Austausch von Gedanken und die Übermittlung von Wissen möglich und fruchtbar.

Bedeutsam ist die positiv gestimmte Botschaft: Dem Kind soll es gut gehen, und jede Beeinträchtigung der körperlichen und damit auch psychischen Integrität hat gegenteilige, schädliche Folgen. Nur bei völliger Uneinsichtigkeit ist der Hinweis auf die strafrechtlichen Konsequenzen notwendig (im September 2013 ist in

der BRD ein eigener Straftatbestand FGM verabschiedet worden: § 226a StGB). Meist genügt der freundliche, aber bestimmte Hinweis darauf, dass bei weiteren Untersuchungen stets erneut eine vollständige körperliche Untersuchung einschließlich des äußeren Genitale stattfinden wird. Dies ist zugleich ein Präventionsbeitrag für alle Kinder gegen Misshandlungen, zu denen FGM als eine Variante gehört, und es vermeidet die einseitige Diskriminierung und Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen wie z. B. Menschen mit dunkler Hautfarbe, die sonst schlimmstenfalls unter Generalverdacht gelangen könnten.

Will man darüber hinaus aktiv werden, ist es sinnvoll, sich bestehenden lokalen und/oder regionalen Runden Tischen gegen Mädchenbeschneidung anzuschließen oder einen neuen zu gründen. Hierbei ist es wichtig, mit den Communities in Kontakt zu kommen, im weiteren Verlauf auch gemeinsame Veranstaltungen durchzuführen, wiederum zur Förderung des gegenseitigen Vertrauens und Verständnisses (Leitgedanke: Mit- und nicht übereinander sprechen). Dabei sollte eine isolierte FGM-Thematisierung vermieden werden, zum einen, weil es für Viele noch immer ein striktes Tabu-Thema ist und zum anderen, weil FGM nur verstanden werden kann als Teil des umfassenderen Problems der Stellung der Frau in einer (tradiert) patriarchalischen Gesellschaft bzw. der Gewalt gegen Frauen ganz allgemein.

Betroffenenversorgung – Weitgehend noch ein Zukunftsziel

Die Betroffenenversorgung bezeichnet die Fürsorge und Behandlung für Frauen, die von FGM betroffen sind *und unter Komplikationen leiden*. Eine effiziente Versorgung erfordert die Berücksichtigung mehrerer Ebenen: Medizinisch, psychologisch und supportiv durch Sensibilisierung des sozialen Umfeldes und durch Zusammenschluss von Betroffenen.

1. **Medizinische Ebene:** Hilfreich wäre die Einrichtung eines nationalen **Referenzen-**

trums (ähnlich wie eine Giftnotrufzentrale), die Bereitstellung spezifischer Behandlungen sowohl operativ wie auch konservativ sowie flankierende Maßnahmen wie Beratung und Rehabilitation. Einiges davon ist bereits umgesetzt: In vielen großen Städten arbeiten Vereine und Organisationen mit Beratungsstellen etc. In Aachen, Düsseldorf, München und Berlin sind Operateure mit speziellen Angeboten für Betroffene tätig. In einigen Psychosozialen Zentren (PSZ) können Frauen begleitet und therapiert werden. In NRW ist seit 2011 eine niedrigschwellige Beratungshotline »Kutairi« in sechs verschiedenen Sprachen sowie ein reichhaltiges Bildungsportal (www.kutairi.de) eingerichtet worden. Bei zunehmendem Bewusstsein der Betroffenen wird der Ausbau der Beratungsstellen erforderlich sein. Rehabilitationsangebote fehlen derzeit noch völlig.

- 2. Psychologische Ebene:** Hier wäre an Schulungsprogramme für gemeindezentrierte Gesundheitshilfskräfte zu denken, für die auch ein angemessenes finanzielles Budget erforderlich wäre. Die Anzahl der bereits bestehenden PSZs müsste wahrscheinlich vermehrt werden. Ärzte, die sich der Versorgung Betroffener widmen wollen, brauchen ein Weiterbildungsangebot für angemessene psychologische Begleitung.

Juristische Aspekte

Unsicherheit besteht häufig noch bezüglich der Meldepflicht vs. ärztliche Schweigepflicht. Anders als in Frankreich, wo eine Meldepflicht eingeführt worden ist, wird in Deutschland die Schweigepflicht als ein hohes Gut angesehen. Gleichwohl überwiegt in der Güterabwägung der Schutzgedanke immer dann, wenn »unmittelbare Gefahr droht«. Zeichnet sich also eine geplante, unmittelbar bevorstehende Beschneidung ab, oder ist eine Tochter gerade beschnitten worden und hat noch eine unbeschnittene Schwester, so ist in Deutschland unter Einhaltung besonderer Verfahrenswege der Arzt seit 2012 berechtigt

(nicht verpflichtet), sich mit Jugendamt, Gesundheitsamt oder anderen geeigneten Stellen in Verbindung zu setzen (KKG §4; 01.01.2012). Die Informierung der Polizei sollte immer als ultima ratio gelten, weil die Polizei grundsätzlich zur Einleitung strafrechtlicher Ermittlungen verpflichtet ist, was dem Kindeswohl-Interesse häufig eher nicht entspricht. Eine Re-Infibulation fällt in Deutschland ebenfalls unter den § 226a StGB.

Keine Medikalisierung!

In manchen Ländern haben sich einzelne Akteure und örtliche Organisationen dafür eingesetzt, FGM unter klinischen Bedingungen durchzuführen, um die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren. Vor allem einige wohlhabendere Kreise versuchen daher, diese Prozedur in medizinischen Einrichtungen durch medizinisches Personal durchführen zu lassen (z. B. in Ägypten und Sudan sehr verbreitet). Jedoch und gerade deshalb sind besondere Anstrengungen geboten, diese »Medikalisierung« jeglicher Form von FGM zu unterbinden. Die Begründung dafür ist die Verpflichtung aller medizinisch Tätigen, sich an die ethischen Grundlagen jeglicher Gesundheitsversorgung zu halten: *Niemals darf durch Angehörige der Medizinberufe eine körperliche Verstümmelung vorgenommen werden!* Die Medikalisierung behindert überdies die endgültige Überwindung dieser schädigenden traditionellen Praktik (harmful traditional practice, WHO), weil sie durch Verbesserung eines Teilaspektes das Bewusstsein für die Notwendigkeit mindert, die grundlegende Verletzung des Rechtes auf körperliche und psychische Unversehrtheit und damit der Menschenrechte, die mit FGM gegeben ist, vollkommen zu beseitigen. Dementsprechend haben sich alle internationalen sowie viele nationale Gesundheitsorganisationen strikt gegen die Medikalisierung ausgesprochen (► Abb. 7).

Zum Abschluss

Frage nicht, wie FGM auf *dich* wirkt, sondern versuche zu verstehen, wie sich *eine Betroffene*

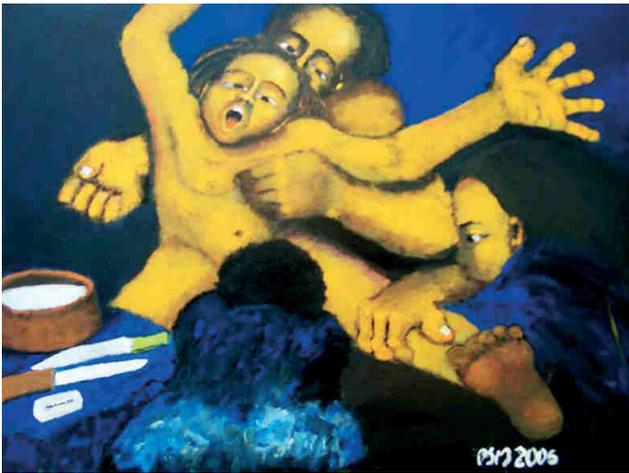


Abb. 7 | Malerei Beschneidungsszene, nigerianischer Maler »MM« 2006 (Teil einer Wanderausstellung ca. 2000 in Deutschland)

fühlen mag, vor allem in der direkten Begegnung mit dir!

■ Zusammenfassung

Ausgehend von der seitens der WHO vorgegebenen Definition wird auf die physischen, psychischen und sozialen Komplikationen sowie auf historische Aspekte und auf die komplexe sozio-kulturelle Verwurzelung in den anwendenden Ethnien eingegangen. FGM kann nicht verstanden werden ohne Berücksichtigung der gesellschaftlichen Rolle der Frauen und der sich daraus ergebenden Konsequenzen. Die zunehmende Anzahl der in Europa ankommenden Migrantinnen bringt eine neue Herausforderung mit sich für Angehörige aller derjenigen Berufe, die potenziell in Anspruch genommen werden könnten, vor allem im Gesundheitswesen. Nur ein Mindestmaß an spezifischem Verständnis für die Situation der Betroffenen wird gewährleisten, dass in angemessener und respektvoller Weise auf die Bedürfnisse der Frauen und Mädchen eingegangen und zugleich erfolgsorientiert zur Prävention beigetragen werden kann. Die Auseinandersetzung mit FGM hat somit grundsätzlich zwei Zielrichtungen: Prävention und Betroffenenversorgung – in den Prävalenzländern wie auch in

den hochindustrialisierten Ländern. Erfolgreiche Strategien in den Prävalenzländern können als Anregungen für Akteure auch in Europa, Nordamerika etc. genutzt werden, vor allem für die Arbeit mit und in den Migrantengemeinschaften. Seit einigen Jahren weitet sich die Informations- und Betreuungsarbeit in Deutschland aus, wenn auch immer noch längst nicht bedarfsgerecht.

Zerm C:

FGM: What should pediatrics know about female genital mutilation? – Update 2018

Summary: Based on the WHO-definition of FGM various physical, psychological and social sequelae as well as historical aspects and the socio-cultural rootedness in the respective communities are presented. FGM cannot be understood without considering the role of the female in patriarchal societies and its consequences. The growing number of immigrants in Europe is raising an unprecedented challenge for all professionals who might be involved in dealing with these women. In order to achieve an appropriate and respectful way of handling with their needs as well as contributing to an effective prevention a minimum of specific knowledge and comprehension is requested. The fight against FGM has basically two aims: The care for concerned women and prevention – likewise in prevalence-countries as well as in highly-industrialized states. Successful strategies in the prevalence-countries can serve as orientations also elsewhere, especially for the collaboration with immigrant communities. In the last years the activities in Germany in terms of information, sensitization, helpdesks etc. have increased, although it is still insufficient.

Keywords: Female genital mutilation – physical and psychological sequelae – socio-cultural background – gender discrimination – violence against women – female migrants in Europe – prevention

Literatur zur weiteren Vertiefung

1. WHO. Female genital mutilation. Fact sheet N°241. Updated February 2013.
2. Dirie MA, Lindmark G. The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J* 1992; 69: 479–482.
3. Lightfoot-Klein H. Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt am Main: Fischer; 1992.
4. Lightfoot-Klein H. Sexuelles Erleben beschnittener Frauen. In: *Sexualmedizin* 6; 1993. S. 251 ff.
5. antagem. Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. Sfr. 5,- (Schutzgebühr + Versandkosten). antagem, c/o Ch. Beck-Karrer, Rabbentalstr. 77, CH-3013 Bern. 1994.
6. Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994; 331: 712–716.
7. Toubia N. FGM - a call for global action. Published by RAINBO. NY; 1995.
8. Beck-Karrer C. Löwinnen sind sie. Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung. Schriftenreihe Feministische Wissenschaft. Bern: eFeF Verlag; 1996.
9. AG FIDE: Stellungnahme z. Problem der Beschneidung der Frau. *Frauenarzt* 1996; 37: 1460–1464.
10. Dehne K, Wacker J et al. FGM in the North of Burkina Faso. *Curare* 1997; 20: 221–242.
11. WHO. FGM – a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva; 1997.
12. WHO. Female genital mutilation: an overview. Geneva; 1998.
13. Krämer P, Damien I. Can Female Excision be transformed into a symbolic rite? *Entwicklungsethnologie* 1999; 8: 12–23.
14. Treib H. Beschneidung von Mädchen und Frauen in Afrika. *Kinder- u. Jugendarzt* 2000; 31: 234–241.
15. WHO. Management of Pregnancy. 2001.
16. Pok Lundquist J, Haller U. *Mediz. Aspekte der rituellen »Frauenbeschneidung«.* *gynäkol. prax.* 2001; 25: 321–328.
17. Beck-Karrer C. *Soziokulturelle Aspekte der »Frauenbeschneidung«.* *gynäkol. prax.* 2001; 25: 311–315.
18. Snow RC, Slanger TE et al. Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria. *Tropical Medicine and International Health* 2002; 7: 91–100.
19. Hulverscheidt M. Weibliche Genitalverstümmelung, Diskussion u. Praxis in der Medizin während des 19. Jhdts. im deutschsprach. Raum. Dissertation Univ. Göttingen 2000. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag; 2002.
20. Zerm C et al. Kampf gegen weibl. Genitalverstümmelung im In- und Ausland. *Frauenarzt* 2002; 20: 464–466
21. Terre des Femmes, Hrsg. *Schnitt in die Seele – Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Textsammlung.* Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag; 2003.
22. The Female Genital Cutting Education and Networking Project 2003; <http://www.fgmnetwork.org/intro/fgmintro.html>
23. CR7. *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis;* 2004.
24. Kröger I et al. *Das Ende der Aufklärung – Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung;* Hrsg. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung; Berlin 2004.
25. *Islam united to stop female genital mutilation;* *afrol News,* 9 November 2005, <http://www.afrol.com/articles/17176>
26. Dirie W. *Schmerzskinder.* Berlin: Ullstein; 2005.
27. Berufsverband der Frauenärzte, TERRE DES FEMMES, UNICEF, Hrsg. *Schnitte in Körper und Seele, eine Umfrage zur Situation von beschnittenen Mädchen und Frauen in Deutschland,* 2005.
28. Hohlfeld P, Thierfelder C, Jäger F et al. *Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen u. Ärzte, Hebammen u. Pflegefachkräfte;* Hrsg.: SGGG; 2005; url: www.sggg.ch/D/guidelines/index.asp
29. Inter-African Committee/Comité Inter-Africain: *DECLARATION on the Terminology FGM;* 6th IAC General Assembly, 4–7 April, 2005, Bamako/Mali. (<http://www.iac-ciaf.org/index.php>).
30. UNICEF. *Changing a harmful social convention: Female Genital Mutilation/Cutting.* Florence, UNICEF-Innocenti Research Center; 2005.
31. UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting, a statistical exploration.* New York 2005.
32. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. *FGM and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.* *The Lancet* 2006; 367: 1835–41.
33. Zerm C. *FGM, Umgang mit Betroffenen u. Prävention – Empfehlungen.* 2007.
34. Student V. *Weibliche Genitalverstümmelung – ein Thema auch in KiTas. Präventiv einschreiten für gefährdete Mädchen.* In: Rieder-Aigner, Hrsg. *Zukunftshandbuch Kindertageseinrichtungen.* Regensburg: 2010. S. 1–10.
35. O'Dey D, Bozkurt A, Pallua N. *The Anterior Artery Perforator (aOAP) flap: Surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction.* *Gynecologic Oncology* 2010; 119: 526–530.
36. WHO: *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation.* Geneva: 2010.
37. *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Weiblicher*

Genitalbeschneidung/Genitalverstümmelung (Female Genital Cutting/Mutilation, FGC/FGM). Berlin: 2011.

38. Hulverscheidt M. Weibliche Genitalverstümmelung und ihre Folgen. Konsequenzen für die reisemedizinische Beratung. Flugmedizin, Tropenmedizin, Reisemedizin 2011; 4: 182–187.

39. Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) 1.1.2012; <https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html>

40. Aktion Weißes Friedensband e.V. NICHT MIT MIR! Düsseldorf: 2012.

41. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW. Genitale Beschneidung/Verstümmelung (FGM) bei Mädchen u. Frauen. Handreichung f. d. Gesundheitswesen. Düsseldorf: 2012.

42. Telefonberatung KUTAIRI, inauguriert in 11/2012; Bildungsportal: <http://www.kutairi.de/>

43. Stop mutilation e. V. Leitfaden für pädagogische Fachkräfte. Weibliche Genitalbeschneidung – Mädchen unterstützen und schützen. Düsseldorf: 2013.

44. Graf J. Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Medizinethik. Hintergründe – ärztliche Erfahrungen – Praxis in Deutschland. Göttingen: 2013.

45. Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie und Integration: Handlungsempfehlung der Hamburger Jugendämter. Intervention bei weiblicher Genitalverstümmelung. Hamburg: 2013.

46. Hoppe AK. Präventionsmaßnahmen bei drohender weiblicher Genitalverstümmelung. Dissertation Univ. Würzburg. Band 257. Schriften zum deutschen, europäischen und vergleichenden Zivil-, Handels- und Prozessrecht. Bielefeld: 2013

47. WHO et al. Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241565141_eng.pdf

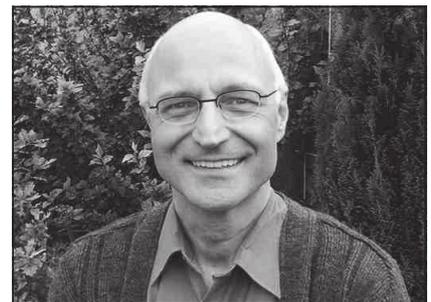
48. UNICEF. Press release: New statistical report on female genital mutilation shows harmful practice is a global concern – UNICEF. New York. 6.2.2016. http://www.unicef.org/media/media_90033.html

49. Terre des Femmes. Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung. <https://www.frauenrechte.de/online/index.php/themen-und-aktionen/weibliche-genitalverstuemmung2/unser-engagement/aktivitaeten/1787-dunkelzifferstatistik-zu-weiblicher-genitalverstuemmung>

50. Abdulcadir J, Lucrezia C, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O et al. Female Genital Mutilation: A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals. Obstetrics & Gynecology 2016; 128: 958–963.

Viele ergänzende Erkenntnisse sind in der Praxis einer **Sondersprechstunde** gewonnen worden, die der Verfasser seit 2005 »für geflüchtete Frauen im Zusammenhang mit FGM und weiteren Menschenrechtsverletzungen« (mit anschließender Erstellung eines ausführlichen Gutachtens) betreibt und bei der bis Ende 2017 insgesamt 311 Patientenkontakte stattfanden.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt im Sinne der Empfehlung des International Committee of Medical Journal Editors bestand.



Dr. med. Christoph Zerm
Frauenarzt
Wilhelm-Huck-Str. 10
58313 Herdecke

praxis@dr-zerm.de