

LEITFADEN FÜR MEDIZINISCHE FACHKRÄFTE

Weibliche Genitalbeschneidung –
Medizinische Versorgung und
Prävention im Gesundheitsbereich

Vorwort: Gesundheitsministerin Barbara Steffens	03
Vorwort: Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein	04
Einleitung	05
Gesundheitliche Folgen weiblicher Genitalbeschneidung	06
Defibulation und Reinfibulation	09
Die komplexe plastische Rekonstruktion des äußeren weiblichen Genitals	11
Rechtliche Grundlagen	14
Prävention und Hilfe durch Kinder- und Jugendärzte	16
Take Home Messages	18

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit wird durch eine Verstümmelung weiblicher Genitalien massiv missachtet. Die Folgen für die Frauen und Mädchen sind gravierend. Sie erleiden schwere physische und psychische Einschränkungen und Traumatisierungen, die sich auf ihr gesamtes weiteres Leben auswirken.

Leider machen die betroffenen Frauen und Mädchen in unserem Gesundheitssystem viel zu oft die Erfahrung einer unangemessenen und wenig einfühlsamen Behandlung. Insbesondere die seelischen Belastungen werden dadurch unnötig verstärkt. Eine gute medizinische Versorgung muss die soziale und kulturelle Lebenswelt der Frauen und Mädchen berücksichtigen und in die Beratung und Behandlung mit einbeziehen. Hierfür müssen wir die Beschäftigten sensibilisieren und insgesamt bekannter machen, welche Hilfeangebote zur Verfügung stehen und welche Möglichkeiten der Prävention es gibt.

Die Fachtagung „Weibliche Genitalbeschneidung - Medizinische Versorgung und Prävention im Gesundheitsbereich“ hat dazu ein Forum geschaffen und wichtige Informationen und Impulse liefern können.

Ich wünsche mir, dass dieser Leitfaden im Interesse betroffener Frauen und gefährdeter Mädchen weite Beachtung findet.



Barbara Steffens

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Barbara Steffens'.

Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Female Genital Mutilation (FGM) betrifft zwar primär die Prävalenzländer, ist aber durch die globalen Wanderungsbewegungen auch unter Frauen mit Migrationshintergrund ein zunehmendes Phänomen. Ein Teil der Familien, die längst in unserem Kulturkreis leben und sozialisiert sind, setzen diese grausame und folgenreiche Tradition weiter fort. Über die tatsächliche Situation der betroffenen Frauen herrscht gewisse Uneinigkeit, man geht aber davon aus, dass allein in Nordrhein-Westfalen fast 6.000 Mädchen und Frauen von FGM betroffen oder bedroht sind.

Neben Aufklärungskampagnen, die auch hierzulande zu einer Enttabuisierung des Themas beitragen und Mädchen vor einer Beschneidung schützen können, kommt den Berufen im Gesundheitswesen eine ganz besondere Bedeutung zu, um die medizinische Situation der betroffenen Frauen zu verbessern. Für die Betroffenen bestehen jedoch oft Schwierigkeiten darin, erfahrene Fachkräfte zu finden. Viele Personen, die mit den Patientinnen in Kontakt kommen, sind unsicher oder gar in Unkenntnis über das Thema, was auch daran liegt, dass die Betroffenen nur eine relativ kleine Gruppe der Wohnbevölkerung darstellen und daher der einzelne Arzt beispielsweise nur sehr selten mit FGM konfrontiert wird.

Hier setzt unter anderem das Konzept des Runden Tisches NRW gegen die Beschneidung von Mädchen an, das Vertreter aus unterschiedlichen medizinischen Bereichen aufklären und sensibilisieren möchte. Die Ärztekammer Nordrhein ist auch Mitglied des Runden Tisches.

Ziel der kürzlich in Düsseldorf gemeinsam vom Verein „stop mutilation e.V.“ und der Ärztekammer ausgerichteten Fachtagung „Weibliche Genitalbeschneidung – Medizinische Versorgung und Prävention im Gesundheitsbereich“ war es, Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen aus Praxen, Kliniken und Gesundheitsämtern wie auch Medizinische Fachangestellte, Hebammen, Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Mitarbeiter von Beratungszentren umfassend zu informieren, damit diese sicherer und professioneller mit den Herausforderungen der vielfältigen Präventions- und Behandlungsnotwendigkeiten umzugehen wissen.

Ich hoffe, dass Sie diesem Leitfaden und den Ergebnissen der Tagung wichtige Erkenntnisse entnehmen können. Für die Zukunft wünsche ich mir eine Betreuung der Betroffenen, die den kulturellen Hintergrund und die Menschenwürde respektiert, einfühlsam reagiert und so individuell es geht Lösungen des Konfliktes sucht.



Rudolf Henke

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Rudolf Henke'.

Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO und von TERRE DES FEMMES leben in Deutschland etwa 30.000 Frauen und Mädchen, die von Genitalbeschneidung betroffen oder bedroht sind. Viele Familien setzen die Tradition hier fort und lassen ihre Töchter beschneiden, häufig in den Ferien im Herkunftsland.

Die Verstümmelung der äußeren weiblichen Genitalien stellt einen eigenen Straftatbestand dar (§ 226a StGB) und wird mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr bestraft, in minder schweren Fällen von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

FGM (Female Genital Mutilation) traumatisiert Mädchen und Frauen. Sie leiden unter erheblichen physischen und psychischen Einschränkungen – ein Leben lang. Auch die Sexualität ist häufig stark beeinträchtigt.

Viele ärztliche Fachrichtungen, Hebammen und Pflegekräfte werden mit dem Thema weibliche Genitalbeschneidung konfrontiert. Das gilt insbesondere für Ärztinnen und Ärzte aus der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Pädiatrie, der Plastischen Chirurgie, der Urologie und der Psychiatrie sowie für Psychologinnen und Psychologen. Sie müssen sich um die anatomischen und psychischen Folgen nach einer Beschneidung kümmern. Nicht selten taucht das Problem „FGM“ für Medizinerinnen und Mediziner zum ersten Mal im Kreißsaal unmittelbar vor der Entbindung einer Patientin auf.

In unserer Beratungsstelle berichten uns viele Frauen von ihren Erfahrungen beim Arztbesuch und in Krankenhäusern. Oft ist es für sie schwierig, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die über entsprechende medizinische Kenntnisse und Erfahrungen bei der Versorgung betroffener Patientinnen verfügen. Die Frauen wünschen sich einen respektvollen Umgang und Verständnis.

Zu den professionellen Zielen medizinischer Fachkräfte gehört es, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Patientinnen zu begleiten. Dabei sind die Wünsche der Frauen, ihre Würde und ihr Recht auf Selbstbestimmung zu achten. Das setzt bei den Medizinerinnen und Medizinerinnen Wissen und Sensibilität für das Thema weibliche Genitalbeschneidung voraus. Beides möchten wir Ihnen mit diesem Leitfaden vermitteln und Ihnen Empfehlungen für die Praxis an die Hand geben.

Der Leitfaden fasst die Inhalte und Forderungen der Fachtagung „Weibliche Genitalbeschneidung – Medizinische Versorgung und Prävention im Gesundheitsbereich“ vom 15. Juni 2013 im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf zusammen. Dabei konnten sich die rund 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer über die gesundheitlichen Folgen, die soziokulturellen Hintergründe, die Rechtslage, neue Operationstechniken zur Rekonstruktion des äußeren weiblichen Genitals und den Umgang mit genitaler Beschneidung in der Pädiatrie informieren. Lebhaft diskutiert wurde die Frage, was mit dem geöffneten Genital einer infibulierten Frau nach der Entbindung gemacht werden soll: Wiederherstellung des vorherigen Zustandes, teilweise Schließung oder gibt es weitere Alternativen?

Unser Verein stop mutilation hat die Fachtagung gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein organisiert, der wir sehr herzlich für die hervorragende Kooperation und Unterstützung danken.

Wir bedanken uns außerdem sehr herzlich bei der Stiftung Umwelt und Entwicklung Nordrhein-Westfalen für die Förderung der Fachtagung und des Leitfadens.



Jawahir Cumar
Geschäftsführerin stop mutilation e.V.

Gesundheitliche Folgen weiblicher Genitalbeschneidung

Dr. med. Christoph Zerm

Grundsätzlich lassen sich akute von Langzeit-Komplikationen der weiblichen Genitalverstümmelung (englisch: female genital mutilation, Abkürzung: FGM) unterscheiden, wobei akute Folgen in chronische übergehen können.

Art und Häufigkeit der **akuten Komplikationen** sind vom Ausmaß bzw. FGM-Typ, den hygienischen Bedingungen, dem Geschick und der Erfahrung der Beschneiderin sowie vom Widerstand des Opfers abhängig. Im Wesentlichen handelt es sich um folgende Probleme:

Blutung	Starker Blutverlust bis zur Verblutung, Anämie Hypovolämischer und/oder traumatischer Schock
Infektion	Lokalinfektion/Allgemeininfektion Septischer Schock ▶ Tod HIV-Infektion, Hepatitis-Infektion etc., Tetanus
Verletzung	Verletzung von Nachbarorganen: Anus/Perineum, Urethra, Harnblase, größere Arterien, Vaginalwand mit der Gefahr von Fistelbildung Frakturen (zum Beispiel Femur, Clavicula, Humerus etc.) Schmerzbedingter Kollaps/Tod
Harnwege	Harnverhalt, Dysurie, Urethraödem
Psychisches Trauma	

Chronische bzw. Langzeitkomplikationen

Die Auflistung bezieht sich vor allem auf die Betroffenen in Prävalenzländern. Aber auch erwachsene und jugendliche Migrantinnen, die in ihrer Kindheit im Herkunftsland beschnitten worden sind, können hier in Deutschland Angehörige des Gesundheitswesens mit diesen chronischen Komplikationen konfrontieren. Das Ausmaß dieser Langzeitfolgen korreliert mit dem Grad der Mutilation. Auch für Ungeübte ist Typ III (Infibulation) unübersehbar, mit ihr gehen auch die häufigsten Komplikationen einher. Die Typen I, II und IV bleiben eventuell unbemerkt. Allerdings sollten auch diese Formen hinsichtlich ihrer durchaus vorkommenden Folgemorbidität nicht unterschätzt werden. Es ist wichtig zu bedenken, dass betroffene Frauen die Folgekomplikationen häufig nicht mit der genitalen Verstümmelung in Zusammenhang bringen. Vielmehr ist diese für sie oft ein weit zurückliegendes Ereignis. Überdies haben selbst unter den Frauen mit Infibulation nicht alle Betroffenen auffällige medizinische Komplikationen.

Vor allem bei Infibulation kommt es zu leichten bis schwersten Miktionsstörungen. Für viele Betroffene ist es „normal“, 20-30 Minuten für eine Miktion zu benötigen. Daraus resultieren häufig Harnwegsinfektionen mit möglichen weiteren Komplikationen einer Aszension bis zur schweren Pyelonephritis sowie Inkontinenz. Aus Angst vor all diesen Problemen trinken die Frauen oft bewusst weniger, was zu Steinbildungen und ebenfalls zu Infektionen führen kann, abgesehen von Austrocknungssymptomen und Stoffwechselerkrankungen.

Gleichartige Probleme treten bei der Menstrualabsonderung auf: Die Periode dauert zuweilen fast zwei Wochen infolge von Menstrualstauungen (gegebenenfalls Hämatokolpos), was dann heftige Dysmenorrhoeen verursacht. Staus sind außerdem ideale Nährböden für aufsteigende Infektionen des inneren Genitale („Unterleibsentzündung“), die in einen chronischen Zustand übergehen und zu dauernder Infertilität/Sterilität führen können. Dies gehört vor allem in Afrika zu dem Schlimmsten, was einer jungen Frau zustoßen kann. Die dauernde Retention von Sekreten und Urin kann mitunter zu Steinbildung und Auskristallisierungen in der Scheide führen. Die ausgedehnten Wunden, nicht selten unter Abszedierung verheilt, können gangränös werden, Keloide wie auch Narbenverziehungen, Zysten, Atherome, Neurinome (zuweilen mit chronischen Hyper- und Paraesthesien) bilden, und es kann zu Harnverhalt durch Urethralstenose kommen.

Zu den besonders häufigen und schwerwiegenden Langzeitfolgen gehören somatische und psychische Störungen der Vita sexualis (Dyspareunie/Apareunie/sexuelle Dysfunktion). Für viele der vom Typ III betroffenen Frauen ist der Geschlechtsakt gleichbedeutend mit der Erduldung extremer Schmerzen, was bisher jedoch in vielen Prävalenzregionen als naturgegeben hingenommen wurde, da dies vermeintlich zum Schicksal eines Frauenlebens gehört. Schon bei Typ II kann der Introitus vaginae erheblich verengt sein (Vaginalstenose), umso schlimmer ist die Situation bei Typ III. Der Ehemann muss nach der Hochzeit entweder so lange die Penetration versuchen, bis die winzige Öffnung größer geworden ist, oder er verwendet erneut irgendwelche „Schneidewerkzeuge“. In Ermangelung anatomischer Kenntnisse muss er hierbei nicht unbedingt in der Scheide landen... Von sensiblen Partnern ist dabei durchaus anzunehmen, dass sie mit ihren Frauen mit leiden, und all dies kann auch beim Mann zu funktionellen Sexualstörungen führen. Unter solchen Bedingungen wird sich das Intimleben vielfach auf andere Bereiche jenseits des Geschlechtsaktes verlagern. Interviews haben ergeben, dass einige Betroffene auf dieser Grundlage Frauen in Europa bzw. Nordamerika als zuweilen etwas zu sehr auf die Kohabitation fixiert ansehen.

Zugangsschwierigkeiten bei der klinischen Untersuchung bestehen hauptsächlich bei Infibulation. Die gynäkologische Untersuchung kann dann wie bei Hymen intactum erfolgen, wobei eine Portiobeurteilung praktisch unmöglich ist. Die klinische Untersuchung und der gynäkologische Ultraschall müssen vorsichtig und mit angemessenem Untersuchungsmaterial (Virgo-Speculum, Vaginoskop) erfolgen. Wenn die vaginale Untersuchung unmöglich ist, kann eine rektale Untersuchung (gegebenenfalls auch rektale Sonografie) erfolgen, nachdem man die Patientin klar informiert und ihr Einverständnis eingeholt hat.

Bei von Typ III betroffenen Frauen und eingetretener Schwangerschaft ist die Untersuchungsmöglichkeit ebenfalls eingeschränkt bis vollständig behindert. Urintests auf Eiweiß, Bakterien etc. können nicht durchgeführt werden bzw. sind infolge der unvermeidlichen Verunreinigungen sinnlos. Unter der Geburt besteht die Gefahr schwerster geburtshilflicher Komplikationen mit stark verlängerten Geburtsverläufen, vor allem in abgelegenen Gegenden ohne ausreichende medizinische Versorgung. Daraus resultiert eine hohe kindliche und mütterliche Morbidität und Mortalität. Eine in Afrika leider immer noch sehr verbreitete Komplikation, die Vaginal-Fistel (vesico-vaginal und/oder recto-vaginal), entsteht unter anderem durch solcherart protrahierte Geburtsverläufe (über Drucknekrosen der Vaginalwände). Unter der Geburt kann es zu unkontrollierten Rissen im Bereich des Geburtskanals kommen, zu postpartalen Hämorrhagien und Wundinfektionen. Puerperalinfekte können im Wochenbett die Mutter bedrohen.

Die sozialen Folgen solcher Komplikationen sind leicht nachvollziehbar: Wenn Urin und/oder Faeces ständig unkontrolliert abgehen, 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 der Ehemann in vielen Fällen zum Anlass nehmen, seine Frau zu verstoßen. Beide werden kaum darauf kommen, dass FGM die Ursache dieses Übels sein könnte. Viele Männer wissen ohnehin nichts über die wirklichen Dimensionen von FGM. Derart verstoßene Frauen können aus der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen werden, und allein werden sie häufig nur sehr schwer weiterexistieren können.

Die oft lebenslange psychische Folgesymptomatik, die sich in Angst, Depressionen, Psychosen, Dissoziationen, Perspektivlosigkeit oder psychosomatischen Erscheinungen äußern kann, wird von manchen Expertinnen mit dem Trauma einer Vergewaltigung verglichen. Die Erinnerung kann zwar verblassen, aber das Erlebte bleibt dennoch im Unterbewusstsein gespeichert.

Gravierende zusätzliche Erkrankungsfolgen

Durch die Verwendung der Schneidewerkzeuge bei mehreren Opfern und wiederkehrende Wunden im Genitalbereich wird die weitere Ausbreitung von AIDS und Hepatitis begünstigt. Auch für das Auftreten von Vaginalfisteln stellt FGM zumindest einen Kofaktor dar, wie oben beschrieben.

In Zusammenschau aller Komplikationsmöglichkeiten kann davon ausgegangen werden, dass FGM nicht nur in eklatanter Weise ein Menschenrechtsverstoß ist, sondern auch eine erhebliche volkswirtschaftliche Einbuße für die jeweilige Gesellschaft darstellt. Denn die enormen kreativen Potentiale (auch in wirtschaftlicher Hinsicht) der Frauen, die sich in der Entwicklungszusammenarbeit durchwegs deutlich erwiesen haben, bleiben je nach Unterdrückungsgrad in der betreffenden Gesellschaft behindert bis völlig brach liegend, wozu die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch FGM noch zusätzlich beitragen.

Leidensbewusstsein

Auch wenn sich das körperliche und seelische Trauma tief und lebenslang in das Unterbewusstsein ein-gräbt, so haben die meisten Betroffenen zunächst und oft lebenslang keine Vergleichsmöglichkeiten. Das bedeutet, dass dieser furchtbare Schmerz, dieses Trauma für sie isoliert dasteht, ohne jeglichen Bezug zu den oben 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

Sexualität im Allgemeinen und FGM im Besonderen unterliegen in allen Prävalenzländern einem absoluten Schweigegebot: Über all dies darf nicht gesprochen werden, unter keinen Umständen, auch nicht mit Mutter, Schwester oder Freundin! Jede Frau und bereits jedes Mädchen ist somit mit ihrem Schock, ihren Ängsten, ihrer Verzweiflung völlig allein. So wird es auch der Migrantin in Europa sehr schwer fallen, über ihre eigene Betroffenheit zu sprechen – sofern sie sich deren überhaupt bewusst ist. Auch wenn sie sich in manchen Fällen vor allem wegen FGM oder deren Folgen zur Flucht entschlossen hat – sie wird es selten schaffen, dies als Fluchtmotiv zu benennen, sondern wird versuchen, (zunächst) andere Gründe vorzubringen.

Medikalisierung verhindern!

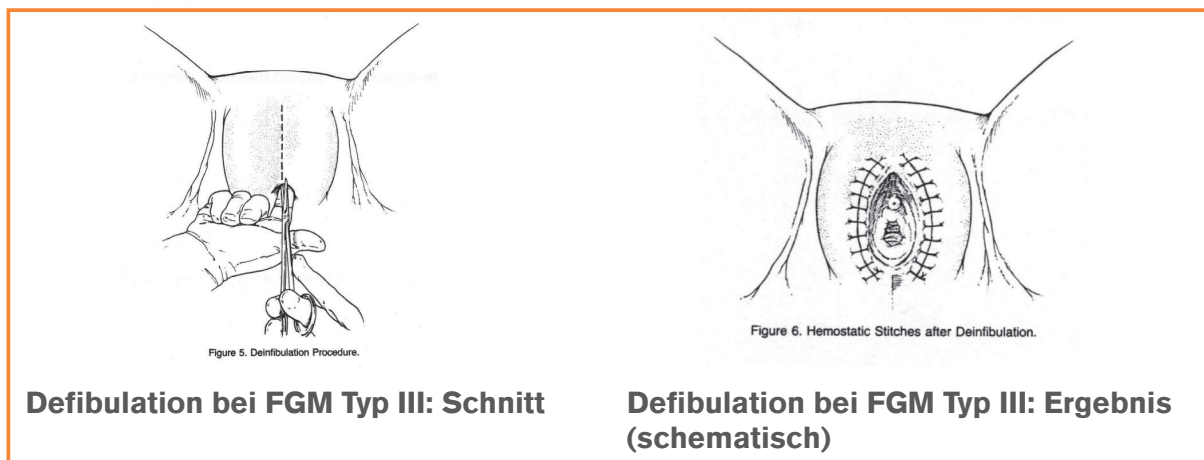
Die geschilderten Begleitumstände der mangelnden Hygiene und Analgesie mit daraus resultierenden Komplikationen dürfen nicht dazu verleiten, einer Medikalisierung – das heißt Verlagerung dieser Prozedur in medizinische Einrichtungen wie Ambulanzen oder Krankenhäuser, was mancherorts bereits praktiziert wird – Vorschub zu leisten. Entsprechend den klaren Stellungnahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterer internationaler und nationaler Organisationen ist jegliche Verletzung der körperlichen Integrität ein Verstoß gegen die allgemeinen Menschenrechte, den es zu eliminieren gilt. Zu Recht wird dies als schädliche traditionelle Praxis („harmful traditional practice“) charakterisiert. Gesellschaftliche Riten und Feste dürfen daher nur unblutig vollzogen werden! Auch die deutsche Ärzteschaft hat sich in diesem Sinne klar artikuliert (Entschließungen zur rituellen Verstümmelung weiblicher Genitalien auf dem 99. Ärztetag 1996 in Köln und auf dem 100. Ärztetag 1997). Angehörige der im Gesundheitswesen tätigen Berufe dürfen sich nirgends auf der Welt zur Durchführung solcher Praktiken hergeben oder missbrauchen lassen. Dies wäre ein Verstoß gegen die Berufsethik.

Dr. med. Christoph Zerm ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In seiner Praxis in Herdecke hat er oft mit Patientinnen zu tun, die von Genitalbeschneidung betroffen sind. Einmal im Monat führt er in der Beratungsstelle von stop mutilation eine gynäkologische Sprechstunde durch. Für Angehörige des Gesundheitswesens hat Dr. Christoph Zerm Empfehlungen zum Umgang mit Betroffenen und zur Prävention verfasst.

Defibulation und Reinfibulation von beschnittenen Frauen in der medizinischen Praxis

Dr. med. Christoph Zerm

Infibulierte Frauen müssen zur vaginalen Entbindung „eröffnet“ (defibuliert) werden. Idealerweise sieht ein Arzt in Deutschland seine Patientin schon während der Schwangerschaft, also lange vor der Entbindung, so dass er ihr zu einem sozusagen zweizeitigen Vorgehen raten kann. Die Eröffnung (Defibulation) findet dann bereits in der Frühphase der Schwangerschaft statt. Dies ist trotz Schwangerschaft verantwortbar, auch wenn eine Narkose erforderlich ist, denn der Eingriff dauert nur kurz und vor allem wird hierdurch eine hinreichend sorgfältige Schwangerschaftsüberwachung möglich. Ein weiterer Vorteil dabei ist, dass die Wunde zum Zeitpunkt der Entbindung gut verheilt ist und die Geburt weitestgehend komplikationslos verlaufen kann. Als Nachteil kann von einigen Frauen empfunden werden, dass sich hierdurch zwei Eingriffe – die Defibulation und die Entbindung – ergeben. Der Arzt sollte die Patientin ausführlich und einfühlsam beraten. Auf Wunsch der Patientin können Familienmitglieder bei den Gesprächen anwesend sein. Ansonsten gilt natürlich die ärztliche Schweigepflicht.



Die kleine Öffnung bei infibulierten Frauen liegt in den allermeisten Fällen dorsal, also nach hinten zum Damm hin. Zwei Finger bzw. eine Gefäßklemme werden unterhalb der Inzisionszone eingeführt. Mit der Schere wird in Richtung des Mons pubis bis zur Darstellung der Urethra in Medianebene eröffnet. Dabei ist wichtig darauf zu achten, dass die Urethra und die Klitoris, die noch vorhanden sein kann, geschützt werden. Die Wunden werden mit einer überwendlichen Naht oder mittels Einzelknopfnah (Verschluss Stich für Stich am Wundrand jeder Seite) mit selbst resorbierendem Faden der Stärke 3-0 oder 4-0, zum Beispiel Vicryl rapid, versorgt. Die Defibulation ist vergleichsweise unblutig, da das Narbengewebe nur wenig vaskularisiert und von Nervenbahnen durchzogen ist. In 20-30 Prozent der Fälle findet sich eine unversehrte Klitoris. Der Grund mag darin liegen, dass viele Beschneiderinnen ein beeinträchtigtes Sehvermögen haben und/oder durch die Blutungen der Wunde kaum noch etwas erkennen können, erschwert durch mangelnde anatomische Kenntnisse.

Nach der Entbindung darf die Patientin nicht reinfibuliert werden.

Das wird selbst in vielen Prävalenzländern so gehandhabt. Was aber ist zu tun, wenn sich die Patientin explizit wünscht, reinfibuliert zu werden? Soll dann ihr „freier“ Wille respektiert werden? Bei diesem Punkt kam es auf der Fachtagung zu einer lebhaften Diskussion. Die Reaktion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war einhellig: Es handele sich hier nicht um den freien Willen der Frau, sondern um einen verinnerlichten gesellschaftlichen Zwang. Dieser sollte durch Aufklärung des familiären Umfeldes so weit wie möglich gemildert werden. Für manch eine Patientin mag es sogar eine Motivation sein, sich zur Entbindung in ärztliche Hände zu begeben, wenn sie weiß, dass sie danach eben nicht wieder infibuliert wird. Es würde der ärztlichen Ethik widersprechen, wenn ein Zustand herbeigeführt wird, der eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation darstellt.

Dr. med. Christoph Zerm ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In seiner Praxis in Herdecke hat er oft mit Patientinnen zu tun, die von Genitalbeschneidung betroffen sind. Einmal im Monat führt er in der Beratungsstelle von stop mutilation eine gynäkologische Sprechstunde durch. Für Angehörige des Gesundheitswesens hat Dr. Christoph Zerm Empfehlungen zum Umgang mit Betroffenen und zur Prävention verfasst.

Die komplexe plastische Rekonstruktion des äußeren weiblichen Genitals nach ritueller Beschneidung: Neue Operationstechniken

Priv.-Doz. Dr. med. Dan mon O'Dey

Die weibliche Genitalverstümmelung im Rahmen der rituellen Beschneidung Typ I-IV nach WHO (World Health Organization) ist ein vermehrt in das öffentliche Bewusstsein tretendes Problem.

Einteilung der weiblichen Genitalbeschneidung nach WHO

Typ I	Amputation der Glans clitoridis (Klitorisspitze) und des Präputium clitoridis (Klitorisvorhaut)
Typ II	Amputation der Glans clitoridis, des Präputium clitoridis und der Labia minora (kleine Schamlippen)
Typ III	Amputation der Glans clitoridis, des Präputium clitoridis, der Labia minora und der Labia majora (große Schamlippen) / Infibulation
Typ IV	diverse medizinisch nicht indizierte Eingriffe

Betroffene Frauen wünschen sich zunehmend eine Wiederherstellung ihrer geschlechtsbezogenen Normalität. Die große Zahl betroffener Frauen und die hohe Dunkelziffer führen daher zu einer wichtigen Aufgabe für spezialisierte rekonstruktive Chirurgen weltweit. Bisher bekannte Operationstechniken zielen insbesondere auf die funktionelle Wiederherstellung der Klitorisspitze ab (so genannte Klitorisbergung), berücksichtigen aber nicht die Wiederherstellung weiterer form- und funktionsrelevanter Strukturen wie der des Präputium clitoridis oder der Labia majora.

Die Rechtfertigung zur Rekonstruktion genital verstümmelter Frauen besteht, neben der medizinischen Indikation, in ihrem Willen zur Selbstbestimmung. Die notwendigen, technisch-operativen Maßnahmen sind komplex und müssen neben einer einzigartigen Form auch eine komplexe Funktion berücksichtigen. Erst die Kombination aus Form und Funktion kann dem geschlechtsspezifischen, psychophysischen Stellenwert dieser Region gerecht werden. Die Genitalrekonstruktion setzt damit fundierte anatomische Kenntnisse, mikrochirurgische Erfahrung und ein detailliertes Gewebeverständnis voraus.

Das plastisch-chirurgische Grundwerkzeug bei der Rekonstruktion von Körperarealen ist die so genannte „Lappenplastik“ (engl.: flap). Diese ist eine operative Maßnahme, bei der zum Beispiel ein durchblutetes, also gefäßgestieltes, Gewebeareal von einer Körperregion (Spenderregion) zu einer anderen (Empfängerregion) verlagert wird. Insbesondere die Fortschritte in der Erforschung der Gefäßarchitektur (Angiosomforschung) haben die möglichen Optionen für Lappenplastiken in den letzten Jahren erheblich gesteigert und auf so genannte Perforatorlappenplastiken ausgeweitet.

Lappenplastiken werden zum Beispiel nach ihren Gewebebestandteilen, der Geometrie, der Lokalisation und nach der Gefäßversorgung (zum Beispiel Perforatorgefäße) eingeteilt. Als die sichersten Varianten gelten Lappenplastiken, die ein definiertes Gefäß aufweisen. Basierend auf der bestehenden Vielfalt von Lappenplastiken ist es daher möglich, jeweils eine Lappenplastik auszuwählen, die das bestmögliche funktionelle und ästhetische Ergebnis verspricht. In diesem Zusammenhang sollten stets wichtige rekonstruktive Prinzipien berücksichtigt werden. Diese beinhalten insbesondere Gleiches mit Gleichem zu ersetzen, ästhetisch-anatomische Einheiten wiederherzustellen und das Narbenbild zu minimieren.

Da im Zuge der genitalen Beschneidung neben dem Verlust der Glans clitoridis und des Präputium clitoridis auch erhebliche Gewebeverluste der Labien (Schamlippen) mit relevanter Einengung und subtotalem Verschluss des Scheideneingangs resultieren können (insbesondere Typ III nach WHO), muss das Gewebe im Rahmen der Rekonstruktion ergänzt werden, um die Deformierung aufheben zu können. Die schlichte Hautverpflanzung stellt auf Grund der häufig resultierenden Gewebeschrumpfung und konsekutiven Kontrakturen keine gleichwertige Alternative zur Lappenplastik dar.

Die form- und funktionsgerechte Wiederherstellung des rituell beschnittenen Genitals macht neben der Bergung und Neueinbettung der verbliebenen tiefen Anteile des Klitorisorgans (Neuformung der Klitoris Spitze) komplexe Lappenplastiken nötig. Für die Rekonstruktion des Präputium clitoridis wurde vom Autor der Omega-Domed flap (OD-flap) entwickelt. Mit Hilfe dieser lokalen Lappenplastik wird die neue Klitoris Spitze in natürlicher Art und Weise ummantelt und so die klitorale Rekonstruktion vervollständigt.

Für die Rekonstruktion der Schamlippen eignet sich in besonderer Weise die dünne und fettarme Haut der unteren Leistenregion (Sulcus genitofemoralis). Diese Region wurde durch den Autor im Rahmen einer wissenschaftlichen Fragestellung zur Form- und Funktionsoptimierung der Rekonstruktion des äußeren weiblichen Genitals (Vulvarekonstruktion) nach tumorchirurgischen Eingriffen eingehend untersucht und operativ neu erschlossen. Die führende Lappenplastik dieser Region, die anterior Obturator Artery Perforator (aOAP) Insellappenplastik, spiegelt das Durchblutungsareal (Angiosom) des Ramus anterior arteria obturatoria wieder, nach welchem diese Perforatorlappenplastik systematisch benannt und durch den Autor erstbeschrieben wurde [O'Dey DM, et al. (2010) The anterior Obturator Artery Perforator (aOAP) flap: surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction. *Gynecol Oncol* 119: 526-530]. Das resultierende Narbenbild der Spenderregion wird auf die untere Leistenregion beschränkt und damit für das Auge nahezu unsichtbar platziert. Zudem werden auch die übrigen rekonstruktiven Ziele entsprechend abgebildet.

Konzeptionell wird die form- und funktionsverbessernde OD-Lappenplastik in die Rekonstruktion der Klitoris integriert. Zur Rekonstruktion der Schamlippen und damit der Vulva nach Typ III Genitalverstümmelung/ Infibulation wird zusätzlich die beidseitige aOAP-Insellappenplastik eingesetzt, die in herausragender Weise zur Normalisierung der Form und Funktion des äußeren Genitals beiträgt (Abb. 1). Der sich hieraus ergebende Algorithmus kann systematisch Anwendung finden.

Rekonstruktionsalgorithmus nach FGM (Female Genital Mutilation)

FGM Typ I und II

1. Klitorisbergung und -formung
2. OD-Lappenplastik
3. optionale plastische Narbenkorrekturen

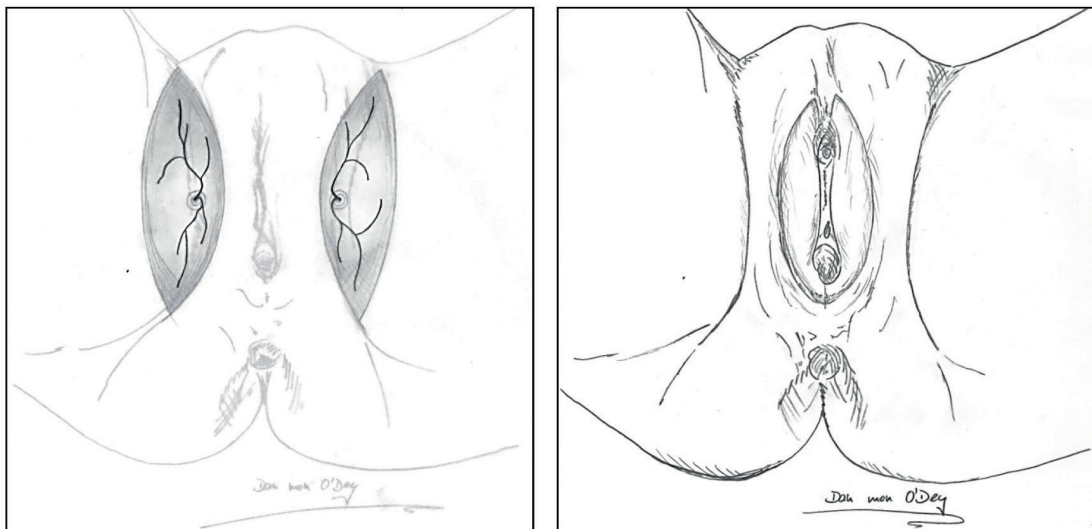
FGM Typ III

1. Klitorisbergung und -formung
2. OD-Lappenplastik
3. aOAP-Insellappenplastik
4. optionale plastische Narbenkorrekturen

FGM Typ IV

individuelle Maßnahmen

Abb. 1: Anatomische Skizze zur Genitalrekonstruktion nach Typ III Beschneidung (Infibulation) mittels OD-Lappenplastik zur Klitorisrekonstruktion und beidseitiger aOAP-Insellappenplastik zur Vulvarekonstruktion (links: vor Rekonstruktion, rechts: nach Rekonstruktion)



Die neuen rekonstruktiven Techniken der OD- und aOAP-Lappenplastiken ermöglichen sowohl eine funktionelle als auch formgerechte Wiederherstellung des weiblichen Genitals. Sie helfen damit das psychophysische Gleichgewicht wiederherzustellen und die Bürde der genitalen Verstümmelung abzulegen. Es handelt sich daher bei der Rekonstruktion nicht um eine Schönheitsoperation, sondern um die Wiederherstellung der körperlichen Integrität.

Priv.-Doz. Dr. med. Dan mon O'Dey, FEBOPRAS, ist Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie. Als Leitender Oberarzt und Vertreter des Klinikdirektors ist er an der Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie des Universitätsklinikums, RWTH Aachen tätig. Priv.-Doz. Dr. Dan mon O'Dey hat Methoden spezieller Lappenplastiken zur Rekonstruktion des äußeren weiblichen Genitals entwickelt (OD-Lappenplastik, aOAP-Insellappenplastik).

Rechtliche Grundlagen

Es besteht eine konkurrierende Rechtslage zwischen der ärztlichen Schweigepflicht und des Rechts der Mitteilung bei Gewalttaten gegen Kinder und Jugendliche. Das führt zur Rechtsunsicherheit. Die ärztliche Schweigepflicht hat Tradition. Sie schützt die Patienten, denn sie können darauf vertrauen, dass der Arzt Daten über ihre Gesundheit und Krankheiten anderen nicht preisgibt. Es gibt aber Situationen, in denen die Schweigepflicht hinterfragt werden muss, zum Beispiel wenn das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Kindeswohl gefährdet sind.

Seit dem 1. Januar 2012 ist das neue „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG) in Kraft. Es gilt für Minderjährige von 0 bis 17 Jahren. In § 4 Absatz 1 KKG ist geregelt, auf welche Berufsgruppen es zutrifft. Dazu gehören auch Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Psychologinnen und Psychologen. Sie können im konkreten Patientenfall von ihrem Recht auf Durchbrechung der Schweigepflicht (§ 203 StGB) Gebrauch machen nach § 4 KKG und haben die Befugnis zur Mitteilung an das Jugendamt. Dabei müssen bestimmte Handlungspflichten beachtet werden.

Eine Gefährdung nach § 4 KKG umfasst – anders als die Nothilfe nach § 34 StGB – eine längere Zeitspanne bis zum Schadenseintritt. In diesem Sinne liegt eine Gefährdung auch dann vor, wenn der Eingriff binnen einer Zeitspanne mit gewisser Kausalität, also durchaus in ein paar Monaten droht. Darunter fallen auch die so genannten Ferienbeschneidungen.

Die Vorgehensweise nach § 4 KKG sieht so aus:

1. **Anhaltspunkte** für eine mögliche Kindeswohlgefährdung notieren. Ein Beispiel dafür kann die Staatsangehörigkeit der Patientin sein, wenn es sich dabei um ein Land handelt, in dem die weibliche Genitalbeschneidung praktiziert wird. Meistens gibt es sowohl Anhaltspunkte für als auch gegen eine Gefährdung der Patientin. Es sollten alle Anhaltspunkte gesammelt werden, die gefunden werden können (Recherche).

2. Der Arzt muss mit der Patientin und deren Personensorgeberechtigten sprechen, das heißt mit dem Kind (soweit altersbedingt möglich) und im Regelfall beiden Eltern. Es ist der Arzt, der sich um ein Gespräch bemühen muss, gegebenenfalls in der Sprache der Eltern. Juristisch wird dieser Punkt als **Erörterung** bezeichnet (§ 4 Absatz 1 KKG). Erörtern heißt nicht ermitteln! Der Arzt teilt den Personensorgeberechtigten/Eltern mit, dass er sich um das Kindeswohl Sorgen macht, weil er dafür entsprechende Anhaltspunkte (siehe 1.) hat. Er fragt die Eltern, was sie dazu meinen, insbesondere, was sie zur Entkräftung der Anhaltspunkte zu sagen haben: Wie schätzen sie die mögliche Gefahrenlage ein? Was können sie zur Klärung der Anhaltspunkte beitragen? Was können sie zur Gefahrenbeseitigung beitragen? Bei alledem stellt sich der Arzt als „Vertreter“ des Kindes dar, nicht als „Staatsanwaltsgehilfe“. Im Vordergrund steht die Sorge um die Gesundheit des Kindes und nicht die Anklage gegen die Eltern.

3. Der Arzt hat sich im Idealfall bereits bei der Stadt des Wohnortes der Patientin um die staatlichen Hilfen für Eltern in Notlagen informiert. Das gilt für alle Kindesmisshandlungsarten. Er bietet den Personensorgeberechtigten/Eltern des Kindes an, diese bei der Inanspruchnahme der staatlichen Hilfsangebote zu unterstützen. Juristisch ausgedrückt bedeutet das: Der Arzt muss auf Hilfen Dritter **hinwirken**. Das Überreichen von Flyern mit allen möglichen Informationen reicht nicht. Ein Hinwirken ist mehr als das.

4. Aus dem Gespräch und der Reaktion auf das Hilfe-Angebot des Arztes erkennt dieser, ob die bisherigen Anhaltspunkte nun **gewichtige Anhaltspunkte** sind oder nicht, falls sie entkräftet worden sind. Wenn es sich um gewichtige Anhaltspunkte handelt, geht das Prozedere weiter.

5. Der Arzt muss nun **feststellen** und dokumentieren, dass die Kindeswohlgefährdung nicht von Dritten/Privaten abgewendet werden wird, weil die Hilfen Dritter (einschließlich seiner eigenen Hilfe) erfolglos sein werden. Dies sollte der Arzt möglichst mit ein oder zwei Sätzen für sich schriftlich begründen.

6. Der Arzt muss dann feststellen und dokumentieren, dass die Kindeswohlgefährdung nur durch staatliche Hilfe abgewendet werden kann (§ 4 Absatz 3 Satz 1 KKG), also nur durch die Zuhilfenahme des Jugendamtes, gegebenenfalls einschließlich der Polizei als Vollzugsorgan des Jugendamtes. Wenn die Gefahrenverwirklichung binnen weniger Stunden droht, darf und muss das Jugendamt die Polizei anrufen (§ 8a Absatz 3 Satz 2 SGB VIII).

Das Gesetz schreibt beide Arten von Feststellungen (5. und 6.) vor.

7. Der Arzt muss noch einmal mit den Personensorgeberechtigten sprechen und sie darauf hinweisen, dass er nun diesen „Maßnahmekatalog“ des § 4 KKG abgearbeitet hat und das Jugendamt in den nächsten Tagen hierüber unter Nennung der Namen von Kind und Personensorgeberechtigten/Eltern samt Anschrift informieren wird (**Hinweis auf die Befugnis** des Arztes, nach § 4 KKG auszusagen, und Hinweis darauf, dass der Arzt von diesem Recht Gebrauch zu machen gedenkt). Den Eltern könnte der Arzt das mit folgenden Worten sagen: „Das Jugendamt wird bei Ihnen in ein paar Tagen vor der Tür stehen und nach dem Rechten sehen.“

8. Der Arzt teilt dem Jugendamt den von ihm „aufgeklärten“ Sachverhalt mit. Alles Weitere regelt dann das Jugendamt. Eine etwaige Kindesmisshandlung oder Körperverletzung wird strafrechtlich verfolgt werden.

Fazit:

Die Punkte 2, 3, 5 bis 7 sind die fünf Pflichten des Arztes. Die Punkte 1 und 4 sind die Gegebenheiten des Patientenfalls, die der Arzt recherchieren und bewerten muss.

Der Arzt braucht diese Prozedur nach § 4 KKG nicht zu durchlaufen, wenn er von der Patientin (einwilligungsfähiges Kind) die Einwilligung direkt erhält. Dann kann er sich auf die Einwilligung der Patientin berufen.

Das Prozedere nach § 4 KKG erweitert also den Aktionsradius des Arztes um eine weitere, neue Weise – neben der (bisherigen) Einwilligung, welche unverändert greift.

Die Informationen basieren auf dem Vortrag von Dirk Wüstenberg und seinem Workshop mit Dr. med. Nikolaus Weissenrieder bei der Fachtagung am 15. Juni 2013. Dirk Wüstenberg ist Rechtsanwalt in Offenbach am Main und Sprecher des Netzwerkes INTEGRA gegen weibliche Genitalverstümmelung. Er hat juristische Fachaufsätze zum Thema verfasst und berät pro bono betroffene und gefährdete Frauen.

Prävention und Hilfe durch Kinder- und Jugendärzte:

Empfehlungen zum Umgang mit genitaler Beschneidung in der Pädiatrie

In Deutschland leben etwa 30.000 Frauen und Mädchen, die von Genitalbeschneidung betroffen oder bedroht sind. Bei den gefährdeten Mädchen muss mit einer beträchtlichen Dunkelziffer gerechnet werden. Sie sind dem Risiko ausgesetzt, illegal in Deutschland oder in den Ferien im Herkunftsland an ihren Genitalien verstümmelt zu werden. Dabei kommen besonders häufig die so genannten Ferienbeschneidungen vor.

Weibliche Genitalbeschneidung wird in 29 afrikanischen Ländern praktiziert:

Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Dschibuti, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kamerun, Kenia, Demokratische Republik Kongo, Liberia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Südsudan, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik.

Auch in wenigen arabischen und asiatischen Staaten kommt diese Praktik vor:

Indien, Indonesien, Irak, Jemen, Malaysia, Oman, Vereinigte Arabische Emirate.

Das Alter, in dem Mädchen beschnitten werden, variiert je nach Region und Ethnie. Die meisten Mädchen sind zwischen 4 und 14 Jahren alt. Oft wird die Beschneidung als Initiationsritus mit 12 und 13 Jahren durchgeführt. Es werden aber auch schon acht Tage alte (Abessinien) oder wenige Wochen alte (Arabien) Babys beschnitten. In Ostafrika liegt das Alter meist bei sechs oder sieben Jahren, bei den Massai bei 15 Jahren oder älter, bei einigen Stämmen in Westafrika findet die Beschneidung erst während der ersten Schwangerschaft statt. Auf Grund des wachsenden Drucks der internationalen Öffentlichkeit ist heute eine starke Tendenz zu einem immer jüngeren Beschneidungsalter zu beobachten. Ältere Mädchen haben schon mehr Verdacht geschöpft, was da auf sie zukommt und sind manchmal geflohen. Dies ist bei kleineren Mädchen nicht zu erwarten.

Viele Mädchen wirken nach diesem Eingriff verändert. Aus fröhlichen, unbeschwerten Mädchen werden ernsthafte, mitunter teilnahmslose Kinder. In allen Lebensaltern bedeutet dieses enorme Trauma gleichzeitig den Verlust des Urvertrauens. Denn häufig wird das Mädchen während des Eingriffs von mehreren Frauen – darunter oft die eigene Mutter – festgehalten. Statt Schutz erfährt es von einem geliebten Menschen unvorbereitet diesen schrecklichen Schmerz.

Weibliche Genitalbeschneidung hat nicht nur medizinische Folgen, sondern wird oft auch als eine starke psychische Beeinträchtigung erlebt, die das ganze Leben evident bestimmt. Neben dem Verlust des Urvertrauens durch die Mutter als Traumaverursacherin können Angst, Depressionen, Perspektivlosigkeit, Gefühle von Unvollständigkeit, Frigidität, chronische Gereiztheit, psychosomatische Störungen, Psychosen und Dissoziation auftreten.

Vielen betroffenen Mädchen und Frauen fehlt die Möglichkeit, ihre Gefühle und Probleme auszudrücken. So müssen sie diese allein mit sich tragen und leiden im Stillen. Dies wird noch verschärft durch das rigorose Tabu, mit dem Sexualität allgemein und die weibliche Genitalbeschneidung im Besonderen belegt sind. Leider existieren bis heute noch keine umfangreichen Untersuchungen, um wissenschaftlich gesicherte Aussagen machen zu können über das genauere Ausmaß der psychologischen und sozialen Folgeschäden von FGM (Female Genital Mutilation) und deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung.

Die Prävention kann bereits in der Frauenarztpraxis bei der Betreuung schwangerer Frauen beginnen, bei denen FGM erkannt wurde oder die aus Ländern mit hohen FGM-Raten stammen. Die Frauenärztinnen und Frauenärzte sollten darauf hinwirken, dass eine Beratung der Wöchnerin noch in der Geburtsklinik durch geschulte Mitarbeiterinnen erfolgen kann, zum Beispiel des Allgemeinen Sozialdienstes/Jugendamtes. Die jungen Mütter sollten ausführlich über Anatomie, Physiologie und FGM-Folgemorbidität mit körperlichen und seelischen Komplikationen informiert werden. Zusätzlich kann ein deutlicher Hinweis auf Strafbarkeit, Kontrolle und Sanktionswahrscheinlichkeit im Falle der Kindesmisshandlung durch FGM erfolgen. Von großer Bedeutung ist eine Kommunikation, die die interkulturellen Besonderheiten berücksichtigt.

Der präventive und kurative Wert einer frühestmöglichen Erkennung und Therapieeinleitung von Störungen der frühkindlichen und kindlichen Entwicklung ist vielfach belegt. Dies sollte gerade gegenüber Migrantenfamilien, die häufig ein großes Informationsdefizit haben, auch bezüglich unterstützender Angebote wie „Frühe Hilfen“ ausführlich erläutert werden.

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U2 bis U11 könnten die Kinder- und Jugendärztinnen die Unversehrtheit der Genitalien kontrollieren oder eine bereits vorhandene Genitalverstümmelung feststellen. Leider wird nur viel zu selten der Genitalbereich näher betrachtet. Bei der routinemäßigen Inspektion sollte die Kontrolle des Genitalbereiches auch hinsichtlich seiner Unversehrtheit erfolgen. In den jeweiligen Elterngesprächen sollte einfühlsam, aber unmissverständlich auf die Wichtigkeit der körperlichen Unversehrtheit für die allgemeine Entwicklung des Kindes sowie die Strafbarkeit einer Genitalverstümmelung hingewiesen werden. Auch die Untersuchung J1 wäre eine gute Möglichkeit, zumindest werden noch 60 Prozent des Jahrganges erfasst. Im schulmedizinischen Bereich ist dringend Aufklärungsarbeit erforderlich.

Bei Mädchen aus Risikoländern sollte es bei jeder Untersuchung selbstverständlich werden, auch den Genitalbereich in die Inspektion zu integrieren und ferner durchblicken zu lassen, dass auf die fortbestehende Unversehrtheit explizit geachtet wird. Idealerweise sollte FGM ein weiteres Mal mit der Familie thematisiert werden, wenn das Mädchen zwischen vier und sechs Jahre alt ist. Es kann nützlich sein, die Haltung der Mutter und des Vaters, gegebenenfalls auch jeweils einzeln, bezüglich FGM zu kennen.

Das Handeln des Kinder- und Jugendarztes/der Kinder- und Jugendärztin sollte erfolgsorientiert sein und zur wirksamen Prävention führen. So wie zum generellen Thema Kindesmisshandlung die Notwendigkeit einer effektiveren Prävention durch Intensivierung und Verbindlichkeit von Untersuchungen und Kontrollen gesehen wird, so sollte die spezielle Variante der Kindesmisshandlung FGM in gleicher Weise betrachtet und gehandhabt werden, einschließlich der sorgfältigen Schulung des jeweils involvierten Personals. Ergibt sich einem Pädiater der Verdacht einer drohenden Beschneidung, so erfordert sein Handeln ganz besondere Umsicht. Auch hier sind verständliche und einführende Information sowie Vertrauensbildung besonders wichtig. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ist bei gewichtigen Anhaltspunkten die Information von Einrichtungen der Jugendhilfe oder Polizei angezeigt.

Es geht nicht um Empörung über die grausame Praktik der Beschneidung, sondern um gemeinsame Strategien, um Mädchen schützen zu können.

Die Informationen basieren auf dem Workshop von Dr. med. Nikolaus Weissenrieder bei der Fachtagung am 15. Juni 2013. Er ist sowohl Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin als auch Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Seine Praxis in München bietet die größte kinder- und jugendgynäkologische Sprechstunde im ambulanten Bereich in Deutschland an. Dr. Nikolaus Weissenrieder ist im Vorstand des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte.

Take Home Messages: Ergebnisse und Forderungen der Fachtagung

Wenn ein Arzt das typische Erscheinungsbild weder kennt noch erwartet, ist es möglich, dass er die Genitalbeschneidung gar nicht erkennt. Dies gilt nur für Typ I und in Ausnahmefällen für Typ II.

Im Gespräch mit betroffenen Frauen ist stets die individuelle Bedürfnislage zu berücksichtigen. Wenn die Frau gar nicht weiß, dass sie beschnitten wurde und auch keinen Leidensdruck äußert, zum Beispiel über mangelnde Orgasmusfähigkeit, stellt sich die Frage, ob der Arzt das Thema überhaupt ansprechen soll. Präventiv ist ein Ansprechen jedoch sinnvoll, da dadurch die nächste Generation geschützt werden kann. Ärztinnen und Ärzte sollten eine betroffene Frau behutsam auf ihre Beschneidung ansprechen. Hilfreiche Fragen können sein: Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? Haben Sie Probleme bei der Sexualität mit Ihrem Partner? Erst in einem vertrauensvollen Gespräch kann auch über die Möglichkeiten der Defibulation oder Rekonstruktion informiert werden. Das Ansprechen des Themas ist in allen Kulturen unterschiedlich schwierig. In Deutschland wird aber häufig zu sehr mit der Tür ins Haus gefallen. Deshalb sollten Ärztinnen und Ärzte besonders achtsam sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es auch hier in Deutschland noch gar nicht so lange her ist, dass sexuelle Themen tabuisiert wurden.

In der Diskussion wurde der erlebte Widerspruch bei den Frauen betont, die ihre Beschneidung nicht als Trauma bewerten (Identifikation mit dem Aggressor oder mit dem kollektiven, kulturellen Erlebnis) und sich nicht als „beschädigt“ empfinden.

Kinder- und Jugendärzte sollten über die Risikofaktoren einer zu befürchtenden Beschneidung verstärkt informiert werden. Dies sollte in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt geschehen. Die jungen Familien sollten nach der Geburt eines Kindes besucht werden, um sowohl Aufklärungsarbeit zu leisten als auch sich ein Bild von der Familie zu machen – wie bei den Projekten der „Frühen Hilfen“.

Eine Liste mit den Risikoländern könnte die Wachsamkeit fördern und zum näheren Hinschauen ohne Vorverurteilung anregen. Einschränkend ist zu beachten, dass dabei die ethnischen Gruppen nicht berücksichtigt werden und daher das Bild etwas verfälscht wird. Ebenso könnte es eine Liste mit dem eventuellen Beschneidungszeitraum der Mädchen geben. Diese Listen könnten zur Sensibilisierung beitragen und als Erinnerungsbausteine dienen.

Durch Veröffentlichungen könnte eine Enttabuisierung des Themas erreicht werden, die dringend notwendig ist. Die Erweiterung der Kenntnisse stärkt die Wahrnehmungs- und Handlungskompetenz. In Kooperation mit anderen Institutionen können Hilfen vermittelt werden.

Aufklärung und Sensibilisierung sind besonders wichtig, weil das Thema weibliche Genitalbeschneidung weder im Medizinstudium noch in der Hebammenausbildung erwähnt wird.

Wie könnte die Aufklärungsarbeit aussehen? Wo und wie kann die Prävention ansetzen?

- Thema weibliche Genitalbeschneidung als Pflichtfortbildung anbieten und in die Ausbildung aufnehmen mit Schulungen in Gesprächsführung
- Artikel in Fachzeitschriften veröffentlichen
- Verschicken von Bild- und Informationsmaterial über die verschiedenen Bezirks-, Landes- und Berufsverbände sowie die kommunalen Gesundheitsbehörden
- Ausweitung des Informationsmaterials auf Kinder- und Jugendpsychiater
- Aufnahme des Themas weibliche Genitalbeschneidung in die Projekte der „Frühen Hilfen“ und der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen
- Einsetzen von Modellen zur Veranschaulichung
Mit solchen Modellen wird in Westafrika gearbeitet. Auch das Beratungszentrum der AWO im Lore-Agnes-Haus in Essen nutzt bereits sehr erfolgreich diese Modelle und könnte bei der Beschaffung behilflich sein. Kontakt: Stefanie Boos, stefanie.boos@awo-niederrhein.de
- Kontakt zu den Asylbewerberheimen in den Großstädten herstellen



Die Redner/innen und zwei Referenten der Fachtagung
Vorne (v.l.n.r.): Dr. med. Christoph Zerm, Gynäkologe; Jawahir Cumar, Geschäftsführerin stop mutilation e.V.; Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Erste Bürgermeisterin der Stadt Düsseldorf; Rhodah Koross, 1. Vorsitzende stop mutilation e.V.; Barbara Steffens, Gesundheitsministerin NRW; Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein
Hinten: Priv.-Doz. Dr. med. Dan mon O'Dey, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie (I.); Dr. h.c. Alfred Buß, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Umwelt und Entwicklung NRW (r.)
Foto: Torsten Schöniger

Herausgegeben von:

stop mutilation e.V.

Himmelgeister Str. 107a

40225 Düsseldorf

Tel. 0211-93885791

Fax 0211-93885793

j.cumar@stop-mutilation.org

www.stop-mutilation.org

Redaktion:

Jawahir Cumar (V.i.S.d.P.), Jeanette Zachäus

Mitarbeit:

Rhodah Koross, Wilma Küspert, Katharina Lorentz, Ulla Ohlms, Margit Weber, Ingrid Willetts

Gestaltung:

Büro Divine Medienkommunikation, Düsseldorf

Gefördert durch:

